

Stephanie Vogt, Matrikelnummer 2578849

Aus dem Bereich Versorgungsforschung
der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

**Evaluation des Entlassungsmanagements aus der Patient:innenperspektive
Subjektives Erleben von Patient:innen mit Schlaganfallkomplexbehandlung bei der
Überleitung aus dem Setting der Stroke Unit in den nachsorgenden Sektor.**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Theoretischen Medizin der
Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2021**

Vorgelegt von: Stephanie Vogt
geb. am: 24.12.1968 in Saarbrücken

Aus dem Zentrum Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. Johannes Jäger

Inhalt

Inhalt	2
Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	10
Zusammenfassung	11
Summary	13
1. Einleitung	15
2. Theoretischer Hintergrund	18
3. Methoden	19
3.1 Literaturrecherche	20
3.2 Datenschutz	20
3.3 Studienpopulation	20
3.4 Setting Stroke Unit	21
3.5 Individueller Ablauf des Forschungsprozesses	21
3.5.1 Planungsphase	21
3.5.2 Kontaktaufnahme zu den Interviewten	22
3.5.3 Ethische und rechtliche Aspekte	22
3.6 Qualitative Untersuchung	23
3.6.1 Methodische Übersichtstabelle Leitfadengestützte Interviews	24
3.6.2 Erstellung des Untersuchungsinstruments Interviewleitfaden	24
3.6.3 Pretest	25
3.6.4 Interviewleitfaden	26
3.6.5 Plausibilitätsprüfung Interviewleitfaden	26
3.6.6 Gütekriterien nach Mayring	28
3.7 Sampling und Zugang zum Feld	28
4. Datenerhebung	28
4.1 Datenauswertung	29
4.2 Transkription	29
4.3 Qualitative strukturierende Inhaltsanalyse	29
4.3.1 Die Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	30
4.3.2 Das Codesystem	32
4.4 QDA Software f4analyse®	32
5. Deskriptiver Ergebnisbericht	33
5.1 Aufnahmesituation	34

5.1.1	Existenzielle Erfahrungen des Lebens.....	34
5.1.2	Umstände des Krankenseintritts.....	35
5.1.3	Versorgungs- und Lebenssituation vor der Aufnahme auf der Stroke Unit.....	36
5.2	Beurteilung des Entlassungsmanagements.....	38
5.2.1	Krankheitsbedingte kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen.....	39
5.2.2	Emotionale Reaktionen und Verhalten von Patient:innen und Angehörigen.....	40
5.2.3	Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes.....	42
5.2.4	Vorbereitung der Entlassung in den nachsorgenden Sektor.....	43
5.3	Ressourcen und Potentiale.....	46
5.3.1	Unterstützung durch externe Akteure im Gesundheitswesen.....	47
5.3.2	Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Versorgungsanforderungen zu bewältigen.....	49
5.3.3	Coping - die Fähigkeit mit neuen Lebenssituationen umzugehen.....	50
5.3.4	Unterstützung im sozialen Umfeld durch Familie, Partner und Freunde.....	53
5.4	Herausforderungen und Stressoren.....	55
5.4.1	Herausforderungen bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld.....	56
5.4.2	Das Erleben von Belastungssituationen.....	56
5.4.3	Das ständige Erleben eines hohen Abhängigkeitsgrades der Patient:innen.....	63
5.4.4	Unrealistische Vorstellungen von der Verantwortung und Belastung in der häuslichen Pflege.....	66
5.5	Verbesserungen im Entlassungsmanagement.....	69
5.5.1	Eduktion zum Selbstmanagement und zum Umgang mit Krankheit und Beeinträchtigung.....	70
5.5.2	Das Bedürfnis in Kontakt zu bleiben.....	71
5.5.3	Rechtzeitige Bekanntgabe der Entlassungszeitpunkt.....	72
5.6	Diskussion der Ergebnisse aus den Patient:inneninterviews.....	72
6.	Dokumentenanalyse - Quantitative Teilanalyse nach Häufigkeiten.....	78
6.1	Methodische Übersichtstabelle Dokumentenanalyse.....	79
6.2	Darstellung der Ergebnisse nach Haupt- und Subkategorien.....	80
6.3	Hauptkategorie Fallgruppen.....	80
6.3.1	Subkategorie Alter und Geschlecht.....	82
6.4	Hauptkategorie Aufnahme.....	82
6.4.1	Subkategorie Art der Einweisung.....	83
6.4.2	Subkategorie Setting bei Aufnahme.....	83
6.4.3	Subkategorie Initiales Assessment Entlassungsmanagement.....	84
6.4.4	Subkategorie Sozialanamnese.....	86
6.5	Hauptkategorie Entlassungsplanung.....	87

6.5.1 Subkategorie Einschätzung des Austrittsortes	87
6.5.2 Subkategorie Endgültige Entscheidung Austrittsort	88
6.6 Hauptkategorie Protokolle	91
6.7 Hauptkategorie Assessments	93
6.8 Hauptkategorie Pflegediagnosen	95
6.8.1 Subkategorie ATL Atmen	96
6.8.2 Subkategorie ATL Kommunizieren	97
6.8.3 Subkategorie ATL Ausscheiden	99
6.8.4 Subkategorie ATL Essen und Trinken.....	101
6.8.5 Subkategorie ATL sich pflegen und kleiden	105
6.8.6 Subkategorie ATL sich bewegen	110
6.8.7 Subkategorie ATL sich sicher fühlen und verhalten.....	113
6.9 Diskussion der Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse	121
7. Triangulation	126
8. Diskussion und Fazit.....	129
9. Literaturverzeichnis.....	133
10. Anlagenverzeichnis.....	138
Anlage 1 Beschreibung der Hauptkategorien	139
Anlage 2 Text-Retrial	143
Anlage 3 Kategoriensystem mit Definition und Ankerbeispielen aus dem Material	195
Anlage 4 Themenmatrix.....	210
Anlage 5 Patient:inneninterviews - Memos und Kommentare.....	233
Anlage 6 Vorgehen bei der Dokumentenanalyse	275
Anlage 7 Analyseeinheit, Analysedimension und Analysekatgorie Dokumentenanalyse.....	276
Anlage 8 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DQNP, 2019) Übersicht	279
Anlage 9 Standard/Pflegediagnose Sturzgefahr der Kreuznacher Diakonie	281
Anlage 10 Standard/Pflegediagnose Entlassungsmanagement der Kreuznacher Diakonie	285
11. Danksagung.....	288
12. Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2.....	289
13. Lebenslauf.....	291

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DemTect	Demenz-Detektions-Test
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
DSG	Deutsche Schlaganfall Gesellschaft
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GCS	Glasgow Coma Scale
ICB	Intracerebrale Blutung
InEk	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHG	Krankenhaus Gesetz
MMST	MiniMental Status Test
MP3	Verfahren zur Kompression digital gespeicherter Audiodaten
NANDA	North American Nursing Association
OPS	Operating Standard Prozedur
PC	Personal Computer
PD	Pflegediagnose
PG	Pflegegrad
QDA	Qualitativ Data Analysis
RKI	Robert Koch Institut
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SVR	Sachverständigenrat
TIA	transitorisch ischämische Attacke
WHO	World Health Organization
ZVK	Zentraler Venenkatheter

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Methodische Übersichtstabelle in Anlehnung an Mayer 2015: 243	24
Tabelle 2 Aufbau Interviewleitfaden und Phasen (eigene Darstellung nach Misoch 2019: 68ff	25
Tabelle 3 Interviewleitfaden (eigene Darstellung)	26
Tabelle 4 Interviewleitfaden Plausibilitätsprüfung (eigene Darstellung)	27
Tabelle 5 Transkriptionsregeln (eigene Darstellung nach Kuckartz 2018:167)	29
Tabelle 6 Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (eigene Darstellung nach Kuckartz 2018:100ff.)	30
Tabelle 7 Codesystem Kategorien und Subkategorien f4analyse (eigene Darstellung)	32
Tabelle 8 Methodische Übersichtstabelle nach Mayer 2015:243	80
Tabelle 9 Subkategorie Diagnosis Related Groups (DRG) (eigene Darstellung)	81
Tabelle 10 Subkategorie Alter aus SPSS (eigene Darstellung)	82
Tabelle 11 Subkategorie Art der Einweisung aus SPSS (eigene Darstellung)	83
Tabelle 12 Erstdiagnose Rettungsdienst aus SPSS (eigene Darstellung)	83
Tabelle 13 Subkategorie Setting bei Aufnahme aus SPSS (eigene Darstellung)	84
Tabelle 14 Subkategorie Initiales Assessment Entlassungsmanagement aus SPSS (eigene Darstellung)	85
Tabelle 15 Subkategorie Pflegegrad aus SPSS (eigene Darstellung)	85
Tabelle 16 Subkategorie Substanzmissbrauch aus SPSS (eigene Darstellung)	86
Tabelle 17 Subkategorie Sozialanamnese aus SPSS (eigene Darstellung)	86
Tabelle 18 Subkategorie Einschätzung des Austrittsorts aus SPSS (eigene Darstellung)	87
Tabelle 19 Subkategorie endgültige Einschätzung des Austrittsorts (eigene Darstellung)	88
Tabelle 20 Subkategorie kurzfristige Änderung des Austrittsorts aus SPSS (eigene Darstellung)	88
Tabelle 21 Subkategorie Kontaktaufnahme mit dem nachsorgenden Sektor aus SPSS (eigene Darstellung)	89
Tabelle 22 Subkategorie Antrag Anschlussheilbehandlung (AHB) aus SPSS (eigene Darstellung)	89
Tabelle 23 Subkategorie Information der Patient:innen zum Entlassungszeitpunkt aus SPSS (eigene Darstellung)	90
Tabelle 24 Subkategorie Alle Dokumente für den nachsorgenden Sektor mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)	90
Tabelle 25 Subkategorie Notwendige Medikamente bei Entlassung mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)	90
Tabelle 26 Subkategorie Aktueller Medikationsplan mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)	90
Tabelle 27 Subkategorie Entlassungsbrief bei Entlassung mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)	91

Tabelle 28 Subkategorie Fixierungsbeschluss aus SPSS (eigene Darstellung)	91
Tabelle 29 Subkategorie Sturzprotokoll nach Sturz angelegt aus SPSS (eigene Darstellung)	92
Tabelle 30 Subkategorie Dekubitus Dokumentation angelegt aus SPSS (eigene Darstellung)	92
Tabelle 31 Subkategorie Patientenverfügung aus SPSS (eigene Darstellung)	93
Tabelle 32 Subkategorie Vorsorgevollmacht aus SPSS (eigene Darstellung)	93
Tabelle 33 Subkategorie Betreuungsurkunde aus SPSS (eigene Darstellung)	93
Tabelle 34 Subkategorie Barthel-Index nach Mahouney und Barthel aus SPSS (eigene Darstellung)	94
Tabelle 35 Subkategorie Mini-Mental-Status-Test (MMST) aus SPSS (eigene Darstellung)	94
Tabelle 36 Subkategorie DemTect aus SPSS (eigene Darstellung)	94
Tabelle 37 Subkategorie Glasgow Coma Scale aus SPSS (eigene Darstellung)	95
Tabelle 38 Subkategorie ATL Atmen aus SPSS (eigene Darstellung)	96
Tabelle 39 Subkategorie Pflegediagnose unwirksame Atemwegsclearance aus SPSS (eigene Darstellung)	97
Tabelle 40 Subkategorie Pflegediagnose unwirksamer Atemwegsvorgang aus SPSS (eigene Darstellung)	97
Tabelle 41 Subkategorie ATL Kommunizieren aus SPSS (eigene Darstellung)	98
Tabelle 42 Subkategorie Pflegediagnose Care Bundle kognitiv beeinträchtigt aus SPSS (eigene Darstellung)	98
Tabelle 43 Subkategorie Pflegediagnose beeinträchtigte verbale Kommunikation aus SPSS (eigene Darstellung)	99
Tabelle 44 Subkategorie Pflegediagnose Wissensdefizit aus SPSS (eigene Darstellung)	99
Tabelle 45 Subkategorie ATL Ausscheiden aus SPSS (eigene Darstellung)	99
Tabelle 46 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung aus SPSS (eigene Darstellung)	100
Tabelle 47 Subkategorie Pflegediagnose Obstipationsgefahr aus SPSS (eigene Darstellung)	101
Tabelle 48 Subkategorie ATL essen und trinken aus SPSS (eigene Darstellung)	101
Tabelle 49 Subkategorie Pflegediagnose Verdacht auf Mangelernährung Nutritional Risk Screening aus SPSS (eigene Darstellung)	102
Tabelle 50 Subkategorie Pflegeintervention Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits aus SPSS (eigene Darstellung)	102
Tabelle 51 Subkategorie Pflegeintervention Flüssigkeitsbilanz aus SPSS (eigene Darstellung)	103
Tabelle 52 Subkategorie Pflege eines Patienten mit Ernährungssonde aus SPSS (eigene Darstellung)	103
Tabelle 53 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Nahrungsaufnahme	104
Tabelle 54 Subkategorie Pflegediagnose Schluckstörung aus SPSS (eigene Darstellung)	104

Tabelle 55 Subkategorie Pflegediagnose ATL sich pflegen und kleiden aus SPSS (eigene Darstellung)	105
Tabelle 56 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit sich kleiden aus SPSS (eigene Darstellung)	105
Tabelle 57 Subkategorie Selbstversorgungsdefizit bezüglich Intimpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	106
Tabelle 58 Subkategorie Pflegediagnose bezüglich Mund-Zahn-Prothesenpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	106
Tabelle 59 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nasenpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	107
Tabelle 60 Subkategorie Selbstversorgungsdefizit bezüglich Hautpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	107
Tabelle 61 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nagelpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	108
Tabelle 62 Subkategorie Pflegediagnose Selbstpflegedefizit bezüglich Augenpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	108
Tabelle 63 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Körperpflege aus SPSS (eigene Darstellung)	109
Tabelle 64 Subkategorie Pflegeintervention basal stimulierende Körperwaschung aus SPSS (eigene Darstellung)	109
Tabelle 65 Subkategorie ATL sich bewegen aus SPSS (eigene Darstellung)	110
Tabelle 66 Subkategorie Pflegediagnose Gefahr einer neurovaskulären Schädigung aus SPSS (eigene Darstellung)	111
Tabelle 67 Subkategorie Pflegediagnose Bobath Konzept Grundlagen aus SPSS (eigene Darstellung)	111
Tabelle 68 Subkategorie Pflegeintervention nach dem Bobath Konzept aus SPSS (eigene Darstellung)	112
Tabelle 69 Subkategorie Pflegediagnose beeinträchtigte körperliche Mobilität aus SPSS (eigene Darstellung)	112
Tabelle 70 Subkategorie Pflegeintervention Förderung von physiologischer Bewegung aus SPSS (eigene Darstellung)	113
Tabelle 71 Subkategorie ATL sich sicher fühlen und verhalten aus SPSS (eigene Darstellung)	114
Tabelle 72 Subkategorie ATL sich sicher fühlen und verhalten aus SPSS (eigene Darstellung)	114
Tabelle 73 Subkategorie Pflegediagnose Gefahr der Infektion der Harnblase aus SPSS (eigene Darstellung)	115
Tabelle 74 Subkategorie Pflegediagnose Infusionstherapie peripherer Zugang aus SPSS (eigene Darstellung)	115
Tabelle 75 Subkategorie Pflegediagnose Infusionstherapie Port aus SPSS (eigene Darstellung)	115
Tabelle 76 Subkategorie Pflegeintervention subkutane Injektion aus SPSS (eigene Darstellung)	116

Tabelle 77 Subkategorie Pflegeintervention Infusionstherapie ZVK aus SPSS (eigene Darstellung)	116
Tabelle 78 Subkategorie Pflegediagnose Entlassungsmanagement aus SPSS (eigene Darstellung)	117
Tabelle 79 Subkategorie Pflegediagnose Schmerz akut aus SPSS (eigene Darstellung)	117
Tabelle 80 Subkategorie Pflegediagnose Aspirationsgefahr aus SPSS (eigene Darstellung)	118
Tabelle 81 Subkategorie Pflegediagnose Aromatherapie aus SPSS (eigene Darstellung)	118
Tabelle 82 Subkategorie Pflegediagnose Gefahr einer Hautschädigung aus SPSS (eigene Darstellung)	119
Tabelle 83 Subkategorie Pflegediagnose Entscheidung Wundauflage aus SPSS (eigene Darstellung)	120
Tabelle 84 Subkategorie Pflegediagnose geschädigte Mundschleimhaut aus SPSS (eigene Darstellung)	120
Tabelle 85 Subkategorie Pflegediagnose Sturzgefahr aus SPSS (eigene Darstellung)	121

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Screenshot f4analyse® Projekt Leitfadeninterviews	33
Abbildung 2 Subkategorie Alter aus SPSS (eigene Darstellung)	82

Zusammenfassung

Das strukturierte Entlassungsmanagement soll eine hohe Versorgungsqualität bei der Überleitung von Patient:innen mit dem Krankheitsbild „Schlaganfall“ mit einem nachstationären Pflege- und Versorgungsbedarf gewährleisten. Seit dem 01.07.2015 haben alle Patient:innen nach § 39 Abs.1a SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf ein „Krankenhaus Entlassungsmanagement“. Ziel ist die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung. Diese Forschungsarbeit evaluiert den Prozess und die Ergebnisse des Entlassungsmanagements aus der Patient:innenperspektive. Um Versorgungsdefizite im Entlassungsmanagement zu erkennen, ist es unerlässlich, die Patient:innenperspektive zu erheben. Grundlage für die Evaluation sind die Empfehlungen des aktuellen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DQNP ,2019: 25-51).

Patient:innen mit zu erwartenden Versorgungsproblemen nach der stationären Entlassung erhalten ein individuelles Entlassungsmanagement. Damit soll der Pflege- und Unterstützungsbedarf in der poststationären Versorgung sichergestellt werden. Durch die systematische Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs, Beratung, Schulung und der Evaluation der Pflegeinterventionen sollen Pflegefachkräfte eine qualitativ hochwertige Versorgungssituation gewährleisten und die Patient:innen bei der Überleitung in den nachsorgenden Sektor unterstützen. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ beinhaltet sechs Kategorien, die jeweils in Struktur,- Prozess,- und Ergebniskriterien unterteilt sind. (DQNP, 2019: 25).

Die Untersuchungen wurden vom 01.11.2019 bis 31.01.2020 an 35 Patient:innen mit einer Schlaganfall-Komplexbehandlung auf einer Stroke Unit durchgeführt. Eine Komplexbehandlung in der Medizin umfasst unterschiedliche, sich ergänzende Therapieansätze bei speziellen Krankheitsbildern. Eine Stroke Unit ist eine abgeschlossene Behandlungseinheit, die für Schlaganfall-Patient:innen vorgehalten wird. Die Patient:innen mit Schlaganfall werden von einem speziell ausgebildeten multiprofessionellen Team versorgt. Die Behandlung auf einer Stroke Unit stellt eine der wichtigsten und auf höchstem Evidenzniveau abgesicherten Maßnahmen in der Akuttherapie des Schlaganfalls dar (DGN, 2012). Die Gelegenheitsstichprobe umfasste 195 Patient:innen. Es konnten für 35 Patientenakten die Einwilligung zu der strukturierten Inhaltsanalyse (Dokumentenanalyse) eingeholt werden. Aus dieser Gruppe wurden parallel 14 leitfadengestützte Interviews durchgeführt, transkribiert und analysiert.

Die Untersuchung wurde mittels quantitativer und qualitativer Methoden (Mixed-Methods-Design) durchgeführt. Die Untersuchung besteht aus einer quantitativen und einer qualitativen

Teilstudie (Parallel-Design), um mit den unterschiedlichen Erhebungsmethoden die Qualität der Ergebnisse zu erhöhen (Triangulation). Die beiden Teilstudien verlaufen unabhängig voneinander. Die Auswertung erfolgte für beide Studien nach den spezifischen Standards quantitativer und qualitativer Forschung. Die Ergebnisse der Teilstudien wurden in getrennten Forschungsberichten dargestellt. Die Ergebnisse wurden im Anschluss an die Auswertung auf der Metaebene zusammengeführt. Die Untersucherin setzt in der qualitativen Untersuchung leitfadengestützte Interviews ein, um eine möglichst hohe Ausprägung von Informationen, Erlebnissen, Meinungen und Haltungen zu generieren. In der quantitativen Untersuchung, der strukturierten Inhaltsanalyse (nach Häufigkeiten), wurden Patientenakten nach definierten Kategorien in Bezug auf die Qualität des Entlassungsmanagements und den Bezug zum nachgeordneten Versorgungssektor analysiert.

Die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse lassen den Rückschluss zu, dass die im klinikinternen Standard „Entlassungsmanagement“ geforderten Kriterien weitgehend erfüllt sind. Des Weiteren lässt sich ableiten, dass das soziale Umfeld und das bestehende Setting bei der Aufnahme einen Einfluss auf den Entlassungsort des nachsorgenden Versorgungssektors haben können. Die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zeigen, dass die Überleitung in den nachsorgenden Sektor mit Versorgungseinbrüchen einhergehen kann. Die Befragten erleben diese Versorgungseinbrüche als schwer belastende Ereignisse. Neben den Herausforderungen und Stressoren konnten jedoch auch unterschiedliche Ressourcen und Potentiale der Patient:innen identifiziert werden, auf welche die Betroffenen zurückgreifen, um Belastungssituationen zu bewältigen. Alle befragten Patient:innen zeigen eine hohe Motivation, in das häusliche Umfeld zurückzukehren. Sie beschreiben detailliert ihre Bereitschaft zur Verbesserung ihres individuellen Selbstkonzepts. Sie vertrauen ihren eigenen Fähigkeiten und nutzen die Ressourcen vor der Beeinträchtigung und verfügen über die Fähigkeit zur Anwendung von Problembewältigungsstrategien aus früheren, erfolgreich bewältigten Krisen.

Die Ergebnisse aus den beiden Untersuchungen wurden im Kontext des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ und im Hinblick auf den Einsatz von Managed Care Modellen in Deutschland diskutiert. Insgesamt ist festzustellen, dass die Konzepte für innovative Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen vorliegen und in unterschiedlicher Ausprägung genutzt werden. Für die Überleitung der Patient:innen aus der akutstationären Krankenversorgung im Bereich der Stroke Unit zeigen sich Defizite im Entlassungsmanagement. Die identifizierten Defizite wären vermeidbar, wenn die Kriterienebenen 5 und 6 im Expertenstandard konsequent umgesetzt würden. Der Verbesserungsansatz bedeutet zum einen, die Identifikation von Widerständen und

Hemmnissen bei der Umsetzung der Kriterienebene 5 (Evaluation des Entlassungsplans 24 h vor Entlassung). Zum anderen, die Anpassung und Erweiterung des klinikinternen Standards Entlassungsmanagement um die erweiterten Inhalte der Kriterienebene 6 (Evaluation des Entlassungsmanagements 48 bis 72 h nach der Entlassung) aus der aktualisierten Form des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ von 2019.

Summary

Structured discharge management is intended to ensure a high quality of care in the transfer of patients with the clinical picture "stroke" with a need for post-discharge care. Since July 1, 2015, all patients have a legal right to "hospital discharge management" in accordance with § 39 Para. 1a SGB V (German Social Code). The aim is to optimize cross-sectoral care. This research evaluates the process and the results of discharge management from the patient's perspective. In order to identify deficits in discharge management, it is essential to assess the patient's perspective. The recommendations of the current expert standard "Discharge management in nursing care" (DQNP, 2019: 25-51) form the basis for the evaluation.

Patients with expected care problems after inpatient discharge receive individual discharge management. This is intended to ensure the care and support needs in post-inpatient care. Through systematic assessment of individual care needs, counseling, training and evaluation of care interventions, nurses should ensure a high-quality care situation and support patients in the transition to the post-discharge care sector. The expert standard "Discharge management in nursing" contains six categories, each of which is divided into structure, process, and outcome criteria. (DQNP, 2019: 25).

The examinations were carried out from 01.11.2019 to 31.01.2020 on 35 patients with a stroke complex treatment on a stroke unit. Complex treatment in medicine comprises various complementary therapeutic approaches for specific clinical pictures. A stroke unit is a self-contained treatment unit for stroke patients. Stroke patients are cared for by a specially trained multiprofessional team. Treatment in a stroke unit is one of the most important measures in the acute treatment of stroke and has been validated at the highest level of evidence. (DGN, 2012). The opportunity sample consisted of 195 patients. Consent for the structured content analysis (document analysis) could be obtained for 35 patient files. From this group, 14 guided interviews were conducted in parallel, transcribed and analyzed.

The study was conducted using quantitative and qualitative methods (mixed-methods design). The study consists of a quantitative and a qualitative sub-study (parallel design) in order to increase the quality of the results with the different survey methods (triangulation). The two sub-studies run independently of each other. The evaluation of both studies was carried out

according to the specific standards of quantitative and qualitative research. The results of the sub-studies were presented in separate research reports. The results were combined on the meta-level following the evaluation. In the qualitative research, the investigator used guided interviews to generate as much information, experiences, opinions and attitudes as possible. In the quantitative study, structured content analysis (by frequencies), patient records were analyzed according to defined categories related to the quality of discharge management and the relationship to the downstream care sector.

The results from the document analysis allow the conclusion that the criteria required in the hospital's internal standard "Discharge Management" are largely fulfilled. Furthermore, it can be deduced that the social environment and the existing setting at admission can have an influence on the discharge location of the downstream care sector. The results from the guideline-based interviews show that the transition to the aftercare sector can be accompanied by interruptions in care. Interviewees experience these disruptions in care as severely stressful events. In addition to the challenges and stressors, however, it was also possible to identify different resources and potentials of the patients, which they draw on to cope with stressful situations. All patients interviewed showed a high level of motivation to return to their home environment. They describe in detail their willingness to improve their individual self-concept. They trust their own abilities and use resources prior to the impairment and have the ability to apply problem coping strategies from previous crises that they have successfully managed.

The results from the two studies were discussed in the context of the expert standard "Discharge Management in Nursing Care" and with regard to the use of managed care models in Germany. Overall, it can be stated that the concepts for innovative care concepts are available in the German healthcare system and are used to varying degrees. For the transfer of patients from acute inpatient care in the stroke unit, deficits in discharge management are evident. The deficits identified could be avoided if criteria levels 5 and 6 in the expert standard were consistently implemented. The improvement approach means, on the one hand, the identification of resistance and obstacles in the implementation of criteria level 5 (evaluation of the discharge plan 24 h before discharge). On the other hand, the adaptation and expansion of the hospital's internal standard for discharge management to include the expanded content of criteria level 6 (evaluation of discharge management 48 to 72 hours after discharge) from the updated form of the 2019 expert standard "Discharge management in nursing care".

1. Einleitung

Versorgungsforschung stellt im deutschen Gesundheitswesen ein junges Forschungsfeld dar. Im Kontext von Prävention, Kuration und Rehabilitation beschäftigt sich die Versorgungsforschung unter anderem mit der Untersuchung der bedarfsgerechten Versorgung von Patient:innen. Die Versorgungsforschung ist ein „fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert“ (Pfaff 2003:13). Dazu gehört das strukturierte Entlassungsmanagement.

Das Gesundheitssystem in Deutschland zeichnet sich als eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt aus. Trotzdem konnten Neugebauer und Schrappe (Neugebauer 2016, Schrappe 2015) in der deutschen Gesundheitsversorgung Versorgungslücken identifizieren. Als Gründe werden die Fokussierung auf die Versorgung in der Akutmedizin und eine eindimensionale biomedizinische Sichtweise genannt. Die Konzentration auf körperlich-organische Ursachen vernachlässigt die psychosozialen Belastungen. Während die kurativen Behandlungsansätze in Teilen eine Überversorgung aufweisen, zeigen sich Defizite in der Prävention und in der Rehabilitation. Zusätzlich werden eine ungenügende Information, Schulung und Partizipation von Patient:innen und deren Angehörigen festgestellt. (Neugebauer 2016, Schrappe, 2015)

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde 1999 vom Bundesministerium für Gesundheit mit einem Sondergutachten zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ beauftragt. Im dritten Band des Sondergutachtens „Über-, Unter- und Fehlversorgung stellen die Forscher:innen fest, dass die Gesundheitsleistungen nicht immer bedarfsadaptiert sind und Versorgungslücken aufweisen. In den Untersuchungen wurden unter anderen die Patient:innen mit zerebrovaskulären (atherosklerotische Veränderung der arteriellen Hirngefäße) Erkrankungen, insbesondere die Gruppe der Schlaganfall-Patient:innen untersucht (SVR, 2002).

Das deutsche Gesundheitswesen untergliedert sich in unterschiedliche voneinander getrennte Sektoren. Die Trennung erfolgt beispielsweise zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung, zwischen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, der beruflichen Rehabilitation, sowie den Leistungen im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben. Aus dem gesetzlichen Rahmen sollte sich eine sichere und qualitativ hochwertige

Patient:innenversorgung für den poststationären Sektor ableiten lassen. In der Realität berichten Patient:innen regelmäßig über Schnittstellenprobleme (Eble et al.2018: 13f.)

Die Bedürfnisse der Patient:innen sind höchst individuell. Deshalb können die Patient:innenbedarfe nicht immer mit medizinisch-pflegerischen Scores und Assessments erfasst werden. Krankheiten verlaufen unterschiedlich. Ein Krankheitsgeschehen mag für einige Patient:innen kaum Auswirkungen auf die häusliche Versorgung haben, weil vor dem Ereignis bereits ein ausgeprägter Pflegebedarf bestand. Dagegen kann das gleiche Ereignis für andere Patient:innen bedingt durch den plötzlichen Verlust der Selbstständigkeit katastrophale Auswirkungen auf die Versorgungssituation haben. Eble (Eble et al. 2018) betrachtet das Entlassungsmanagement unter dem Aspekt der Forderung, die Patient:innen in ihren Fähigkeiten zur Selbstpflege und Selbstfürsorge zu unterstützen und Informationen und Wissen adressatengerecht zu vermitteln. Diese Grundforderung wird bereits im Jahr 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA 2012) und von der 91. Gesundheitsministerkonferenz unter dem Punkt „Patientenbrief“ (GMK 2018) gestellt.

Um Versorgungsdefizite im Entlassungsmanagement zu erkennen, ist es unerlässlich, die Patient:innenperspektive zu erheben. Die Befragung der betroffenen Patient:innen gibt Aufschluss über die Patient:innenzufriedenheit und die Defizite im eigenen Unternehmen. Erkenntnisse über die internen Prozessabläufe, die medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Informations- und Kommunikationsstrukturen, sowie das Vertrauen in das Behandlungsteam (Vertrauen, Empathiefähigkeit und Unterstützung) können gewonnen und zur Identifikation von Verbesserungspotentialen genutzt werden. In der Mehrzahl beschränkt sich die Evaluation auf die Fragebögen des internen Qualitätsmanagements (Kowalski et al. 2017). Patient:innen mit komplexen Krankheitsbildern nach akutem Schlaganfall benötigen eine strukturierte und koordinierte geplante Entlassung. Ein Teil der Betroffenen muss das häusliche Umfeld verlassen oder ist dauerhaft auf Unterstützung angewiesen. In diesen Prozess sollen Patient:innen und pflegende Angehörige mit ihren Bedürfnissen, Wünschen und Ressourcen in das System miteinbezogen werden (Wiedenhöfer et al. 2010: 48). Versorgungseinbrüche im Kontext von komplexen Krankheitsbildern und Multimorbidität bei älteren Patient:innen gehen mit einem hohen Risiko von Komplikationen im nachfolgenden Sektor einher (Wingefeld 2010).

Ziel dieser Dissertation ist es, das Entlassungsmanagement aus der Sicht der Patient:innen und deren Angehörigen zu beschreiben. Im Focus steht dabei das subjektive Erleben in der Phase der Überleitung aus der stationären Krankenhausversorgung in nachgeordnete Sektoren (Rehabilitation, stationäre Pflegeeinrichtung, häusliche Pflege). Die Bedürfnisse der

Patient:innen lassen sich nicht auf das gesetzlich vorgeschriebene Entlassungsmanagement aus dem Blickwinkel der biomedizinischen Sichtweise reduzieren. Vielmehr müssen die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen im Kontext ihrer Lebenswelt wahrgenommen werden. Das Entlassungsmanagement ist auf den ersten Blick sehr detailliert geregelt. Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich mit Fragen, ob das bestehende Entlassungsmanagement die individuellen Bedarfe aus Sicht der Patient:innen erfüllt und inwieweit die Patient:innen in der Lage sind, ihre Bedürfnisse einzuschätzen beziehungsweise zu formulieren. Der Begriff „Bedarf“ bezeichnet die „Art oder Menge von Personen, Sachen, Waren, Dienstleistungen oder Ähnlichem, die benötigt oder nachgefragt werden; Nachfrage“ (DWDS 2021). Unter dem Begriff „Bedürfnisse“ wird das Verlangen nach etwas, das von jemandem gebraucht oder benötigt wird beziehungsweise erforderlich ist (DWDS 2021), bezeichnet.

Untersucht wird, ob die Patient:innen über die Kompetenzen und die Fähigkeiten verfügen, ihren Versorgungsbedarf an den entsprechenden Schnittstellen geltend zu machen. Geprüft wird, ob den Patient:innen während des stationären Aufenthaltes alle für sie notwendigen Informationen vermittelt werden. Des Weiteren wird evaluiert, in welcher Ausprägung die Behandlungsteams beziehungsweise die Entscheider im Entlassungsmanagement über die Kompetenzen und Informationen verfügen, um den poststationären Versorgungsbedarf im Hinblick auf die Gesamtsituation einschätzen zu können. Den theoretischen Rahmen für diese Forschungsarbeit bildet der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“, der im folgenden Kapitel 2 „Theoretischer Hintergrund“ beschrieben wird.

Zuvor erklärt die Untersucherin zum besseren Verständnis einige Begriffe. Mit dem Begriff „pflegende Angehörige“ sind Personen gemeint, die einem familiären, rechtlich-sozialen oder partnerschaftlichen Verhältnis zu den Patient:innen stehen und in die Pflege beziehungsweise die (unentgeltliche) hauswirtschaftliche Versorgung mit einbezogen sind. Dazu gehören Ehe- und Lebenspartner, Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und Personen aus dem sozialen Umfeld. Mit der „häuslichen Versorgung“ ist die eigene individuelle Lebenssituation in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus gemeint. Das „Betreute Wohnen“, also das weitgehend selbstständige Leben unter dem Schutz einer Einrichtung fällt nicht in die häusliche Versorgung. Die Bezeichnung „externe Dienstleister“ umfasst alle professionellen Dienstleister, welche eine sozial-pflegerische oder hauswirtschaftliche Leistung gegen Geld oder gegenüber einem Leistungsträger abrechnen.

2. Theoretischer Hintergrund

Um den kritischen Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in den darauffolgenden Sektor für die Patient:innen sicherzustellen, wurde 2004 der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ in der stationären Krankenhausversorgung vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt (DQNP 2004). Inzwischen liegt der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ in seiner 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie vor. Die Patient:innen haben einen gesetzlichen Anspruch: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ (§11, Absatz 4 SGB V). Ziel ist die strukturierte Überleitung und Unterstützung von Patient:innen und deren Angehörigen beim Wechsel in ein anderes Versorgungssetting. Dabei geht es nicht nur um die Sicherstellung der Versorgungssituation, sondern auch um die Unterstützung, die Herausforderungen nach der Entlassung aus dem Akutbereich zu bewältigen (Wingenfeld 2011a: 683). Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ beinhaltet eine Struktur aus sechs Kategorien, die jeweils in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterteilt sind (DQNP, 2019: 25) (Anlage 8). Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ untergliedert sich in mehrere Phasen. In der 1. Phase erfolgt in den ersten 24h nach Aufnahme der Patient:innen eine Kriterien geleitete Einschätzung zu erwartbaren poststationären Bedarfen und Versorgungsrisiken. Die identifizierten Bedarfe werden zusammen mit den Patient:innen und/-oder deren Angehörigen anhand von differenzierten Kriterien festgelegt. Der Expertenstandard gibt keine Empfehlung für den Einsatz bestimmter Instrumente, um das initiale und das differenzierte Assessment durchzuführen. Die vom DQNP durchgeführte Literaturstudie (DQNP 2019: 52-157) gibt erste Hinweise, dass der Einsatz eines Instrumentenmix für die Praxis einen höheren Nutzen darstellt als die Auswahl eines bestimmten Assessmentverfahrens (DQNP 2019: 86). In der 2. Phase wird der individuell ermittelte Versorgungsbedarf im Rahmen der Entlassungsplanung mit dem Behandlungsteam und den Angehörigen abgestimmt. In der 3. Phase erfolgt die Durchführung pädagogischer und edukativer Maßnahmen auf der Basis des Wissens und der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patient:innen. Des Weiteren erfolgen die Kooperation und die Schnittstellenkoordination mit den beteiligten Akteuren und Einrichtungen. In der 4. Phase erfolgt die Evaluation der Entlassungsplanung - spätestens 24h vor dem Entlassungszeitpunkt. 48 bis 72 Stunden nach der Entlassung erfolgt die Evaluation des Entlassungsmanagements (P6, DQNP 2019: 49f.). Das Entlassungsmanagement muss von der Organisation in einer Verfahrensanweisung festgelegt werden (S1a, DQNP 2019: 25-28).

3. Methoden

Angewandt werden quantitative und qualitative Methoden (Mixed-Methods-Design). Bezugnehmend auf die Forschungsfrage besteht die Untersuchung aus einer quantitativen und einer qualitativen Teilstudie (Parallel-Design), um mit den unterschiedlichen Erhebungsmethoden die Qualität der Ergebnisse zu erhöhen (Triangulation). Die beiden Teilstudien verlaufen unabhängig voneinander. Die Auswertung erfolgt für beide Teilstudien nach den spezifischen Standards quantitativer und qualitativer Forschung. Die Ergebnisse der Teilstudien werden in getrennten Forschungsberichten dargestellt. Die Ergebnisse werden im Anschluss an die Auswertung auf der Metaebene zusammengeführt (Kuckartz 2014: 71-78).

Bei der Untersuchung von Versorgungsprozessen hat sich der Einsatz von qualitativen und quantitativen Methoden bewährt. Zum Einsatz des Methodenmix haben Curry et al. (2013) mehrere Studien beschrieben, in der sich Mixed methods besonders eignen (Curry et al. 2013:10). Der Methodenmix bietet die Möglichkeit, qualitative und quantitative Daten zu vergleichen und die Patient:innenperspektive zu reflektieren. Ein weiterer Vorteil stellt die methodologische Flexibilität dar. Abschließend ist zu sagen, dass der wissenschaftliche Dialog zwischen der qualitativen und quantitativen Forschung gefördert wird (Wisdom, Creswell 2013).

Die Untersucherin setzt in der qualitativen Untersuchung leitfadengestützte Interviews ein, um eine möglichst hohe Ausprägung von Informationen, Erlebnissen, Meinungen und Haltungen zu generieren. Nach einer allgemein gehaltenen Einstiegsfrage werden offene Fragen eingesetzt, um den Erzählimpuls auszulösen. Die Datenerhebung mittels Interviews ist aufwendig, weil dem Interview der entsprechende Zeitrahmen eingeräumt werden muss. Noch aufwendiger ist die Auswertung des erhobenen Datenmaterials mittels der Transkription und der Interpretation. Die Dokumentenanalyse in der quantitativen Untersuchung spielt eine wichtige Rolle in der Versorgungsforschung. Die in dieser Untersuchung analysierten Patientenakten wurden im Klinikalltag im Behandlungsprozess erstellt, allerdings wurde das Behandlungsteam im Vorfeld über Ziel und Zeitraum der Dokumentenanalyse informiert, so dass diese Erhebungsmethode nicht garantiert, frei von dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit zu sein.

Die Autorin bezieht sich auf Inhalte aus der systematischen und themenrelevanten Suche. Recherchiert wurden Schlagwörter wie „Entlassungsmanagement“, „Versorgungsforschung“, „Überleitungsmanagement“, „Integrierte Versorgung“, „Fallmanagement“, „Case Management“, „Expertenstandards“, „Pflegeforschung“, „Pflegerisches Entlassungsmanagement“, „Qualitätsindikatoren“ und „Patient:innen Outcome“.

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte in Literaturdatenbanken wie LIVIO, MEDLINE, GEROLIT, DIMDI, CINHAL, ARELIT, LISK, WIESE und der medizinischen Metadatenbank PUBMED. Einbezogen wurden pflegerische Lehrbücher, Literatur zum Thema Entlassungsmanagement, zur Pflegeforschung, der Versorgungsforschung und der Qualitativen Sozialforschung sowie der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ in seiner 2. Aktualisierung 2019. Die Literaturrecherche bezieht sich auf deutsch- und englischsprachige Literatur aus den Jahren 2010 – 2019. Quellen, die älter als 2010 sind, wurden einbezogen, wenn sie für das Thema die entsprechende Relevanz mitbringen, beispielsweise Standardwerke und grundlegende Literatur, sowie Arbeiten aus zurückliegenden Forschungsgruppen oder von Autoren. Die Auswahl und Beschaffung der Literatur in Form von Büchern und E-Books erfolgte nach den inhaltlichen Kriterien zum Thema in Titel, Abstract und Volltext. Ausgeschlossen wurden nichtwissenschaftliche Zeitschriften und Veröffentlichungen.

3.2 Datenschutz

Das Exposee, der entwickelte Fragebogen und die Einverständniserklärung wurden dem Datenschutzbeauftragten der Stiftung Kreuznacher Diakonie zur Prüfung und Freigabe vorgelegt. Die Dokumente wurden nach den Empfehlungen des Datenschutzbeauftragten überarbeitet und nach erneuter Prüfung freigegeben. Die Doktorandin erhielt nach der Zustimmung durch den Datenschutzbeauftragten für die Dauer der Erhebungsphase (01.11.2019 - 31.01.2020) einschließlich eines Zeitraums für die Nachbearbeitung (31.01.2020 - 31.05.2020) die EDV-Zugriffsrechte analog dem Berechtigungsprofil der Ärzte der Neurologischen Fachabteilung.

3.3 Studienpopulation

Die Studienpopulation umfasst die Patient:innengruppe mit einer Schlaganfall-Komplexbehandlung. Nach einem Schlaganfall ist die Wiederherstellung der Selbstpflege unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen häufig nicht möglich. Ein Teil der Betroffenen ist dauerhaft auf Unterstützung angewiesen. Eingeschlossen werden alle erwachsenen Patient:innen, die auf der Stroke Unit im Rahmen einer Schlaganfall-Komplexbehandlung (OPS 8-981.:/8-98:) im Zeitraum vom 01.11.2019 - 31.01.2020 behandelt werden. Ausgeschlossen werden Kinder, Jugendliche und Patient:innen, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Des Weiteren werden Patient:innen ausgeschlossen, die im Rahmen der Schlaganfall-Komplexbehandlung nur im Setting der Interdisziplinären Intensivstation behandelt werden und keine Behandlung auf der Stroke Unit durchgeführt wird.

3.4 Setting Stroke Unit

Die neurologische Fachabteilung des Diakonie Klinikums Neunkirchen unter der ärztlichen Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Volkmar Fischer verfügt über eine Stroke Unit. Die 6-Betten-Schlaganfall-Spezialstation ist nach den Richtlinien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DGS) und der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe zertifiziert. Die Stroke Unit ist in die Neurologische Station integriert.

Die zweistufige Therapie unterteilt sich in die Akuttherapie (z. B. Lysetherapie zur Auflösung eines Blutgerinnsels) und die Sekundärprophylaxe, die Reduzierung der Risikofaktoren, wie z. B. die Behandlung der Hypertonie, um einen neuen Schlaganfall zu verhindern. Bereits in der Akutphase kommen neben der medizinischen Therapie im multiprofessionellen Team bestehend aus Stroke-Nurses, den Pflegefachkräften mit einer speziellen Weiterbildung zur Frührehabilitation des Krankheitsbildes des Schlaganfalls, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen und Neuropsycholog:innen Konzepte zur Frührehabilitation zum Einsatz.

Ein Schwerpunkt in der Schlaganfallbehandlung ist die Begleitung der Patient:innen bei der Überleitung in die Rehabilitation, die Entlassung in die häusliche (ambulante) Versorgung, die Überleitung in die Kurzzeitpflege oder eine stationäre Pflegeeinrichtung (Cassier-Woidasky et al. 2014: Kap.2.3 Abs. 3).

3.5 Individueller Ablauf des Forschungsprozesses

Der qualitative Forschungsansatz ist eine etablierte Methode im Bereich der Pflege- und Versorgungsforschung. Qualitative Forschung ermöglicht es, tief in die Erlebenswelt der Patient:innen einzutauchen. Auf diese Weise können individuelle Sichtweisen auf spezifische Situationen gewonnen werden. Die Ergebnisse stellen die Grundlage zur Entwicklung spezifischer Assessmentinstrumente und Konzepte dar.

3.5.1 Planungsphase

In der Planungsphase wurde neben der Festlegung der Forschungsmethoden geplant, an wie vielen Patient:innen in welchem Zeitraum an welchem Ort die Untersuchungen durchgeführt werden. Die Erlaubnis zur Durchführung der Forschungsarbeit in der stationären Krankenversorgung im Diakonieklinikum Neunkirchen wurde bei der Geschäftsführung und dem Personalrat eingeholt. Dem Chefarzt der Neurologischen Klinik wurde das Forschungsprojekt vorgestellt und das Einverständnis eingeholt. Der Stationsleitung und dem pflegerischen und ärztlichen Team der Stroke Unit wurde das Forschungsprojekt im Rahmen einer Teambesprechung vorgestellt.

Allen Patient:innen werden im Untersuchungszeitraum bei der Aufnahme ein Umschlag mit dem Anschreiben, den Informationen zum Datenschutz, dem Kontaktformular und der Einverständniserklärung ausgehändigt. Bei positiver Einwilligungserklärung wird der Erhebungsbogen angelegt und mit dem Patient:innenetikett versehen. Nach der Entlassung wird der Erhebungsbogen auf Vollständigkeit geprüft und das Patient:innenetikett händisch mit einem Filzschreiber geschwärzt und somit unkenntlich gemacht.

3.5.2 Kontaktaufnahme zu den Interviewten

Die Kontaktaufnahme und Terminierung des Leitfadeninterviews erfolgt unmittelbar telefonisch nach dem Eingang des Kontaktformulars durch die Untersucherin. Die Interviews werden in einem Zeitraum von 14 Tagen – maximal drei Monaten nach der Entlassung - durchgeführt. Unerwünschte Ereignisse könnten im Kontext der leitfadengestützten Patient:inneninterviews auftreten. Im Rahmen der Durchführung von Interviews könnte eine erkennbare emotionale Belastung durch das Thema oder ein Unbehagen bei den Patient:innen ausgelöst werden. Sollte ein solches Ereignis auftreten, steht Fürsorge an erster Stelle. Zuwendung, reden lassen, soweit es die Betroffenen zulassen, aber auch wieder Halt geben durch Normalität - dies kann auch das Weiterführen des Interviews sein, um den Betroffenen wieder Struktur geben zu können.

3.5.3 Ethische und rechtliche Aspekte

Ethische und rechtliche Aspekte beziehen sich in dieser Forschungsarbeit auf die Grundsätze ethischen Vorgehens in der Pflegeforschung. Ihrem Ursprung nach im sogenannten Nürnberger Kodex leiten sich die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes ab. Die umfassende Information und freiwillige Zustimmung, die Sicherstellung der Anonymität, sowie den Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden.

Patient:innen, Angehörige und Betreuungspersonen werden im Anschreiben und im Aufklärungsgespräch über Ziel, Zweck, das geplante Vorhaben und ihre Rolle dabei informiert. Der Raum für die freiwillige Entscheidung wird eingeräumt. Die Teilnehmer werden über ihr Recht, die Teilnahme zu verweigern und jederzeit ohne Angaben von Gründen aus dem Forschungsprojekt aussteigen zu können, aufgeklärt. Sie müssen die Sicherheit haben, dass ihnen keine Nachteile daraus erwachsen. Sind diese Bedingungen erfüllt und haben die Teilnehmer die Einverständniserklärung zur Teilnahme unterschrieben, ist die „aufgeklärte Einwilligung“ erfolgt. Die Entscheidungsfreiheit der Teilnehmer:innen ist eingeschränkt, wenn diese von der Untersucherin abhängig sind. In dieser Forschungsarbeit stehen die Teilnehmer:innen nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis. Die Untersucherin pflegt und betreut selbst keine Patient:innen in der Patienteneinheit Stroke Unit. Für die Durchführung der Untersuchung wurde ein

Ethikantrag bei der Ärztekammer des Saarlandes gestellt und mit einem positiven Votum genehmigt.

3.6 Qualitative Untersuchung

Der qualitative Forschungsprozess beginnt mit der Formulierung einer Forschungsfrage. Die Forschungsfrage entscheidet darüber, welche Erklärungsstrategie ausgewählt wird. Dabei werden nach dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens theoretische Vorüberlegungen durchgeführt. In diesem Kontext wird die Untersuchungsstrategie entwickelt. Anhand der Untersuchungsstrategie werden die Entscheidungen von Erhebungs- und Auswertungsmethoden, die zur Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage dienen, festgelegt. Dieser Ablauf verläuft nicht linear und starr, sondern lässt Rückkopplungen von Erfahrungen und erworbenem Wissen auf schon durchlaufene Phasen zu (Gläser, Laudel 2010: 33 ff.).

Die Erlebenswelt von Patient:innen bei der Überleitung in den nachsorgenden Sektor beziehungsweise das häusliche Umfeld ist noch nicht ausreichend untersucht. Die Untersucherin entscheidet sich aus diesem Grund für eine qualitative Erhebungsmethode mittels leitfadengestützter Patient:inneninterviews. Durch die offene und dem untersuchten Gegenstand annähernde Zugangsweise können neue, unbekannte Erkenntnisse auf dem untersuchten Gebiet beschrieben werden (Flick et al. 2017: 17). „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Personen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“ (Flick et al. 2017: 14).

Die Forschung versteht unter dem Interview die planmäßige, mündliche Befragung von Probanden. Ziel ist der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn eines Phänomens. Das Interview wird in der qualitativen Forschung angewandt, um das Erleben, die Erfahrungen, Haltungen und Emotionen von Personen in einem bestimmten Kontext zu untersuchen (Mayer, 2015: 205). Interviews unterscheiden sich nach den Kriterien der Standardisierung. Zur Anwendung kommen standardisierte, halb standardisierte und nicht standardisierte Interviews. In dieser qualitativen Teilstudie wurde das nicht standardisierte Interview eingesetzt. Das nicht standardisierte Interview wird durch seine Offenheit charakterisiert (Mayer: 2015: 205-207.). In dieser Untersuchung wird ein Interviewleitfaden mit Fragen zu den inhaltlichen Schwerpunkten als roter Faden für die Untersucherin angewandt. Die Entwicklung des Interviewleitfadens richtet sich an der Forschungsfrage aus. Die Forschungsfrage sucht Antworten auf die Frage, wie Patient:innen die Entlassung aus dem stationären Setting in den

nachgeordneten Sektor erleben. Dabei sollen fördernde und hemmende Strukturen identifiziert und analysiert werden.

3.6.1 Methodische Übersichtstabelle Leitfadengestützte Interviews

Die folgende Übersicht (Tabelle1) bildet die methodische Vorgehensweise in der qualitativen Untersuchung ab.

Tabelle 1 Methodische Übersichtstabelle in Anlehnung an Mayer 2015: 243

Erhebungsform	Leitfadengestützte Interviews mit homogenen Teilnehmer:innen
Grundgesamtheit	Patient:innen mit Schlaganfall-Komplexbehandlung im Setting der Stroke Unit vom 01.11.2019 - 31.01.2020, insgesamt 195 Fälle
Befragte Personen	Patient:innen oder deren Angehörige als Sprecher für die Betroffenen, die in die Befragung eingewilligt haben
Erhebungsinstrument	Leitfaden, Audioaufzeichnung der Interviews
Befragungszeitraum	14 Tage bis maximal 3 Monate nach dem Entlassungszeitpunkt
Ort der Befragung	Häusliche Umgebung / Telefoninterview
Stichprobengröße	14 Personen
Auswertung	Qualitative Auswertung in Form der Inhaltsanalyse nach Mayring/ QDA Software f4 Transkript® f4 Analyse®

3.6.2 Erstellung des Untersuchungsinstruments Interviewleitfaden

Ausgehend von der Forschungsfrage und der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema „Entlassungsmanagement“ wurde der Interviewleitfaden für die leitfadengestützten Patient:inneninterviews entwickelt. Es wurden sechs Fragen ausformuliert mit dem Ziel, dass die Interviewpartner die Fragen in gleicher Form hören. Des Weiteren sollte der Leitfaden der Interviewerin als Gedankenstütze Sicherheit im Interview geben. Die Rolle der Interviewerin ist passiv zurückhaltend, der Interviewstil betont einen neutralen, unpersönlichen Befragungstil.

Die Fragen wurden leicht, klar und verständlich ausformuliert. Bei der Formulierung der Fragen wurde beachtet, dass die Anonymität der Interviewpartner:innen sichergestellt und die ethischen Grundsätze (dem Befragten keinen Schaden zufügen) eingehalten wurden. In der folgenden Tabelle wird der strukturelle Aufbau des Interviewleitfadens einschließlich der nacheinander folgenden Phasen dargestellt. Bei der Anordnung von Fragen wurden inhaltlich zusammengehörende Fragestellungen in Themenkomplexe zusammengefasst und nacheinander behandelt. (Gläser, Laudel 2010: 144ff.). Im Folgenden wird der strukturelle Aufbau des Interviewleitfadens und die Funktion der vier verschiedenen Phasen des Interviews in Bezug auf den ausgearbeiteten Interviewleitfaden dargestellt.

Tabelle 2 Aufbau Interviewleitfaden und Phasen (eigene Darstellung nach Misoch 2019: 68ff)

1. Informationsphase	Information der Patient:innen über das Forschungsziel und den Datenschutz
2. Warm-up/ Einstiegsphase	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einstieg in das Thema ○ Die Befragten sollen sich in die Zeit auf der Stroke Unit zurückversetzen
3. Hauptphase	<p>Der Leitfaden gliedert sich in fünf Themenkomplexe:</p> <p>Themenkomplex I: Hier wird der Prozess der Entlassung im Hinblick auf besonders einprägende Momente, Ereignisse und Gefühle betrachtet</p> <p>Themenkomplex II: Identifikation von unterstützenden Potentialen, Personen, Ritualen, Haltungen und Strukturen</p> <p>Themenkomplex III: Identifikation von Herausforderungen, Widerständen und hemmenden Strukturen</p> <p>Themenkomplex IV: Identifikation von Bedürfnissen, Wünschen und Verbesserungspotentialen durch die Befragten</p> <p>Themenkomplex V: Die Befragten erhalten die Möglichkeit, das Interview zu vertiefen und zu ergänzen.</p>
4. Ausklang- und Abschlussphase	Es können Thema angesprochen werden, die im Interview nicht geäußert werden konnten.

3.6.3 Pretest

Der Interviewleitfaden wurde mit drei vergleichbaren Interviewpartnern getestet. Aus diesem Grund wurde der Pretest mit einer pflegenden Angehörigen, die im Sekretariat tätig ist, sowie einem Kollegen, der selbst vor sechs Monaten einen Schlaganfall erlitten hat, durchgeführt. Geprüft wurde, ob die ausformulierten Fragen verständlich sind, der rote Faden im Interview erkennbar ist und die Themenkomplexe ausreichend behandelt und zu Erzählungen angeregt haben. Nach der Durchführung des Pretests wurden keine Anpassungen vorgenommen.

3.6.4 Interviewleitfaden

Folgend werden die Fragen des Interviewleitfadens dargestellt:

Tabelle 3 Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

1. Versetzen Sie sich bitte einmal zurück in den Zeitpunkt, als Sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir, wie Sie den Aufenthalt erlebt haben.

2. Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten Sie dabei?

3. Wer oder was hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt, was hat Ihnen gutgetan? Erzählen Sie mir davon

4. Was, würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen, diese Situation zu bewältigen?

5. Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben?

6. Möchten Sie sonst noch etwas sagen?

3.6.5 Plausibilitätsprüfung Interviewleitfaden

Um zu prüfen, ob die Fragen im Interviewleitfaden in Bezug auf die Forschungsfrage plausibel und nachvollziehbar sind, unterzieht die Untersucherin jede Frage einer kritischen Reflexion.

Diese Plausibilitätsprüfung ist in der folgenden Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4 Interviewleitfaden Plausibilitätsprüfung (eigene Darstellung)

	Warum?	Wonach?	Warum wurde die Frage so formuliert	Warum an dieser Stelle?
Frage 1	Als Eisbrecherfrage. Der Zeitrahmen ist relevant. Wenn der Zeitraum weit gefasst ist oder zu lange zurückliegt, ist die Aussage vielleicht verzerrt. Zeitpunkt der Diagnose-stellung und Besprechung der Therapie.	Erste Gedanken, Ängste, Erwartungen. Möglichst große Freiheit für den Probanden.	Einstieg in das Thema. Mit der Aufnahme auf der Stroke Unit soll der Interviewte sich in die Zeit zurückversetzen, um Emotionen und Gedanken aufzugreifen.	Eisbrecherfrage zu Beginn des Interviews
Frage 2	Allgemeiner Eindruck des Probanden, ohne Einfluss durch den Interviewer auf eine bestimmte Richtung zu nehmen.	Hier wird der Prozess der Entlassung betrachtet und nicht das Krankheitsbild. Nach besonders im Gedächtnis gebliebenen Momenten, Gefühlen, Ereignissen. Es ist nicht relevant, ob die Erinnerungen positiv oder negativ sind. Es ist nicht relevant, ob sich die Erinnerungen auf pflegerische oder medizinische Ereignisse beziehen.	Ziel ist es, das subjektive Empfinden des Interviewten zu erkunden. Maßgebend sind die Gedanken und Gefühle des Gegenübers. Es werden vom Interviewer keine Wahlmöglichkeiten vorgegeben.	Frage nach der Einstiegsfrage. Könnte zum Teil bereits in Frage 1 thematisiert worden sein. Überleitung zu der Betrachtung der Entlassungsplanung.
Frage 3	Zunächst wird von positiven Interaktionen berichtet. Hilfestellungen, Ressourcen und als unterstützend wahrgenommene Momente können identifiziert werden.	Identifikation von unterstützenden Potentialen, unterstützenden Personen oder Ritualen und Haltungen. Besonders hilfreiche, bestehende Strukturen könnten identifiziert werden.	Der Proband hat die Möglichkeit, die Frage zu verneinen, wenn er solche Interaktionen, Personen oder Momente nicht erlebt hat. Möglichst große Offenheit im Interview.	Zuerst soll über positive und unterstützende Hilfestellungen gesprochen werden. Hier soll ein positiver Einstieg bzw. eine positive Überleitung ermöglicht werden.
Frage 4	Kontrafrage zu Frage 3. Identifikation von Schwierigkeiten und besonderen Herausforderungen.	Identifikation von Widerständen, negativen Aspekten und weniger hilfreichen Strukturen.	Der Proband soll keine Scheu haben, das Negative zu beschreiben und auszusprechen. Durch die Fragestellung „...was war das Schwierigste für Sie...“ wird impliziert, dass es im Entlassungsprozess negative Aspekte gab. Dies soll dem Probanden die Hemmungen nehmen, genau diese kritischen Punkte zu beschreiben.	Gegensatz zur Frage 3. Der Proband kann direkt an die Frage und den Inhalt anknüpfen.

Frage 5	Der Proband wird aktiv nach Verbesserungsvorschlägen befragt.	Verbesserungsvorschläge, Wünsche, Bedürfnisse und Ideen sollen vom Probanden formuliert und geäußert werden. Es wird die Möglichkeit gegeben, Bedürfnisse zu äußern, die im Interview bisher nicht geäußert werden konnten.	Die Fragestellung „...was hat Ihnen gefehlt...“ fordert aktiv auf, auch Negatives anzusprechen und senkt die Hemmschwelle, negative kritische Ereignisse zu formulieren.	Als Fazit aus dem Interview sollen Verbesserungsvorschläge für das Entlassungsmanagement abgeleitet werden.
Frage 6	Der Abschluss des Interviews soll nicht zwingend konnotiert sein			

3.6.6 Gütekriterien nach Mayring

Die Gütekriterien der Untersuchung richten sich an den Gütekriterien nach P. Mayring (2002) aus. Mayring bezieht sich auf die Kriterien einer detaillierten Verfahrensdokumentation, der argumentativen Interpretationsabsicherung, der regelgeleiteten systematischen Vorgehensweise, der kommunikativen Validierung und dem Verfahren der Triangulation (Mayring 2002:123-128).

3.7 Sampling und Zugang zum Feld

Die Auswahl der zu befragenden Personen wird in der qualitativen Forschung als Sampling bezeichnet. Diese Stichprobenziehung bildet im Zusammenhang mit bestimmten Merkmalsausprägungen nur einen Teil der zu untersuchenden Grundgesamtheit ab. In diesem Sinne bedeutet Grundgesamtheit, die Gesamtheit aller Elemente, die diese speziellen Merkmale besitzen. (Misoch 2019: 185). In der qualitativen Forschung wird die Grundgesamtheit als (Untersuchungs-)Feld bezeichnet, in denen die Fälle vorzufinden sind (Döring, Bortz 2016: 292). Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf eine spezielle Zielgruppe. Dabei wurde eine gezielte Auswahl bestimmter Arten von Fällen eingesetzt. Diese wurden über einen einzigen Rekrutierungsweg angesprochen und es wurde ein relativ kleines Sample zusammengestellt. (Döring, Bortz 2016: 304).

4. Datenerhebung

Die Einwilligung zur Kontaktaufnahme nach der Entlassung lag in 35 Fällen vor. Bei der Kontaktaufnahme waren 15 Patient:innen bereit, am Interview teilzunehmen. In einem Fall zog der Interviewpartner seine Einwilligung nach dem Interview zurück. Das Interview Nr. 7 wurde aus diesem Grund gelöscht. Bedingt durch die Covid-19-Pandemie wurden sechs Interviews im häuslichen Umfeld geführt. Acht Interviews wurden als Telefoninterview geführt. 20 Patient:innen lehnten die Durchführung des Interviews ab. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und im Format MP3 auf einem PC gespeichert.

4.1 Datenauswertung

Die Methode der ausführlichen interpretativen Auswertung ist die wörtliche Transkription. Durch die Transkription wird die gesprochene Sprache z. B. aus Interviews in eine vollständige Textfassung überführt. Dafür stehen unterschiedliche Vorgehensweisen zur Verfügung. Da die vorliegenden Interviews mit Patient:innen geführt wurden, stehen die inhaltlich-thematische und die emotionale Ebene im Vordergrund. Deshalb ist bei der Transkription losgelöst vom gesprochenen Wort die Technik der Übertragung in normales Schriftdeutsch zu wählen. Hierbei werden Dialekte übersetzt, Satzbaufehler korrigiert und der Stil wird ausgeglichen. (Mayring 2016: 89 ff.).

4.2 Transkription

Folgende von Kuckartz definierte Transkriptionsregeln wurden für dieses Forschungsprojekt festgelegt.

Tabelle 5 Transkriptionsregeln (eigene Darstellung nach Kuckartz 2018:167)

1. „Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert, bei längeren Pausen „(lange Pause)“ angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch „(laut)“ kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha, etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B Interv.Nr.1:“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt, Zigarettenzug).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z.B. „((lacht))“, „((stöhnt))“ und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch „(unv.)“ kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.“ (Kuckartz 2018: 167)

4.3 Qualitative strukturierende Inhaltsanalyse

Für die Auswertung von Experteninterviews eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse. Dabei werden Informationen zu einem bestimmten sozialen Sachverhalt aus den Texten entnommen

und in einem systematischen Verfahren ausgewertet (Gläser, Laudel 2010: 46f.). Die unterschiedlichen Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse arbeiten kategorienbasiert, das heißt innerhalb des Auswertungsprozesses sind analytische Kategorien ausschlaggebend (Kuckartz 2018: 52). Die in zahlreichen Forschungsprojekten bewährte inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse findet oft für leitfadenorientierte Interviews Anwendung. Dabei wird grundsätzlich ein mehrstufiges Verfahren der Kategorienbildung, wie auch in diesem Forschungsprojekt, angewendet. Beim Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurden thematische Hauptkategorien (siehe Anlage 1) und weiterhin ein Kategoriensystem (siehe Anlage 3) entwickelt, das möglichst genaue Definitionen der Kategorien enthält und durch Beispiele verdeutlicht wurde. Die ausdifferenzierten Kategorien dienen im Anschluss als Struktur für den Forschungsbericht. (Kuckartz 2018:97). Die nachfolgende Tabelle stellt die einzelnen Schritte der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, die im Rahmen der Auswertung des Forschungsprojekts bearbeitet wurden, detailliert nochmals dar.

4.3.1 Die Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse

Die in Tabelle 6 dargestellten Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse laufen nacheinander ab. Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse zeigt sich in ihrer systematischen und regelgeleiteten Vorgehensweise (Mayring 2002: 131).

Tabelle 6 Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (eigene Darstellung nach Kuckartz 2018:100ff.)

Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	Beschreiben des Vorgehens für das Forschungsprojekt
Phase 1 <i>Initiierende Textarbeit: Markieren wichtiger Textstellen und Schreiben von Memos</i>	Eingeleitet wurde die Analyse durch die initiierende Textarbeit, d. h. das sorgfältige Lesen und Markieren wichtiger Textstellen der transkribierten Interviews, dabei wurden Bemerkungen oder Auffälligkeiten im Text in Form von Memos geschrieben. (Kuckartz 2018: 101). Am Ende wurden stichwortartige Fallzusammenfassungen für jeden Befragten erstellt, die für die weitere Auswertung dienen (vgl. Kuckartz 2018: 58f.).
Phase 2 <i>Entwickeln von thematischen Hauptkategorien</i>	Die thematischen Hauptkategorien wurden deduktiv direkt aus der Forschungsfrage bzw. aus dem Interviewleitfaden entwickelt, die bereits bei der Datenerhebung leitend waren. Diese dienten bei der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse als Auswertungskategorien. Folgende thematische Hauptkategorien wurden gebildet: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufnahmesituation 2. Beurteilung Entlassungsmanagement 3. Ressourcen und Potentiale 4. Herausforderungen und Stressoren 5. Verbesserungspotentiale zum Überleitungsmanagement (Kuckartz 2018: 101 f.). Ebenso wurde die Regel einer möglichst genauen Beschreibung der entwickelten Kategorien für den darauffolgenden Codierprozess eingehalten (vgl. Kuckartz 2018: 103). Die detaillierte Beschreibung der Hauptkategorien kann in der Anlage 1 eingesehen werden.

<p>Phase 3 <i>Erster Codierprozess, Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien</i></p>	<p>Beim Lesen der Interviews, Zeile für Zeile vom Beginn bis zum Ende, wurden die betroffenen Textabschnitte farblich den thematischen Hauptkategorien zugeordnet. Teilweise enthielten manche Textabschnitte mehrere Themen, sodass Codierungen mit mehreren Kategorien möglich waren. Die für die Forschungsfrage nicht relevanten Textstellen blieben nicht codiert. Beim Zuordnen von Textstellen zu den Kategorien wurden folgende Codier Regeln eingehalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurden Sinneinheiten codiert, jedoch mindestens ein vollständiger Satz. 2. Wenn die Sinneinheit mehrere Sätze oder Absätze umfasste, wurden diese codiert. 3. Sofern die einleitende Frage vom Interviewer zum Verständnis erforderlich war, wurde diese mitcodiert. 4. Beim Zuordnen der Kategorie wurde nur so viel Text um die relevante Information herum mitcodiert, sodass die Textstelle ohne den sie umgebenden Text für sich allein ausreichend verständlich war. (Kuckartz 2018: 102 ff.).
<p>Phase 4 <i>Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen</i></p>	<p>Innerhalb der vierten und fünften Phase erfolgte die Ausdifferenzierung der noch relativ allgemeinen Hauptkategorien. Dafür wurden alle farblich codierten Textstellen für jede thematische Kategorie, die ausdifferenziert werden sollte, in einem Text-Retrial (siehe Anlage 2) zusammengestellt. (vgl. Kuckartz 2018: 106).</p>
<p>Phase 5 <i>Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material</i></p>	<p>Durch den Ablauf der Ausdifferenzierung konnten dann die Subkategorien für die ausgewählten Hauptkategorien teilweise am Material gebildet und weiterentwickelt werden. Diese Subkategorien wurden dann definiert und durch Beispiele aus den Interviews verdeutlicht Anlage 3 (vgl. Kuckartz 2018: 106).</p>
<p>Phase 6 <i>Zweiter Codierprozess, Codieren des gesamten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem</i></p>	<p>Beim zweiten Codierprozess wurde das Material erneut vollständig durchlaufen. Dabei wurden die Subkategorien den Textstellen zugeordnet, die vorher mit den Hauptkategorien codiert waren. (Kuckartz 2018: 110). Am Ende dieser Phase wurden die erstellten stichwortartigen Fallzusammenfassungen in f4analyse® erstellt und in eine Themenmatrix zusammengeführt (s. Anlage 4)</p>
<p>Phase 7 <i>Kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung</i></p>	<p>Im Mittelpunkt dieser Phase stand die Auswertung der Haupt- und Subkategorien. Bei den unterschiedlichen Auswertungsformen und Ergebnisdarstellungen wurde diese wissenschaftliche Studie kategorienbasiert entlang der Hauptthemen ausgewertet. (vgl. Kuckartz 2018: 116)</p>

4.3.2 Das Codesystem

Beim Durchlesen der Transkripte werden Überbegriffe mit Unterkategorien gebildet. Mit Fortschreiten des Codierprozesses entwickelt sich das Codesystem, welches in der folgenden Tabelle 7 abgebildet ist.

Tabelle 7 Codesystem Kategorien und Subkategorien f4analyse (eigene Darstellung)

Codesystem
Aufnahmesituation
Existenzielle Erfahrungen des Lebens
Umstände des Krankenseintritts
Versorgungs- und soziale Lebenssituation vor der Aufnahme auf der Stroke Unit
Beurteilung Entlassungsmanagement
Krankheitsbedingte kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen
Emotionale Reaktionen und Verhalten von Patient:innen und Angehörigen
Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes
Vorbereitung der Entlassung in den nachbetreuenden Sektor
Ressourcen und Potentiale
Unterstützung durch externe Akteure im Gesundheitswesen
Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Versorgungsanforderungen bewältigen zu können
Coping- die Fähigkeit mit der neuen Lebenssituation umzugehen
Unterstützung im sozialen Umfeld durch Familie, Freunde, Partner
Herausforderungen und Stressoren
Herausforderungen bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld
Das Erleben von Belastungssituationen
Das ständige Erleben eines hohen Abhängigkeitsgrades der Patient:innen
Unrealistische Vorstellung von der Verantwortung und der Belastung in der häuslichen Pflege.
Verbesserungspotentiale zum Überleitungsmanagement

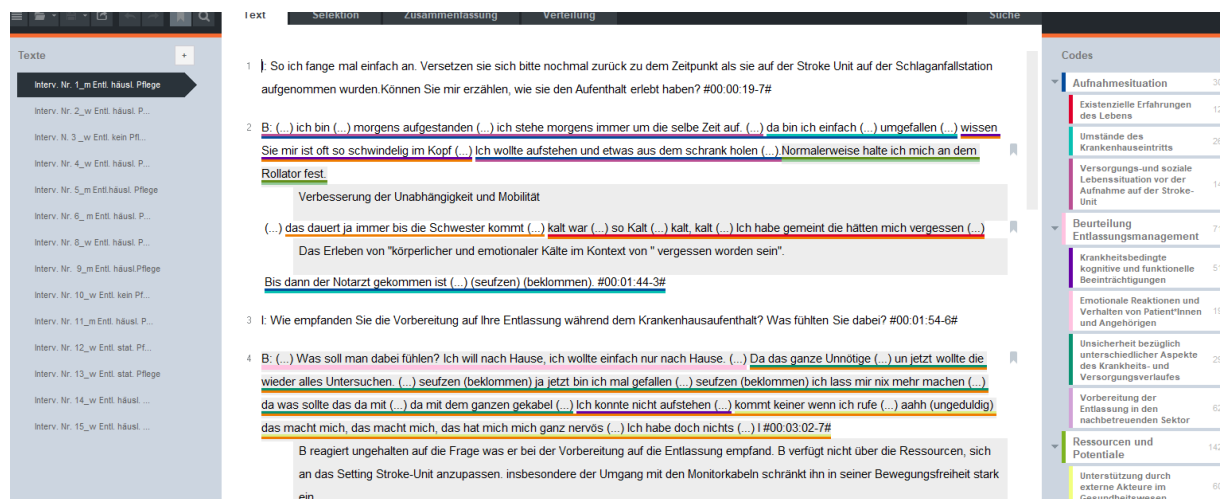
4.4 QDA Software f4analyse®

Die qualitative Datenanalyse f4analyse® ist eine Software-Unterstützung, die in der qualitativen Forschung eingesetzt wird. Mit dieser Software werden Texte transkribiert, Memos geschrieben und Codes entwickelt. Zusammenfassungen und Code-Kommentare wurden in einer Projektdatei gespeichert. Die Texte wurden mit den zugehörigen soziodemografischen Informationen, den Memos und den Kommentaren versehen. Die Ergebnisse und Interpretationen wurden so festgehalten und fügen automatisch die Quellenangabe mit

Textbezeichnung z. B. Interv.Nr.1_mEntl. Häusl. Pflege und den Absatz hinzu. Während der Analyse konnte über die Zeitmarken in den Transkripten bei Bedarf direkt auf die Originaltonquelle zurückgegriffen werden. Es standen 24 unterschiedliche Farben zur Textmarkierung zur Verfügung. (f4analyse Handbuch 2020)

Im Codierprozess wurden die Textstellen farbig markiert. Die Textstellen wurden zum Teil mehrfarbig unterstrichen. Die Farbe ist dem entsprechenden Code zugeordnet. Wenn die Codes fusioniert werden, werden die codierten Textstellen einschließlich der Kommentare zusammengelegt. In den Kommentaren und Zusammenfassungen wurden die Interpretationen festgehalten und im Schreibprozess per drag and drop in den Fließtext der deskriptiven Ergebnisdarstellung übertragen. (f4analyse Handbuch 2020)

Abbildung 1 Screenshot f4analyse® Projekt Leitfadeninterviews



5. Deskriptiver Ergebnisbericht

Im Folgenden erfolgt die kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptthemen, der durchgeführten empirischen Studie. Dabei werden die inhaltlichen Ergebnisse für jede thematische Hauptkategorie in qualitativer Weise dargestellt und die Beispiele durch Zitationen aus dem Material zur Verdeutlichung herangezogen (Kuckartz 2018: 116). Die Angaben zur Quelle der Zitate befinden sich am jeweiligen Zitatende in Klammern (z. B.; Interv. Nr.1 Entl. Häusl. Pflege). Diese Quellen beziehen sich auf die transkribierten Interviews, die in der Anlage 5 angefügt sind.

Es wurden 14 Interviews analysiert. In acht Interviews werden die betreuenden Angehörigen stellvertretend für die betroffenen Patient:innen befragt. In sechs Interviews werden die Patient:innen direkt befragt. Zu der Patient:innengruppe, welche unter der gerichtlichen Betreuung einer Berufsbetreuung stehen, erhält die Untersucherin keinen Zugang. Die Betreuer (7) lehnen eine Befragung ab. Argumentationen sind der hohe Zeitaufwand im

Rahmen des Interviews (3) und die Annahme der Betreuungsfachkräfte, dass die Patient:innen einem Interview nicht zustimmen würden. (2). Zwei Betreuer lehnen eine Kontaktaufnahme, die über die eigentlichen Bestallungsaufgaben hinausgehen, grundsätzlich ab.

5.1 Aufnahmesituation

Der Schlaganfall ist ein Notfall. Die Patient:innenaufnahme erfolgte in fast allen Fällen als Notfallaufnahme durch den Notarzt. Die Patient:innen zeigen bei der Aufnahme häufig ausgeprägte Symptome und neurologische Ausfälle. Die Diagnose „Schlaganfall“ trifft die Patient:innen plötzlich und unerwartet. Die Betroffenen werden mitten aus ihrem gewohnten Leben gerissen. Dies geht häufig mit einem Schock und einer lebensbedrohenden Krise einher (DEDAM Leitlinie 2020:1).

5.1.1 Existentielle Erfahrungen des Lebens

Das Einsetzen der existentiellen Erfahrung beginnt mit dem akuten Auftreten der Anzeichen und Symptome eines Schlaganfalls.

Das akute Auftreten eines Schlaganfalls beginnt häufig mit einer lebensbedrohlichen Situation (Krise). Die Patient:innen können die Beeinträchtigungen, Anzeichen und Symptome nicht interpretieren. In der Regel können die Betroffenen nicht auf Vorerfahrungen zurückgreifen. Ihr Erleben beinhaltet Gefühle von Todesangst.

„ich ihhh so iii dachte jetzt stereerbe (...) ich. liih so / so so ich (...) dachte (...) es ist alles vorbei.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich dachte, jetzt is sooo (...) vorbei.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Die Akutsituation wird häufig mit dem Empfinden von Angst, Kälte und Verlassens-Ängsten wie "sich nicht bemerkbar machen können" erlebt und hinterlässt bei den Betroffenen einen nachhaltigen emotionalen Eindruck.

„kalt war (...) so kalt (...) kalt, kalt (...) Ich habe gemeint, die hätten mich vergessen“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „es hat mir wahnsinnige Angst gemacht.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2), „es war sehr schwierig, auf meine Not aufmerksam zu machen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich dachte, ich hätte laut um Hilfe gerufen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Mit dem Erhalt der Erstdiagnose "Schlaganfall" wird ein akuter Krankenhausaufenthalt notwendig. In dieser Phase setzt die erste Auseinandersetzung mit der Erkrankung ein. Den Betroffenen wird bewusst, dass sie ihre Lebenssituation an die Erkrankung und gegebenenfalls an die zu erwartenden Beeinträchtigungen anpassen müssen.

„Der (...) Schlaganfall war sehr schwer (...). Es hat mich (...) hart getroffen (...)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „(seufzen) (beklommen) mir war bewusst (...), dass ich vermutlich einen Schlaganfall erlitten hatte.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Mit der Diagnosestellung entwickeln die Betroffenen ausgeprägte Zukunftsängste in Bezug auf ihre Lebenserwartung und die zukünftige Lebensgestaltung. Beobachtete Phänomene sind die Angst und Furcht vor der Endlichkeit des Lebens, die Verleugnung der Realität, sowie die Angst, anderen zur Last zu fallen. Die Patient:innen erleben das Empfinden von Abhängigkeit und Minderwertigkeitsgefühlen.

„ich habe manchmal Angst (scharfes Einatmen), dass ich nicht sehr alt werde #00:05:21-6#“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 12), „es ist schwierig, wenn man als so junge Frau wie ich an einer Erkrankung ähm (...) erkrankt, die sonst eher alte Leute trifft. ähm lange Pause das ist eine ganz besonders blöde Situation, mit der man zurechtkommen muss “ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 12)

5.1.2 Umstände des Krankenseintritts

Alle betroffenen Patient:innen wurden im Rahmen einer akuten Notfallsituation auf der Stroke Unit aufgenommen. Sie, beziehungsweise ihre Angehörigen berichten, wie sie die stationäre Aufnahme auf der Stroke Unit erlebt haben. In der Aufnahmesituation erleben Patient:innen und Angehörige häufig einen Zustand der Ohnmacht, der Orientierungslosigkeit und der Handlungsunfähigkeit.

„B: ich weiß gar nicht mehr, wie ich das beschreiben soll, es war schrecklich.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), Die Mama konnte mir dazu auch nicht viel sagen, sie hat nur gesagt ähm, er wäre an Geräte angeschlossen “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich habe ja gar nicht mitbekommen, wie mein Mann dort aufgenommen wurde, und er hat mich irgendwann angerufen und hat geschrien am Telefon“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Die Befragten berichten, wie sie die Erstversorgung durch den Notarzt und das Rettungsdienstpersonal oder den Hausarzt erlebt haben.

„Irgendwann kamen die Sanitäter und der Notarzt. Ich habe eine Nadel und eine Spritze bekommen. „Sie hat den Hausarzt angerufen, und der hat dann wohl die Einweisung in das Krankenhaus über einen Notarzt direkt organisiert. (...)“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Dann wurde ich mit dem Krankenwagen in das Krankenhaus in N. gebracht. Die Sanitäter waren sehr nett. Dort kam ich zuerst in die Notaufnahme. Die Ärztin hat mich

Untersucht. Die Ärztin war sehr freundlich zu mir.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2),

Die Betroffenen selbst erleben die Versorgung durch den Notarzt mit nachvollziehbaren Schilderungen. Zur Aufnahmesituation auf der Stroke Unit können sie nur vage Angaben machen.

„Zum Glück wurde ich direkt auf die Schlaganfallstation in N. gebracht. (...) Ich wurde dort aufgenommen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2),

„(Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2), „ich litt mehrere Tage unter starken Kopfschmerzen (...) ja extremen Kopfschmerzen. Dann habe ich immer wieder Tabletten eingenommen gegen die Kopfschmerzen, aber die gingen nicht richtig weg und da bin ich zu meinem Hausarzt“ (Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2).

Es fällt auf, dass die direkten Bezugspersonen oft keine direkten Angaben oder eine detaillierte Sachlage innerhalb ihrer eigenen Familie kommunizieren können.

„die Mama hat mich angerufen. (...) der Papa ähm, der hatte da ja schon auf der Schlaganfallstation gelegen als wir kamen. (...) Das war schon einige Tage vorher passiert.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Die Mama konnte mir dazu auch nicht viel sagen, sie hat nur gesagt ähm, er wäre an Geräte angeschlossen “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2),

Eine Befragte mit weniger ausgeprägten Symptomen erlebt die Notfall-Einweisung über ihren Facharzt. Für diese Patient:innen stellt die Diagnose Schlaganfall ein Schock dar.

„Ich war bei meinem / meinem Orthopäden hm, weil ich Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Arm hatte. Der Arm war ein bisschen wie so eingeschlafen. Einen richtigen Schock bekam ich als der Orthopäde der Dr. F. sagte, ich hätte vermutlich einen Schlaganfall erlitten und er würde mich sofort in eine Spezialklinik einweisen.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2).

5.1.3 Versorgungs- und Lebenssituation vor der Aufnahme auf der Stroke Unit

Die initiale Einschätzung der aktuellen sozialen Lebenssituation zeigt die unterschiedlichen Lebenswelten, aus welchen die Patient:innen kommen. Der Schwerpunkt liegt auf der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs und der Einschätzung zur sozialen Situation. Eine Befragte gibt an, ihre Mutter lebe ohne fremde Unterstützung und habe sich bisher selbst versorgt.

„Meine Mama wohnt in E“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich muss mich um ihren Hund kümmern und ihre Sachen mitbringen.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich lebe allein“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich bin am Abend wie sonst zu Bett gegangen so wie immer“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Zwei Befragte schildern ihre Einschätzung zum zukünftigen Versorgungsbedarf ihrer Angehörigen. Sie berichten, sich bereits im Zeitraum vor dem Krankensein Sorgen über die bestehenden Defizite in der Versorgung gemacht zu haben.

„Er wohnt allein (...) auf dem Scheidter Berg in diesem riesengroßen Haus und jetzt ohne so mit den ganzen Möbeln und allem, alles, was ihn an seine Frau erinnert“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4), „Er ist abhängig, er sieht auch sehr schlecht / er leidet an einer Makuladegeneration“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4), „Deshalb hatten wir vorher schon einmal mit ihm gesprochen, ob er sich nicht ein Apartment in der Stadt sucht oder irgendwo in der Stadt im betreuten Wohnen.“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4).

Eine Befragte erzählt von der sozialen Isolation und den Herausforderungen in der häuslichen Versorgung ihres Vaters, der bis zum Eintritt des Ereignisses einen Wohnortwechsel kategorisch abgelehnt hatte.

„Er hat zu Hause noch mit Holz geheizt. Er war sowieso in letzter Zeit nur damit beschäftigt, seinen Lebensunterhalt zu sichern mit Einkaufen, Heizen, so dass er keine Zeit mehr hatte, mit anderen Menschen Kontakt zu halten. Das kann er jetzt im betreuten Wohnen, weil er sich zumindest um seine Grundversorgung keine Gedanken mehr machen muss und immer andere Menschen um sich hat. #00:10:13-4# (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 12).

Ein Befragter mit einem ausgeprägten Unterstützungsbedarf lebt allein zu Hause, pflegende Angehörige und externe Akteure unterstützen ihn zu festgelegten Zeiten. Das krankheitsbedingte Ereignis fiel in ein Zeitfenster am Morgen, als keine unterstützenden Personen anwesend waren. Die Unterstützung beschränkt sich auf die Hilfe bei der Haushaltsführung und zum Einkaufen.

(...) ähm meine Kinder (...) da mein Sohn, der wohnt nebenan (...) meinem Sohn dem (...) habe ich das Haus überschrieben (...). Die Schwiegertochter (...) die schaut (...) nach mit (...) deshalb habe ich dem (...) Sohn ja das Haus überschrieben (...). Die bringt mittags Essen (...) Mein Sohn, der arbeitet so viel (...) aber die schauen nach mir (...) #00:04:20-6# (Interv. Nr. 1-m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 1).

In diesem Fall werden zusätzlich externe Leistungen in Anspruch genommen. Dabei unterstützen die Angehörigen, und es kommen Unterstützungsangebote durch Pflege- und Betreuungsdienste zum Einsatz.

B: (...) (unv., #00:04:34-2#) (...) das ist alles in Ordnung. (...) ich gehe da ins Barbara (...) da dreimal nachmittags in der Woche (...). Sie sollten mal sehen (...) wie ich da rumzische, (...) (lacht), da sind lacht da sind auch Frauen (...) da sind da sind (...) zwei Frauen (lacht) (lacht) mit denen verstehe ich mich gut (...). Da kann man mittags, da macht man (...) da gibts Kaffee (...) da gibts auch Kuchen (...) da bin ich nicht so alleine (...) (unv., #00:05:37-2#) (...) da ist die Ingeborg, mit der verstehe ich mich saugut (...) (unv., #00:05:48-2#) (...) #00:05:52-5# (Interv. Nr.1-m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 1).

Zu beobachten ist die Gefahr, dass Patient:innen ihre selbstbestimmte und sichere Umgebung nicht dauerhaft sicherstellen können. Die Mehrheit der älteren Betroffenen benötigt vor dem Ereignis einen geringen Unterstützungsbedarf durch die Angehörigen.

„ich bin (...) morgens aufgestanden (...) ich stehe morgens immer um dieselbe Zeit auf. (...)“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „Ich wollte aufstehen und etwas aus dem Schrank holen“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„Die Patientin ist 83 Jahre alt und lebt allein. Sie ist selbstständig für die Haushaltsführung, das Waschen, das Kochen und den Einkauf zuständig. Seit einigen Jahren leidet sie unter Venenentzündungen“ (Memo, Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

5.2 Beurteilung des Entlassungsmanagements

Während des Aufenthalts auf der Stroke Unit zeigen sich Auswirkungen, die für das Entlassungsmanagement eine Rolle spielen. Zu beobachten ist die Gefahr unzureichender sozialer Interaktion und die Beeinträchtigung sozialer Beziehungen durch die therapeutische Isolation im Krankenhaus. Kognitiv beeinträchtigte Patient:innen verfügen nicht über die Fähigkeit, ihre Bedürfnisse zu formulieren. Sie erleben Isolation und Sehnsucht nach familiärer Beziehung. Es droht die Gefahr der Vereinsamung.

B: (...) Was soll man dabei fühlen? Ich will nach Hause, ich wollte einfach nur nach Hause. (...) Da das ganze Unnötige (...) und jetzt wollte die wieder alles untersuchen. (...) seufzen (beklommen) ja jetzt bin ich mal gefallen (...) seufzen (beklommen) ich lass mir nix mehr machen (...) da was sollte das damit (...) da mit dem ganzen Gekabel (...) Ich konnte nicht aufstehen (...) kommt keiner, wenn ich rufe (...) aahh (ungeduldig) das macht mich, das macht mich, das hat mich ganz nervös (...) Ich habe doch nichts (...) I #00:03:02-7# (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Eine Befragte erlebt die ungeplante Entlassung ihres pflegebedürftigen Partners als traumatische Erfahrung und erlebt emotionale Hilflosigkeit.

B: Die Entlassung konnten wir überhaupt nicht abschätzen. Ich wusste überhaupt nicht, ob mein Mann jetzt noch 3 Wochen in der Klinik bleibt oder ob er sehr schnell entlassen wird. Ich hatte auch das Gefühl, dass er dort eher schlecht versorgt ist, (...) Also ich bin dann nach der Arbeit immer so viel wie möglich und zwischendurch in die Klinik gefahren und habe versucht, mit ihm Übungen zu machen, um ihn zu unterstützen, weil ich das Gefühl hatte, dass diese ganzen Therapeuten dort nicht ausreichend etwas tun. ähm Mein Mann, der ist sehr fixiert auf mich und ich auch auf ihn. (...) Wir konnten das irgendwie gar nicht planen, wir wussten auch noch gar nicht, wie das zu Hause gehen soll und was ich (...) und wie wir das zu Hause anstellen sollten. (...) #00:02:56-4# (Interv. Nr.2, Absatz 8).

5.2.1 Krankheitsbedingte kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen

Nicht alle befragten Patient:innen erleben kognitive oder funktionelle Beeinträchtigungen.

„ich (...) ähm habe Glück, dass ich keine keine großen Beeinträchtigungen habe.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2), „Das habe ich aber abgelehnt / weil ich an sich (...) ja so gar keine Ausfälle habe. Ich habe keine Symptome mehr.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4).

Befragte Patient:innen, die sich ihrer kognitiven Beeinträchtigungen bewusst sind, erleben einen ausgeprägten Leidensdruck. Sie erleben eine hohe psychische Belastung in Bezug auf Fragen und Zweifel in Bezug auf ihr Selbstbild und das Selbstwertgefühl.

„Ein weiteres Problem war, dass ich mir Dinge nicht mehr merken konnte“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich verwechsele links und rechts“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich gebe falsche Antworten“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „also die Zeit zur Aufnahme, das nehme ich verschwommen wahr“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Manchmal habe ich noch Wortfindungsstörungen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Das habe ich aber abgelehnt / weil ich an sich (...) ja so gar keine Ausfälle habe. Ich habe keine Symptome mehr. Das Taubheitsgefühl im Arm ist rückläufig (...). Von daher hat mich das insgesamt sehr verunsichert. So dass ich plötzlich ein kranker Mensch sein sollte. (lange Pause) #00:03:40-2# (Interv.Nr.10_w Entl. Kein Pflegebedarf, Absatz 4).

Der Verlust der Fähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen, stellt die Patient:innen, ihre Angehörigen und das Behandlungsteam in der Therapie und in der häuslichen Versorgung vor komplexe Herausforderungen. In zwei Fällen erleben die Befragten eine signifikante

Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten der Patient:innen während und nach dem Aufenthalt auf der Stroke Unit.

B reagiert ungehalten auf die Frage, was er bei der Vorbereitung auf die Entlassung empfand. B verfügt nicht über die Ressourcen, sich an das Setting Stroke Unit anzupassen. insbesondere der Umgang mit den Monitorkabeln schränkt ihn in seiner Bewegungsfreiheit stark ein. (Memo in: Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Der ist in der Nacht erst richtig aktiv geworden. Er hat sich versucht, durch die Wohnung zu tasten, hat dann die Orientierung verloren.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Er war auch etwas durcheinander, das hat sich in den ersten Tagen dort gelegt.“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 2), „Er hat sich gleich am ersten Abend auf der Suche nach einer Waschmaschine in dem Gebäudetrakt verlaufen.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4).

5.2.2 Emotionale Reaktionen und Verhalten von Patient:innen und Angehörigen

Die Befragten erleben eine große Bandbreite an unterschiedlichen Emotionen. Das emotionale Erleben ist eng mit dem psychischen Wohlbefinden verbunden. Patient:innen erleben Gefühle von Unsicherheit und Furcht. Ein Befragter drückt indirekt Unsicherheit und Furcht aus. Er verfügt nicht über die Fähigkeit, sich an die neue Situation im Krankenhaus anzupassen. Er reagiert ungehalten. Die Furcht zeigt sich in der beschriebenen permanenten motorischen Unruhe und er reagiert mit dem Wunsch "Flucht nach Hause". Bei Patient:innen wird das Phänomen unwillkürlicher emotionaler Ausbrüche im Rahmen kognitiver Beeinträchtigung sowie die Unfähigkeit, sich neuen Situationen anzupassen, beobachtet. Es fehlt die Fähigkeit zu zielorientiertem gesteuertem Verhalten.

„Was soll man dabei fühlen? Ich will nach Hause, ich wollte einfach nur nach Hause.“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Eine Befragte berichtet vom Weinen als Ausdruck von Trauer der Patientin.

„meine Mama hat das alles nicht verstanden, die hat sehr viel geweint“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Das Erleben von Angst, Furcht und Besorgnis wird von mehreren Befragten als sehr intensive Emotion erlebt.

„Wir hatten Angst vor der Entlassung“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Auf der Intensivstation bin ich dann erschrocken“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich war erschrocken, er hatte sehr stark abgebaut“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 2), „oooooh Zögerungslaut ich ich ich habe gezittert von Kopf bis Fuß (...) ich ich bin ja selbst

krank, ich habe eine Angststörung und ich weiß auch gar / ja ich habe keinen Führerschein ich weiß ja auch nicht, wie ich nach Neunkirchen immer hinkommen soll ähm (...) dann bin ich bin ich mit dem Bus nach Neunkirchen“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „es hat mich sehr beunruhigt“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4).

Ein Befragter berichtet vom Erleben des Verlustes des Selbstwertgefühls und der Veränderung seiner Gefühle. Scham und Stigmatisierung, ausgelöst durch die Reaktionen anderer Personen auf die erkennbaren Beeinträchtigungen der Betroffenen.

„Am am Anfang war das grausam (...), weil ich jetzt behindert bin.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich komme mir so dumm vor.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich habe mich so geschämt“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „das war schlimm für mich, mich mit der Behinderung in der Öffentlichkeit zu zeigen. Die Leute schauen.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Das Erleben von Gefühlen des Versagens hinterlässt bei den Befragten nachhaltige Eindrücke der erlebten Emotionen.

„es bleibt aber ein bitterer Beigeschmack. Wir haben das Gefühl, dass wir versagt haben.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Angehörige reflektieren ihre vermeintlichen falschen Entscheidungen. Ihre Gedanken kreisen um Szenarien, die sie sich vorstellen, wenn sie eine andere Entscheidung getroffen hätten.

„Im Nachhinein war es wohl ein Fehler, meine Mutter hat sich bereit erklärt, meinen Vater mit nach Hause zu nehmen (...) ohne Reha.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Eine Befragte erlebt die emotionale Überforderung und eine Retraumatisierung im Rückblick auf frühere Erfahrungen.

„((aahh ungeduldig)) Ich schaffe das einfach nicht, das kann man doch nicht von einem verlangen. (...) Das kann man doch einfach nicht von einem verlangen. Warum muss ich mich dann da immer / was kann denn da passieren, wenn ich sage, wenn ich sage, ich kümmer mich nicht darum, dann kommt die Kripo irgendwann.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

„Das war sehr schlimm und er hat auch immer "mein Liebes" zu mir gesagt / das hat er früher nicht gesagt, also ich war emotional schon tief erschüttert.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 2)“ (Kommentar zu Code: Beurteilung Entlassungsmanagement — Emotionale Reaktionen und Verhalten von Patient:innen und Angehörigen).

Bei einer befragten pflegenden Angehörigen zeigt sich Überforderung durch fehlendes Wissen, die Angst, die erforderliche Pflegeleistung nicht erbringen zu können. Es droht die Rollenüberlastung pflegender Angehöriger.

„Dann ruft die mich alle Stunde an ((Zigarettenzug)) und ich weiß überhaupt nicht (...) dann zittere ich von Kopf bis Fuß. Ich schaffe das nicht. Ich schaffe das einfach nicht ((Zigarettenzug)) ((Zigarettenzug)) (...)“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). „Die hat ihr ganzes Leben nie nach mir gefragt.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

5.2.3 Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes

Die Befragten erleben unterschiedliche Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitsverlauf und die Bedarfe in der Versorgung. Unsicherheiten beziehen sich bei jungen Berufstätigen auf die zukünftige berufliche Leistungsfähigkeit, die Wiedereingliederung in das Berufsleben und die drohende Verschlechterung der Erkrankung.

„Ich machte mir Gedanken, wie soll das denn überhaupt alles mit meinem Leben weitergehen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „man weiß nicht, welche Dinge sich erholen“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich wusste nicht, was ich machen soll dann, dann sollte ich aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber das mit der Beantragung mit dieser Reha, das dauert unheimlich lange.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4).

Zu beobachten sind Unsicherheiten und Ängste bei Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit und bei der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben.

„Ich hatte Angst, wenn ich danach anfangen zu arbeiten, das dicke Erwachen kommt.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8), „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können hierbei unterstützen, um beispielsweise den Arbeitsplatz anzupassen.“ (Memo in: Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8), „Ich habe große Angst einen neuen Schlaganfall zu erleiden“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2)“ (Kommentar zu Code: Beurteilung Entlassungsmanagement — Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes)

Pflegende Angehörige und Patient:innen erleben große Unsicherheit, weil sie "nicht wissen, wie es weitergeht". Es entstehen bei dem Erlebten Unsicherheiten um zentrale Fragestellungen aus der Patient:innen- und Angehörigenperspektive zum weiteren Krankheitsverlauf und dem daraus entstehenden Versorgungsbedarf. Die Befragten zeigen eine ausgeprägt hohe Motivation, die Pflege im häuslichen Umfeld zu gewährleisten. Sie kommunizieren ihre Wissenslücken, um die Pflege zu planen und zu organisieren.

„Die große Herausforderung für uns als Familie war die Ungewissheit, dass wir nicht wussten, wie es weitergeht.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „Wir wussten nicht, ob die Mama den Papa zu Hause versorgen kann ähm, ob sie das schafft, sie ist ja auch nicht mehr die Jüngste.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)

Analog dazu stellt sich den Betroffenen die Frage, in welchem Umfang eine häusliche Versorgung geplant werden kann, wenn der zukünftige Pflegebedarf prospektiv noch nicht einzuschätzen ist.

„Es hat uns aber keiner erklärt, wie ist denn so der Verlauf, wie geht das so weiter “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) „die haben immer gesagt ähm, das können wir noch nicht sagen, man muss kucken, wie sich das entwickelt “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Die Betroffenen verfügen nicht über das Fachwissen, den Krankheits- und Versorgungsverlauf einzuschätzen. Unterschätzt wird der bestehende oder drohende beeinträchtigte Gesundheitszustand pflegender Angehöriger durch fehlende Entlastung oder die fehlende Fähigkeit, die Pflege fachgerecht zu erbringen. Bereits in der Akutphase zeigen einige Patient:innen ausgeprägte Selbstpflegedefizite im Kontext einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit dem Risiko der Schwerstpflegebedürftigkeit.

„Ob die Mama einen Pflegedienst rufen muss, ob das mit dem Pflegegrad und dem Pflegegeld bis dahin geklärt ist. Ob er nach der Reha in eine Kurzzeitpflege muss, ob die Mama das zu Hause überhaupt irgendwie schaffen kann, und wie die Mama damit alleine zurechtkommen soll.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

5.2.4 Vorbereitung der Entlassung in den nachsorgenden Sektor

Einige Befragte erleben unzureichende Informationen zum Entlassungsprozess. Es fehlen die Informationen zum Entlassungszeitpunkt und die Vorbereitungszeit.

„Ich wusste überhaupt nicht, ob mein Mann jetzt noch 3 Wochen in der Klinik bleibt oder ob er sehr schnell entlassen wird.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Eine Betroffene erlebt eine überstürzte Entlassung oder kann sich nicht auf den Entlassungszeitpunkt vorbereiten. Die ungeplante Entlassung stellt die Befragte vor die Herausforderung, über Nacht eine sichere Versorgungssituation im häuslichen Umfeld zu organisieren. Hierzu gehören neben der Ausstattung mit Hilfsmitteln und Medikamenten auch die Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung.

„Er wird morgen entlassen, ich muss ihn dann mitnehmen.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „B erlebt eine ungeplante "blutige Entlassung". (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Fehlende Hilfsmittel, Medikamente und ein defizitäres Wissen in der Durchführung der Pflege stellen pflegende Angehörige vor komplexe Herausforderungen und gefährden die Patient:innensicherheit durch drohende Versorgungseinbrüche.

„Die Entlassung konnten wir überhaupt nicht abschätzen“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4). „Die große Herausforderung war, überhaupt (...) überhaupt meinen Mann nach Hause zu bekommen ohne Krankenwagen. Man hat einfach gesagt, ich soll ihn mitnehmen. Ich musste den irgendwie in das Auto bugsieren. Er hatte entsetzliche Schmerzen und ich habe mir schon gedacht, hoffentlich kommt der irgendwie die Treppe hoch.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Versäumnis des Behandlungsteams, für einen sicheren Patiententransport zu sorgen“ (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Dann hatten wir keine Medikamente, ich musste den schwerkranken Mann mit nach Hause nehmen.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Einige Befragte berichten von fehlender individueller Beratung und die Feststellung des Unterstützungsbedarfs, weil sie offensichtlich den Anschein erwecken, sich selbst versorgen zu können und nach Hause entlassen werden. In Wirklichkeit fehlen ihnen jedoch im Rahmen ihrer Krankheitsbewältigung die Kenntnisse und Fähigkeiten, ihre Situation realistisch einzuschätzen.

„Ich habe mir darüber auch nicht keine Gedanken gemacht, weil man in dieser Rehaklinik so beschäftigt ist mit seinem Tagesablauf und sich ähm mit der Krankheit (...) auseinander zu setzen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Die Vorbereitung, ich weiß nicht, warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst, welche Probleme da auf mich zukommen könnten.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)

In der häuslichen Pflege wird die Versorgungssituation der Patient:innen fokussiert. Eine mögliche Institutionalisierung der Pflegeempfänger wird aus Sorge um das Wohlbefinden durch die pflegenden Angehörigen nicht reflektiert. Dabei wird nicht berücksichtigt, ob die Betreuenden über die Fähigkeiten und die Kompetenzen verfügen, eine adäquate Pflegeleistung zu erbringen.

„Wir waren zwar technisch gut ausgestattet und vorbereitet“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6) „Das Pflegegeschehen wird überwiegend auf die pflegebedürftige Patientin

fokussiert. Der Situation der Töchter, die pflegerische Laien sind, wird vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Zu beobachten ist das Phänomen der drohenden oder bereits eingetretenen Rollenüberlastung pflegender Angehöriger durch mangelndes pflegerisches Wissen oder die fehlenden Fähigkeiten oder Möglichkeiten, die Versorgung sicherzustellen.

„Ich möchte mich bitte darum kümmern, dass man einen Heimplatz findet. (seufzen) (beklommen) oder ich solle die Versorgung sicherstellen.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4).

Eine befragte pflegende Angehörige erlebt die Entlassung in ein Setting, das nicht auf die Bedarfe des Patienten abgestimmt ist.

„Das war dort sehr schlecht organisiert.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4) „Das war eine Reha für Menschen, die sich selbst so weit schon versorgen können.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „Defizite in der Vorbereitung in die nachsorgende Versorgungsumgebung.“ (Memo in: Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „Irgendwie hatte ich das Gefühl, dass diese Rehaeinrichtung der völlig falsche Ort für ihn ist.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „Falsches Setting “ (Memo in: Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4).

Im Gegensatz zu einer unorganisierten unstrukturierten Entlassung erlebt ein großer Teil der Befragten die Vorbereitung auf die Entlassung in einem strukturierten Entlassungsmanagement. Hier wird der Entlassungszeitpunkt vorab geplant und die Betroffenen werden unterstützt, um eine sichere Versorgungssituation aufzubauen.

„dann hat mir der Arzt gesagt, ich soll noch eine Reha machen. Das hat die Sozialarbeiterin alles mit mir in die Wege geleitet.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4).

„Auch die Ärzte haben gefragt, was wir alles benötigen, wie die Wohnung aussieht, haben Rezepte erstellt - ich habe im Sanitätshaus ein Pflegebett bestellt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Der Pflegedienst vom Hospiz kam schon in das Krankenhaus und haben sich mit uns und der Krankenschwester am Bett unterhalten. Sie haben die Krankenakte sehr genau studiert. (...) da / wir dachten wir hätten uns gut vorbereitet. (...) #00:07:04-9#“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

„Die Ärzte haben mir alles erklärt. Die Sozialarbeiterin kam zu mir und wollte eine berufliche Reha für mich in die Wege leiten. (...)“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4). „Ich habe im Krankenhaus alle Medikamente und Bescheinigungen erhalten. Ich hatte alles, was ich brauche. Die Ärztin hat mich informiert, wann ich zum Hausarzt muss, welche

Untersuchungen bei Fachärzten noch stattfinden müssten. Das stand auch alles in dem Arztbrief, den ich gelesen habe. Ich war gut aufgestellt. “ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6).

„Ich habe einen Termin bei der Sozialarbeiterin im Krankenhaus gemacht. Die hat mir genau erklärt, was ich tun muss, dass ich bei der Betreuungsbehörde einen Antrag stellen muss, ähm für einen / um die Betreuung einzuleiten, damit ich den Haushalt auflösen kann.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „Die Sozialarbeiterin hat den Pflegeantrag und diese ganzen Sachen für den Papa gestellt “ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4). „Das Krankenhaus hat eine Reha Antrag gestellt (...) danach ist der Papa / er konnte inzwischen im Rollstuhl sitzen. (...) nach Blieskastel in die Reha überführt worden.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4).

„In der Vorbereitungszeit haben wir uns schon sehr viel von den Schwestern und Pflegern erklären lassen, haben ähm auch so einen Kurs bei der Krankenkasse gemacht.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Mein Vater hat sehr viele Fragen gestellt, wie Dinge zu tun sind. Wir haben einen Pflegedienst und eine Pflegekraft ausgesucht, die bereits mit dem Krankenhaus Kontakt aufgenommen hatten.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Die haben sich bei den Schwestern zusammen die Akte und die Medikamente angesehen, waren bei unserer Mama und haben meinen Vater einbezogen. Die waren zu Hause und haben sich unser Haus begutachtet / haben mit meinem Vater alles besprochen, so auch wo die Pflegekraft wohnen kann. Wie das Pflegezimmer eingerichtet werden muss“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

5.3 Ressourcen und Potentiale

Beobachtete Phänomene sind die Entwicklung von Strategien, um eigene Energien zu mobilisieren. Ziel ist die Verbesserung der Selbstpflegedefizite und definierte Ziele zu planen und erreichbar zu machen. Die befragten Patient:innen erlangen eine verbesserte Selbstbestimmung, indem sie Veränderungen bewusst reflektieren. Sie identifizieren Verbesserungspotentiale und wirken aktiv an Entscheidungen zu ihrer Zielerreichung mit. Patient:innen verfügen über die Fähigkeit, auf die erfolgreichen Bewältigungsstrategien biografisch kritischer Ereignisse zurückzugreifen.

Im zweiten Schritt habe ich (...) habe ich mir überlegt (...), dass ich überhaupt überlebt habe (...) es sollen einige der Menschen den Schlaganfall nicht überleben, hat der Arzt erklärt. (Interv. Nr.5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 2).

5.3.1 Unterstützung durch externe Akteure im Gesundheitswesen

Um die Herausforderungen in der häuslichen Pflege zu bewältigen und die Anforderungen und die Fähigkeiten zum Aufbau einer sicheren Versorgungssituation leisten zu können, erleben Patient:innen und Angehörige die Unterstützung der professionellen Akteure im Gesundheitswesen als Entlastung.

„Ich gehe da ins Barbara (...) da dreimal nachmittags in der Woche “ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8., Trotz der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen haben soziale Interaktionen, während die Kinder ihrer Berufstätigkeit nachgehen, einen hohen Stellenwert. Dies drückt sich in der Aussage "da bin ich nicht so alleine" aus.“ (aus Memo in: Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Besuchen Sie mich doch mal (...) da (...) im Barbaraheim (...) da müssen Sie mal vorbeikommen (...) da müssen sie mal schauen, da ist was los “ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 12).

Befragte erleben die Unterstützung durch Pflegedienste. Neben Pflegeangeboten vermitteln und organisieren die ambulanten Dienste auch haushaltsnahe Dienstleistungen.

„Wir hatten eine Haushaltshilfe, die uns von der Sozialstation über die Krankenkasse zugeteilt wurde.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „dann haben wir das mit diesem ambulanten Pflegedienst geholt.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Die haben die Mama sehr unterstützt. Die haben genau gewusst, wo wir bei der Krankenkasse Dinge beantragen müssen, haben das für uns auch zum Teil übernommen hm “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„Der Pflegedienst kam zum Waschen (seufzen) (beklommen) und um die Medikamente zu verabreichen. Der Pflegedienst vom Hospiz kam, um die Schmerzmittel zu geben. Die haben auch immer sehr viele Gespräche mit uns geführt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Ich musste den Pflegedienst anrufen und den Nachbarn.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „der Palliativpflegedienst vom Hospiz (seufzen) (beklommen) hat uns noch zwei Frauen geschickt, die ehrenamtlich zu uns kommen, damit wir zum Einkaufen können.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Die Befragten erleben die Unterstützung durch Therapeuten im Rahmen der bereits einsetzenden Frührehabilitation als unterstützende Maßnahme zur Wiedererlangung von durch den Schlaganfall beeinträchtigten Fähigkeiten.

„Ich wurde dann nach ein paar Tagen auf eine neurologische Station verlegt. (...) dort begann die Rehabilitation, es kam die Logopädin, die sich sehr viel Mühe mit mir gemacht hat“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „später hat sie mir dann (...) ähm Bilder gezeigt ähm

(...) ich hatte am Anfang sogar manchmal zweimal am Tag Unterricht von der Logopädin. Schlucken konnte ich gut“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „so nach und nach der Physiotherapeut, der war jeden Tag bei mir, dann hat sich die Muskulatur etwas erholt. Die Muskeln waren hatten wieder mehr Kraft etwas zu tun.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Dazu kam die Ergotherapeutin, die (...) mit mir geübt hat ä mich anzuziehen, wie man welche Hilfen es gibt ähm (...) und ähm (...) ich sollte mir andere Schuhe zulegen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Die Sozialdienste unterstützen die Befragten bei der Prüfung der Voraussetzungen beim Zugang zu Leistungen und wissen, welche Leistungen den Patient:innen zustehen.

„Das habe ich mit der Krankenkasse alles geregelt mit der Kostenzusage, also da hat uns, da hat man uns vorher ähm schon alles erklärt“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) „Die Sozialarbeiterin hat uns gut unterstützt.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Pflegefachkräfte führen Patientenedukation und die Erhebung des Pflegebedarfs mittels Pflegeassessments, wie zum Beispiel dem Barthel -Index (Bewertung der Alltagsfunktionen zum Unterstützungsbedarf), durch. Sie informieren und beraten im Rahmen der Durchführung von Pflegefachgesprächen, leiten Patient:innen und Angehörige bei der Durchführung der Grund- und Behandlungspflege an. Darüber hinaus vermitteln sie Wissen zu Prophylaxen, Pflegemaßnahmen und Pflegeinterventionen.

„Das hat uns später die Krankenschwester vom ambulanten Pflegedienst beigebracht.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „Weil uns auch keiner sagen konnte ähm / wie man / das macht also / ähm wann wenn jemand Durchfall bekommt, was man überhaupt gibt und wie / wie man das mit dem Wasser auch macht. Wieviel Tee soll man dazu geben.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „Das Pflegeteam auf dieser Schlaganfallstation hat der Mama ganz viel erklärt und sie getröstet, die haben ihr gezeigt, wie man das mit dem Essen gibt, dass er sich nicht verschluckt.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „wie man diesen Verband an dieser Bauchsonde wechselt.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10) „Beratung, Anleitung und Schulung zum Thema Ernährung und Umgang mit Ernährungssonde und Sondenkost.“ (Memo in: Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

Die Befragten hätten sich eine kontinuierliche fachliche Beurteilung der pflegerischen und der medizinischen Versorgung gewünscht.

„Für meinen Papa wäre es eine Unterstützung gewesen, wenn man im Krankenhaus schon festgestellt hätte, dass diese Schluckstörung schwerwiegender ist als man später in der Reha festgestellt hat.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

„Sie würde empfehlen, dass sie ihn im betreuten Wohnen aufnimmt, und zwar nicht in dem Heim, dass ich ausgesucht hatte, sondern in einem anderen Heim von der gleichen Gruppe Pro Seniore, dort wären mehr jüngere Männer so um die 60 im Alter meines Vaters, damit er dort mehr Gesellschaft hat und mehr am sozialen Leben teilnehmen kann. hm (bejahend)“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „Einschätzung des Pflegebedarfes und der Versorgungssituation durch die Pflegerische Fachexpertise (Pflegedienstleitung stationäre Pflege)“ (Memo in: Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4).

Eine Befragte erlebt die dramatische Situation des Scheiterns der Sicherstellung einer pflegerischen Situation im häuslichen Umfeld. Aus ihrer Sicht hätte im Rahmen der Entlassungsplanung eine zielgerichtete Aufklärung, wie die Pflege zu Hause zu organisieren ist, stattfinden sollen. Über die Herausforderungen im häuslichen Pflege-Setting hatte sie keine Informationen und dementsprechend auch keine Vorstellungsmöglichkeit über die Belastungen und die Verantwortung.

„Hinterher ist man immer schlauer. Im Nachhinein hätten die Ärzte viel mehr auf uns und unsere Eltern einwirken müssen und hätten müssen stärker versuchen, dass mein Vater in diese Rehaklinik geht“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Die Schwester von dem Palliativpflegedienst schaut jetzt nach einem Seniorenpflegeheim, das sich auf Palliativpatienten ausgerichtet hat. Im Hospiz sind wir angemeldet,“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Aufgrund der komplexen hochaufwändigen Pflege sind die Töchter nicht in der Lage, die Versorgung im häuslichen Umfeld zu organisieren und sicher zu stellen. Sie stimmen einer Übersiedlung in ein Hospiz zu.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Hilfreich erlebt eine Befragte die Unterstützung bei der Koordination und Vermittlung von Leistungen durch den Hausarzt.

„Da hat mir der Hausarzt geholfen und hat da etwas hingeschrieben ähm hat das geklappt“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „unser Hausarzt, der uns auch immer bestärkt hat und alles erklärt hat.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

5.3.2 Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Versorgungsanforderungen zu bewältigen
Codiert wurden alle Textstellen zu Äußerungen der Befragten in Bezug auf das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Versorgungsanforderungen bewältigen zu können. Inkludiert wurden in diesem Code auch die Frage nach finanziellen Ressourcen oder Herausforderungen. Über die entsprechenden finanziellen Ressourcen verfügen zu können, ist ein Element, um eine kontinuierliche Versorgungssituation sicherzustellen.

Für sich selbst sorgen können ist eine Ressource, die zu einer hohen Motivation führt, ebenso der Wunsch, im häuslichen Umfeld wohnen zu können.

„Ich habe versucht, schnell die Übungen allein zu machen, damit ich unabhängiger werde.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), sowie das Streben nach Selbstständigkeit und Mobilität. „mit / mit dem Rooller (unv.) gehen kkonnn (unv.) dachte iihh ich so (...) so (...) so ich will (...) kein (unv., #00:12:30-5#) sei“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Die pflegenden Angehörigen werden als Ressource und als Potential in der Bewältigung von Herausforderungen erlebt.

„hat uns geholfen, dass die Mama sonst immer sehr vernünftig ist, und uns auch beruhigt hat und dass wir Geschwister untereinander immer viel telefoniert haben“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Die Ehefrau des Patienten trägt die zentrale Verantwortung in der Familie. Neben der Pflege des Ehemanns muss Sie dafür Sorge tragen, dass sich ihre Kinder nicht zu sehr mit der Verantwortung für den pflegebedürftigen Vater selbst belasten.“ (Memo in: Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Als nicht zu unterschätzendes Potential werden finanzielle Ressourcen von Angehörigen und Patient:innen erlebt.

„Ich habe selbst dann im Internet recherchiert und habe Nahrung dazu gekauft“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)“, „Wir haben das Glück, dass wir ein großes Haus haben, meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „was uns besonders unterstützt, ist, dass meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind und sich gewisse Probleme nicht als Problem darstellen Zum Beispiel die Anstellung einer Pflegekraft bei uns zu Hause.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Geld / weil Geld ähm in der guten Pflege wirklich eine große Rolle spielt. Sei es bei der Einrichtung des Zimmers, beim Aussuchen eines Pflegedienstes. Ähm. Wir mussten vieles selbst bezahlen, das kann auch nicht jeder (...) hm (bejahend) ähm, da konnten wir einiges beschleunigen, weil wir in Vorlage gegangen sind (...) ähm und das später eingereicht haben bei der Kasse.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

5.3.3 Coping - die Fähigkeit mit neuen Lebenssituationen umzugehen

Der Begriff Coping (bewältigen) bezeichnet das Muster einer wirksamen Bewältigung von Stressoren durch kognitive und verhaltensbezogene Anstrengung, um das Wohlbefinden zu verbessern (NANDA I, 2019: 380). Die Befragten gehen unterschiedlich mit ihren Beeinträchtigungen um. Eine Ressource sind Bewältigungsstrategien, wie die Bereitschaft für eine bessere Resilienz oder die Bereitschaft für eine verbesserte Selbstbestimmung. Resilienz

bedeutet die Fähigkeit, entsprechende Verhaltensmuster zu entwickeln, um sich von nachteiligen Prozessen zu erholen (NANDA, 2019: 397). Ein Beispiel dafür ist die Ressource für ein verbessertes Selbstkonzept. Die Patient:innen zeigen Fähigkeiten für ein verbessertes Management von Nebenwirkungen und den erlittenen Beeinträchtigungen. Sie entwickeln Anpassungsstrategien, um mit der neuen Lebenssituation umzugehen *„es hat sehr lange gedauert, bis ich klar wurde, was mit dieser Erkrankung mit mir passiert ist.*

“(Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Akzeptanz von Grenzen- Ressource Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Eine Befragte entwickelt die Fähigkeit, die neue Lebenssituation zu reflektieren und nimmt Veränderungen im positiven Sinne wahr.

„ich bin sehr jung. Ich arbeite auch noch“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4), „Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben“ (Memo in: Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4).

Durch die Verstärkung bestehender Fähigkeiten können das Gefühl der Machtlosigkeit und des Schamgefühls überwunden werden, indem beispielsweise die Strategien zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit angewendet werden.

„Inzwischen mache ich das so oder habe ich das so gemacht, wenn mir Worte nicht einfallen, beschreibe ich die. Mit der Zeit wird man da sehr geschickt, so dass das Gegenüber das manchmal nicht merkt.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Bewusste Steuerung zur Verbesserung des Wohlbefindens- Ressource Identifikation von eigenen Potentialen, um die Beeinträchtigung zu kompensieren aus dem Wunsch heraus, mehr Selbstbestimmung zurückzugewinnen“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4). Mit Hilfe dieser Strategien gelingt die Überwindung der negativen Emotionen (Ablehnung des eigenen Körpers) im Zusammenhang mit einem veränderten Körperbild.

Eine weitere Ressource ist das Erleben des Zurückerlangens einer sukzessiv höheren Selbstbestimmung.

„in der Reha haben die den Urinkatheter entfernt. (lange Pause) Dort wurde ich schnell selbstständiger. (...) ich konnte bald alleine ein bisschen spazieren gehen ohne Hilfe (...)“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Erleben einer höheren Selbstbestimmung und das Wiedererlangen der Kontinenz. Ressource mehr Selbstbestimmung durch größere Mobilität und einem geringeren Unterstützungsbedarf durch andere Personen. Hohe Eigenmotivation“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

„so als iihhh im Rooollstuhl sitze konnte (...) ähm mach / maache ich (...) so (...) so alle Übungen“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „lih habe so (...) so (...) alles immer / immer mitmache, ich kann kann so (...) so mit Stocken gehen“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Möchte die Selbstbestimmung durch starke Beteiligung an der Therapie verbessern“ (aus Memo in: Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Die schrittweise Steigerung des Selbstwertgefühls erleben die befragten Patient:innen als eine Ressource zur Verbesserung der eigenen Fähigkeiten.

„dort konnte ich diese komischen ähm Geräusche (...) die anfangs aus meinem (unv.) Mund kamen, da konnte ich üben (...) ohne dass es ähm mir peinlich sein musste. hm (bejahend)“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8), „Kontrollverlust und Schamgefühl- Versucht die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, wendet Strategien an, um die eigenen Ressourcen zu verbessern, nimmt Einfluss auf Veränderungsmöglichkeiten“ (Memo in: Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8).

Patient:innen berichten über das Erlernte, der Fähigkeit, Grenzen zu akzeptieren. Zu beobachten ist, dass die Handlungen mit verbalen Äußerungen übereinstimmen.

“(Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „Es sind Gehirnzellen abgestorben, weshalb ich meine rechte Seite nicht mehr richtig bewegen kann“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Körperbildstörung, Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen.

Die Ressource Hoffnung setzt bei den befragten Angehörigen und Patient:innen nutzbare Potentiale frei.

„Es scheint jetzt doch so, er hält sein Gewicht und dass wir vielleicht in ein paar Monaten, wenn sich das stabilisiert, diese ähm Sonde am Bauch nochmal entfernen können. Wir haben jetzt nochmal einen Antrag auf ähm Logopädie gestellt, damit nochmal ganz viel das Schlucken geübt wird und ähm, wenn er dann auf Dauer essen kann, kann der Magenschlauch wieder entfernt werden. seufzen (beklommen)“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Aber jetzt geht es ja wieder aufwärts, und wir hoffen, dass die Bauchsonde bald entfernt werden kann.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10) „Die Hoffnung haben, die Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme zu verbessern und erreichbare Ziele anzustreben (Ernährungssonde entfernen)“ (Memo in: Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Die Befragten erleben das Erlernen von Coping-Strategien, um mit Stressoren und Herausforderungen zurechtzukommen. Sie erleben die Wirksamkeit von verhaltensbezogenen Strategien, um ihr individuelles Wohlbefinden zu verbessern.

„ich will die Hoffnung nicht aufgeben (...) weil von pflegebedürftig bin ich in meiner Wohnung in meinem eigenen Umfeld schon wieder sehr selbstständig.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Ressource Selbstbewertung von Beeinträchtigungen und Stressfaktoren im Kontext verhaltensbezogener Anstrengungen. Nimmt umgebungsbedingte Veränderungen wahr- Verbessertes Coping“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) „Im zweiten Schritt habe ich (...) habe ich mir überlegt (...), dass ich überhaupt überlebt habe (...) es sollen einige der Menschen den Schlaganfall nicht überleben hat der Arzt erklärt.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ressource die Hoffnung zu verstärken und die Sinnhaftigkeit des Lebens neu zu definieren“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

5.3.4 Unterstützung im sozialen Umfeld durch Familie, Partner und Freunde

Beobachtbar sind ein geringes Selbstwertgefühl und die Angst, aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Belastung für die Kinder oder den Partner zu sein. Eine hohe Akzeptanz der Unterstützung durch die Familie, sowie die Akzeptanz der Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen und die Bereitschaft, auf externe Dienstleistungen zur Entlastung der Familie zurückzugreifen. Die Patient:innen erleben eine sehr enge Bindung an ihre Betreuungspersonen. Besonders ausgeprägt stellt sich die Situation bei Ehe- oder Lebenspartnern dar.

„Meine gute (...) gute (...) gute Fraau so (...) gibt mir Kraaft so (...) so (...) Lebenswille (...). Siie kümmere sich so (...) so um lange Pause Papier (...) mit so (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Stimmelage hochemotional "meine gute, gute, Frau" "gibt mir Kraft und Lebenswillen" "Sie kümmert sich so"" (Memo in: Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Patient:innen erleben die Unterstützung durch ihre Familie als Grundlage der Sicherstellung ihrer häuslichen Versorgung.

„damit haben wir erst angefangen ähm, meine Schwester hat mir geholfen und mein Schwager in der Wohnung das etwas umzubauen. Wir haben einen Griff an die Treppe gemacht (...)“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „ähm meine Schwester hat einen Duschsitz für die Badewanne organisiert, damit ich mich duschen und waschen kann.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „unv.) ich war absolut auf meine Familie angewiesen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

„B: Ohne meine Familie wäre ich nach der Entlassung komplett aufgeschmissen gewesen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Ohne meine Eltern und meine Schwester und meine Schwager hätte ich mich gar nicht versorgen / ich weiß gar nicht, wie das hätte gehen sollen / da hat mir ganz klar / hat mich die Familie unterstützt, durch diese schwere Zeit

hindurchzukommen und auch ähm mich zu versorgen. #00:16:35-9#“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Wenn meine Schwester sich nicht um die ganzen Papiere gekümmert hätte, die Anträge gestellt hätte / das kann man alleine nicht (...) dann weiß ich nicht / dann hätte ich alleine dagestanden“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Die Befragten erleben die Ressource Partnerschaft als große Unterstützung, um Bedürfnisse zu erfüllen. Potentiale bieten das Verständnis für die Beeinträchtigungen des Partners und den Wunsch, die Verbesserung der funktionalen Beeinträchtigung zu unterstützen.

„Mein Mann, der ist sehr fixiert auf mich und ich auch auf ihn“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) „meine Eltern und mein Partner haben mich sehr unterstützt.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6) „und dabei hat mir geholfen, dass ich zu Hause mit meinem Freund geübt habe“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8) „Das hätte ich ohne meinen Freund nicht geschafft.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8).

„Ich glaube, dass meine Mutter so viel bei ihm war in dieser schweren Zeit, hat ihm was die körperliche Genesung angeht, geholfen.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Meine ähm meine Mutter besucht ihn mehrfach in der Woche. Mindestens an vier Tagen.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„In erster Linie hat mich mein Ehemann unterstützt“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6), „da wusste ich, dass zu Hause alles läuft und die Kinder gut versorgt sind. Er hält mir den Rücken frei.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6), „ansonsten hat mich mein Partner extrem unterstützt durch diese schwere Zeit. Auch diese ganzen Entscheidungen zu treffen und und mit / damit klarzukommen.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 6).

Neben der Ressource Partner erleben die Befragten auch die Unterstützung durch den Familienverband als große Hilfe. Die Problemlösungsfähigkeit, das gemeinsame Treffen von Entscheidungen sowie die gegenseitige emotionale Unterstützung erhöhen die Resilienz der Familienmitglieder.

„Aber es hat mir gutgetan, dass ich weiß, dass ich eine Familie habe und dass die bei mir ist und dass die mich unterstützen und zu mir halten“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6), „Wir hatten oft am Abend telefonischen Kontakt zu meiner Mutter und sind dann / ich bin mit meinem Bruder im Wechsel abends dorthin gefahren, habe mit den Ärzten gesprochen“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Meine Schwester hat sich für zwei Monate von ihrem Arbeitgeber freistellen lassen“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

„B:(lange Pause) Die Familie, die Familie ist immer das einzige, wo drauf du dich verlassen kannst. Da haben wir auch immer großen Wert daraufgelegt. Wir hatten ja eine große Familie in Neunkirchen. Und da muss immer einer für den anderen da sein. lange Pause“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Auf andere Leute brauchst du dich gar nicht zu verlassen. Das wird nichts / in der Regel und Blut ist dicker wie Wasser. husten und wenn es drauf ankommt, dann hilft dir nur deine Familie. Meine Frau und ich wir wursteln so vor uns hin. Die Tochter, die hilft noch ein bisschen im Haushalt.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Tiefes Vertrauen in die Ressource Familie“ (Memo in: Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Eine weitere Ressource, die gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, ist die Unterstützung im sozialen Umfeld durch Freunde und Nachbarn, die im Bedarfsfall immer wieder Versorgungslücken besetzen und die Familien in der häuslichen Pflege unterstützen. Der Grad der Vernetzung und die private Schnittmenge zu Freunden, beruflichen Kontakten und Nachbarn, die über einen medizinischen Hintergrund verfügen, spielt eine große Rolle bei der Identifikation von Unterstützungspotentialen.

„Unterstützt hat mich dabei meine Freundin. Die ist Krankenschwester, die arbeitet dort in der Klinik und die hat immer versucht, noch irgendwelche Dinge zu regeln oder hat für mich vorab schon mal Rezepte besorgt und Dinge organisiert, bevor wir nach Hause kommen, wie Termine beim Hausarzt dann, weil ich das gar nicht alleine hinbekommen hätte.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Offenbar hat mich die Nachbarin gehört. Sie hat einen Schlüssel zu meiner Wohnung, weil sie manchmal meine Katze versorgt, wenn ich beruflich unterwegs bin.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „und ähm auch die Nachbarn, die ihre Unterstützung bei der Pflege / die zu meiner Mutter gesagt haben, sie unterstützen sie“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4),

„Als Krankenschwester weiß ich, was da zu tun ist und habe auch sehr viele Kontakte.“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4), „Ich bin im Saarland gut vernetzt / hat mich dieses Netzwerk von Freunden und Bekannten, die auch im Gesundheitswesen tätig sind, sehr gut unterstützt, da eine Lösung zu finden.“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 6).

5.4 Herausforderungen und Stressoren

Die Befragten erleben eine hohe Unsicherheit in der Versorgungssituation. Sie haben Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen. Häufig entsprechen die Anforderungen an das „Gesundheitssystem“ nicht den Erwartungen. Sie empfinden Überforderung und

Unzufriedenheit mit der Entscheidung für ein bestimmtes Setting oder eine bestimmte Leistung.

„in der Wohnung war nichts verändert“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) „Zu Hause habe ich festgestellt, dass ich, ich konnte immer noch nicht den ganzen Tag laufen und dass meine Wohnung für den Rollstuhl zu eng ist. Drehen und wenden ging nicht. (...)“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

5.4.1 Herausforderungen bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld

Während des Klinik- und Reha-Aufenthaltes sind die Betroffenen eng auf die Wiedererlangung ihrer Fähigkeiten fokussiert. Eine Anpassung an die Beeinträchtigungen hat noch nicht stattgefunden. Deshalb werden notwendige Veränderungen im häuslichen Umfeld ausgeblendet und nicht wahrgenommen.

„Bis dahin musste ich mich am Waschbecken waschen. (...) das war unangenehm. (...)“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „. Wie gesagt, in der Wohnung war nichts vorbereitet“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Wie stellt sich die Wohnsituation des Patienten dar? Gibt es Anpassungsbedarf im Wohnumfeld in Bezug auf die Mobilitätseinschränkungen?“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„manche Dinge, dass ich die Treppe ähm nicht hochkomme, ähm wie das mit der Dusche funktionieren soll / wer für mich einkauft (...) das waren Dinge, die wurden mit mir nicht besprochen, und das ist mir zu Hause erst aufgegangen.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Ich konnte noch nicht einmal einkaufen gehen. Ich kann nicht Auto fahren. Sie haben mich mitgenommen zum Einkaufen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Nach der Entlassung erlebt ein Befragter die Überforderung mit der Organisation der Gesundheitsleistungen. Es fehlt ihm die Energie, nachhaltig Leistungen einzufordern.

„ein anderes Problem war, dass das im Krankenhaus und in der Reha musste ich mich um nichts kümmern. Jetzt zu Hause ähm musste ich für alles, alles was ich brauche ähm, muss man zum Hausarzt.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

5.4.2 Das Erleben von Belastungssituationen

Die Befragten berichten von Gefühlen der Hilflosigkeit. Sie müssen die Krankheit und die Beeinträchtigungen ihres Familienmitgliedes mit ansehen.

„ich habe gesagt, jetzt geben sie ihm doch bitte einmal etwas zur Beruhigung“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Es hat dann / ich musste ganz viel Nachdruck ausüben ähm, damit überhaupt ein Arzt kam und mein Mann dann Medikamente bekommen hat. (...)“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Es war schrecklich, diese Hilflosigkeit. (...)“ (Interv. Nr.

2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „B erlebt die Belastungssituation im Interview erneut. B ist sehr aufgebracht, die Stimme zittert und der Sprachrhythmus ist sehr schnell. In einigen Passagen „den ich gar nicht mehr verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da, und die Schwester war auch so hilflos. Die hat gesagt, sie hätte schon so oft versucht, den Arzt anzurufen, und ich habe gesagt, jetzt geben sie ihm doch bitte einmal etwas zur Beruhigung. (...“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) überschlägt sich die Stimme.“ (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Im Rahmen von wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten sind die pflegenden Angehörigen besorgt über eine mögliche Institutionalisierung und sorgen sich um die adäquate Erbringung der Pflege innerhalb der Zeiträume, in denen sie selbst nicht anwesend sind. Es kommt teilweise zur Überkontrolle der Gesundheitsdienstleister mit nachfolgenden Konflikten.

„ich hatte auch das Gefühl, dass er dort ganz ganz schlecht versorgt, ist“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Wir mussten immer wieder ganz darauf hinwirken, dass diese Therapien auch über die ganze Zeit immer wieder erfolgt sind.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „Es kam im Verlauf immer wieder zu Konflikten zwischen den Krankenschwestern und meiner Mutter, weil meine Mutter uns erzählte, die Pflegekräfte würden sich nicht so um den Vater kümmern, wie er es benötige. Da gab es häufig Konflikte.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„und dann habe ich meinen Mann dort vorgefunden, der völlig desorientiert war, der immer nur geschrien und gejammert hat, den ich gar nicht mehr verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „die Schwester war auch so hilflos“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Die hat gesagt, sie hätte schon so oft versucht, den Arzt anzurufen“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Das Treffen von Entscheidungen für eine andere Person, die selbst ihren Willen nicht mehr äußern kann, wird als besonders ausgeprägte Belastung empfunden. Die Befragten sind auch bei klar ausformulierten Patientenverfügungen unsicher in der Entscheidung.

„Alle haben versucht, auf uns einzuwirken, und letztendlich haben wir der Entscheidung auch nachgegeben, weil wir sagten, es ist die Entscheidung unserer Eltern, die sich jetzt so entschieden haben“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Eltern-Kind Konflikt“ (Memo in: Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Die Befragte erlebt im Kontext einer Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten des Pflegebedürftigen eine hohe Belastungssituation. Im häuslichen Umfeld kann die

Versorgungssituation nicht mehr sichergestellt werden, und der Vater wird gegen seinen Willen in eine stationäre Langzeitpflege übergeleitet.

„Die größte Herausforderung (...) in diesem Drama (...) war letztendlich die Entscheidung, ähm, dass wir (...) für unseren Vater einen Platz im Pflegeheim suchen mussten.“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Das Erleben der pflegenden Angehörigen von vermeintlichem Versagen“ (Memo in: Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „mein Vater hat kein Wort mehr mit mir gesprochen“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Es war für uns alle sehr sehr schwer, weil ähm, weil wir auch einen großen Konflikt und große Schuldgefühle hatten.“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Ich glaube, es wäre vielleicht anders verlaufen / vielleicht wäre es auch so ausgegangen aber (...), wenn wenn mein Vater in dieser Rehabilitation sich schon hätte können weiterentwickeln“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „und in dieser Kombination mit meiner Mutter / dass wir sie da zu Hause haben, vor sich hin wursteln lassen seufzen (beklommen) war im Nachgang nicht / wir hätten uns da müssen mehr durchsetzen sollen. Darüber brauchen wir uns jetzt nicht mehr zu beklagen, es ist jetzt so wie es ist. Wir wissen auch nicht, ob uns das einen entscheidenden Vorteil gebracht hätte“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Die Befragten erleben in der Interpretation und der Entscheidung von Maßnahmen und Therapien im Kontext der Patientenverfügung eine sehr hohe Belastungssituation.

„Unsere Mama hat eine Patientenverfügung (...) aber das war jetzt in diesem Fall keine Diskussion, weil wir davon ausgingen, wenn die Operation durchgeführt ist und diese Venenumgehung von dem Chirurgen gelegt worden ist, dass es ihr dann sehr bald bessergeht.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „es war ein Schock. Zuerst habe ich das auf die Operation und die Narkose geschoben“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„Er sagte, wir sollen uns beraten, was die Mama gewollt hätte, und ob wir eine künstliche Ernährung wünschen. (...)“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Wir haben uns in der Familie besprochen, weil die Mama auch eine Patientenverfügung hat. Der Zustand war ja sichtbar- wir haben zusammen mit den Ärzten beschlossen, dass sie keine künstliche Ernährung mehr bekommt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „sie hätte keine künstliche Ernährung gewollt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Die Patientin ist schwach, erholt sich nur langsam von dem Eingriff und den Folgen des Schlaganfalls. Sie benötigt Unterstützung bei allen pflegerischen Verrichtungen.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„ja die Entlassung, wir hatten der Mama versprochen, dass wir uns um sie kümmern“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Im Vordergrund steht die palliative Pflege der Patientin. Aufgrund der hohen Bereitschaft der Töchter, die Pflege zu leisten, wird die Pflege in einem Hospiz erst gar nicht in Erwägung gezogen.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt, das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt, ihre Mutter wird sehr bald sterben.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „Wissensdefizit Sterbeprozess und fehlende Aufklärung durch das Behandlungsteam. Die pflegenden Angehörigen haben für einen Engen begrenzten Zeitraum geplant „B: Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt, das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt, ihre Mutter wird sehr bald sterben.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). Eine abweichende Vorstellung von der Dauer des Sterbeprozesses ist für die Töchter aufgrund fehlenden medizinischen Fachwissens unvorstellbar.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„Er informierte uns darüber, dass der Schlaganfall sehr sehr groß wäre, und dass die Mama Probleme mit dem Atmen hätte, und wir müssten jetzt entscheiden, ob wir wollen, dass sie auf die Intensivstation verlegt, wird“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)

„Man müsse ihr beim Atmen helfen. Der Arzt hat gefragt, ob es eine Patientenverfügung gibt, oder ob sich meine Mutter einmal dahingehend geäußert hätte. Mein Vater war völlig entsetzt über diese Fragen.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Er hat gesagt, die Ärzte sollen alles tun, was menschenmöglich ist“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„Mit dieser Problematik hatten sich unserer Eltern bereits auch einmal auseinandergesetzt, aber jetzt akut plötzlich hat mein Vater die Nerven verloren und war so verzweifelt, sodass wir dann einer Verlegung auf die Intensivstation zugestimmt haben.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Missachtung der Patientenverfügung durch den Ehemann“ (Memo in: Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„Zwischendurch dachten wir, dass sie das gar nicht überlebt und jetzt hat sie das überlebt und ist in einem Zustand, den sie selbst so wahrscheinlich nicht gewollt hätte.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Kritische Reflexion des Behandlungsergebnisses durch B“ (Memo in: Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„Die größte Herausforderung war rückblickend, damit umzugehen, dass ich meinem Vater alleine die Entscheidung überlassen habe, dass sie auf der Intensivstation behandelt wird. Das wollte die Mama eigentlich nicht.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Reflexion Patient:innen Outcome im Kontext der Missachtung der Patientenverfügung“ (Memo in: Interv.

Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Ich hätte mich da klarer positionieren müssen. Ich hätte mich mehr durchsetzen sollen.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Besonders eindrucksvoll ist die Schilderung einer Befragten, welche die Betreuung eines Angehörigen trotz der gestörten Familiensituation vor der eintretenden Pflegesituation übernimmt. Die Interviewte erlebt hohe emotionale Belastungen bei der Entscheidung zur Abgabe des Hundes an den Tierschutz und bei der Auflösung des bestehenden Haushalts des Vaters.

„Es ist sehr schwierig für einen anderen Menschen Entscheidungen zu treffen, der im Moment in einer Situation ist, in der er verwirrt ist und selbst keine Wünsche äußern oder Entscheidungen treffen kann. Zu dem man kein gutes Verhältnis hat“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „ja und in der Zwischenzeit musste ich mich um seinen Hund kümmern, einen 13 Jahre alten Golden Retriever, den ich selbst nicht halten kann. (seufzen) (beklommen) den habe ich über eine Tierschutzorganisation in ein neues zu Hause vermittelt. Es war fürchterlich, den Hund dort abzugeben, und ich wusste genau, dass mein Vater mich dafür hassen würde, wenn er seine Situation einschätzen kann.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4), „B: Die besondere Herausforderung st (...) war st (...) für stellte für mich dar, wie ich am Anfang schon berichtet habe, für jemanden die Verantwortung zu übernehmen ähm, der eigentlich gar nicht will, dass man die Verantwortung für ihn übernimmt“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8) „ich dachte, fremde Personen würden es dann gar nicht in seinem Sinne entscheiden und würden vermutlich die noch ähm falscheren Entscheidungen treffen, als ich sie getroffen habe.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8), „Konflikt für einen anderen Menschen, Entscheidungen treffen zu müssen“ (Memo in: Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8).

„Des Weiteren war die größte / eine Herausforderung war, die Wohnung aufzulösen und zu entscheiden, was er mitnehmen kann und was nicht. Auch jemanden die komplette Existenzgrundlage so plötzlich eine absolute Macht über jemanden zu haben und alle Entscheidungen zu treffen, dass (unv.) (...) ist sehr unangenehm“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8) „Macht über einen anderen Menschen ausüben, auch wenn das ungewollt ist“ (Memo in: Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8), „auch noch den Hund über den Tierschutz weiterzuvermitteln (...) Das ist schlimm. Das ist echt schlimm. (...) zumal ich genau wusste, dass mein Vater mir das alles als Böswilligkeit auslegen würde.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8), „Dankbar war ich für die klare Ansage des Arztes, die mich zwar im ersten Moment ziemlich geschockt hat,“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 10), „Es

war der Auftrag und die Rechtfertigung tätig zu werden.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 10).

Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes erleben die Befragten als sehr hohe emotionale Belastung. Eine befragte Angehörige erlebt die Verschlechterung der Schluckfähigkeit des Pflegebedürftigen nach der Entlassung. Dies führt zu einer drastischen Verschlechterung des Krankheitsbildes.

„es waren Therapeuten da, wir sollten ihm nichts geben, das würde die Schwester machen.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

„dann wurde in der Reha nochmal ein Schlucktest durchgeführt, und die haben dann plötzlich gesagt, der Papa dürfe nichts mehr essen, wir dürfen ihm überhaupt nichts mehr geben, es würde alles in die Luftröhre kommen.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „daraufhin hat man ihm ein eine ein eine Sonde, eine Ernährungssonde durch die Nase gelegt“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „danach waren wir verzweifelt, er hat uns so leidgetan, wir dachten doch in der Reha geht es jetzt aufwärts, nach vorne, das wird alles besser in der Reha, und dann wird das mit dem Essen plötzlich schlechter.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Die Ärztin in der Rehaklinik hat gesagt ähm, das kann sehr sehr lange dauern, lange Pause, also der Papa könne seinen Speichel nicht richtig schlucken (...) ähm (...) (seufzen) (beklommen) er hat auch schnell viel abgenommen, immer mehr, dann bekam er Astronautenkost über diese Sonde, dann hat er viele Durchfälle bekommen.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Die Mama sollte ihm einerseits essen geben, andererseits sollte sie aufpassen, dass er sich nicht verschluckt.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „die hat und gesagt, dass man das mit der Sonde in der Nase nicht lassen kann, und er müsse noch einmal in das Krankenhaus für eine andere Sonde durch den Magen.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„das nächste Problem war, dass er sich immer verschluckt hat, dass er eine Lungenentzündung bekommen hat, und der Arzt hat gesagt, da kann man die Ernährungssonde nicht legen. Er war dann wieder im Krankenhaus, das ist gut ausgeheilt, danach hat er die Ernährungssonde durch den Magen bekommen“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „da ging es ihm schon schlechter.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „dann musste die Mama wieder zum Hausarzt für die Beutel für die Nahrung. Das war aus unserer Sicht zu wenig, der Papa hatte ja schon furchtbar abgenommen“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „wenn sie sehen, wie jemand wie so ein kräftiger vitaler Mann war, der dann so abnimmt und der auch keine Kraft mehr hat und immer schwächer wird ähm, weil

er nicht genug Nahrung zu sich nehmen kann / das war entsetzlich.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

Eine Wiedereinweisung bei drohender Verschlechterung oder akuter Verschlechterung erleben die Befragten als besondere Herausforderung.

„Inzwischen vermutet der Hausarzt eine fortschreitende / nach dem Schlaganfall eine fortschreitende Demenz hat“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Aus Sicht der Pflegebedürftigen erlebt die Gruppe der jüngeren (berufstätigen) Betroffenen große Zukunftsängste in Bezug auf ihre Versorgungssituation und ausgeprägte Belastungen im Kontext mit ihrem Selbstwertgefühl. Die Anpassung an Beeinträchtigungen stellt ihr Lebenskonzept in Frage.

„diese Hilflosigkeit von meinem Freund und vor allem von meinem Vater ähm, die hat mich ähm (...) irgendwie noch (...) (unv.) (unv., #00:03:17-1#) noch unsicherer gemacht“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6), „Verstärkung der Unsicherheit durch die Reflexion der Hilflosigkeit der Angehörigen“ (Memo in: Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6).

„dass alles wieder neu zu lernen, man hat so Angst ähm zu reden (...) weil man hört sich an als ähm (...) (unv.) wäre man behindert oder (unv.) wie ein Kleinkind“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8).

„ich kam mit der Fachsprache der Ärzte nicht mit“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „ich weiß, ich hätte war (unv.) vielleicht hätte ich müssen in ein Pflegeheim? Ich kann es ihnen nicht sagen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „Da macht man sich schon Gedanken, auch wie man sich für die Zukunft aufgestellt hat. Ob man alles richtiggemacht hat.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8), „B stellt das bisherige Lebenskonzept in Frage“ (Memo in: Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8), „Eine Restunsicherheit bleibt.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8).

In einem Interview erlebt die Befragte eine große Stresssituation. Sie kann die Rolle der Pflegenden aufgrund einer eigenen unzureichenden Resilienz nicht übernehmen und ist auch nicht bereit dazu. Die Familiensituation zeigt vor der Pflegesituation die Merkmale eines ineffektiven familiären Copings.

„Die haben mich alle unter Druck gesetzt.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Die Ärztin hat gesagt, ich muss mich da jetzt um alles kümmern, und ich muss mich um die Mama kümmern.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „B fühlt sich von der Ärztin stark unter Druck gesetzt. Ein Hilfsangebot über den Sozialdienst erfolgt nicht.“ (Memo in: Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Da hat die gesagt, das müssen sie jetzt aber machen,

weil das ist ihre Mutter.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) „Ausüben von psychischem Druck durch die Ärztin“ (Memo in: Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Dann sagen die immer, Sie müssen sich um ihre Mutter kümmern, sie müssen das und das machen.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„Wie als mein Vater tot in der Wohnung gelegen hat“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „Rückgriff auf in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen im Kontext der Familie“ (Memo in: Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

5.4.3 Das ständige Erleben eines hohen Abhängigkeitsgrades der Patient:innen

Codiert wurden alle Textstellen mit Aussagen in Bezug auf das Erleben eines ständig hohen Abhängigkeitsgrades der Patient:innen. Das Erleben von Verlust der Privatsphäre. Zeitliche Zwänge und der Zwang zur permanenten Unterstützungsbereitschaft sowie das Erleben von Schuld im Kontext von „abhängig sein“. Ein Befragter erlebt die fehlende Einflussmöglichkeit auf die Situation und kann seine Umgebung nicht kontrollieren. Er reagiert mit Unbehagen und Unruhe auf den empfundenen Mangel an Entlastung und Bedürfnisbefriedigung.

„kommt keiner, wenn ich rufe (...) aahh (ungeduldig) das macht mich, das macht mich, das hat mich mich ganz nervös “ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „B reagiert ungehalten auf die Frage, was er bei der Vorbereitung auf die Entlassung empfand. B verfügt nicht über die Ressourcen, sich an das Setting Stroke Unit anzupassen. Insbesondere der Umgang mit den Monitorkabeln schränkt ihn in seiner Bewegungsfreiheit stark ein.“ (aus Memo in: Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

Pflegebedürftige und Angehörige erleben Konflikte, wenn pflegende Angehörige den Aufgaben, Erwartungen und den erwünschten Verhaltensweisen auf Dauer nicht nachkommen können. Eine 24/7-Pflege ist von Angehörigen, ohne externe familiäre Unterstützung nicht zu leisten. Ein hoher Risikofaktor ist die Doppelbelastung in der Verantwortung für die Durchführung der Pflege und der Berufstätigkeit, um die Versorgungssituation sicherzustellen. Merkmale einer drohenden Rollenüberlastung sind Probleme, die erforderlichen Aufgaben zu leisten und die permanente Sorge um die Sicherheit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen. Die pflegerische Aufgabe wird zum alles beherrschenden Thema, um das die Gedanken ständig kreisen. Für die Erfüllung persönlicher Bedürfnisse, Freizeitaktivitäten und ausreichenden Erholungsphasen bleibt keine Zeit. Diese Situation führt zu Beeinträchtigungen in der Gesundheit der pflegenden Angehörigen.

„Und nach sechs Wochen hatte meine Mutter einen Nervenzusammenbruch und eine Blutdruckentgleisung. Sie musste in das Krankenhaus (...) (Interv.Nr.6_m Entl. häusl. Pflege Absatz 8). Manchmal habe ich Angst zur Toilette zu gehen und dusche erste, wenn meine

Schwester im Hause ist. (...) Meine Schwester hatte vorher schon Probleme mit ihrem Rücken. Sie muss jetzt zur Krankengymnastik, weil sie es immer am Ischias hat.“ (Interv.Nr.8_w Entl. häusl. Pflege Absatz 18).

Für den Pflegebedürftigen bedeutet dies drohende Versorgungseinbrüche bis hin zu gefährlicher Pflege und zur Ausbildung ineffektiver Beziehungsmuster (Gewalt, Vernachlässigung).

„Die größte Schwierigkeit war, ich musste ja weiterarbeiten gehen, und ich musste meinen Mann zu Hause lassen. Mein Mann kann sich sehr schwer äußern seufzen (bekommen), er hat es auch morgens so geschafft aus dem Bett bis in seinen Sessel, ich habe ihn dann dort versorgt mit Getränken und habe ihm seine Tabletten gerichtet.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „B. beschreibt die häusliche Versorgungssituation in den ersten Tagen nach der Entlassung ohne Unterstützung durch den Pflegedienst. Eine sichere Versorgungssituation konnte in den ersten Tagen nicht hergestellt werden.“ (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„Dann haben die mir auch noch ein schlechtes Gewissen gemacht, und haben noch gesagt, wie ich das machen könnte, dass ich den armen Mann den ganzen Tag alleine zu Hause lassen sitzen soll“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „B erlebt den Konflikt mit der eigenen Haltung "dem Partner zu Hause ein gutes Leben im häuslichen Umfeld ermöglichen" und der Notwendigkeit "die finanzielle Versorgung für sich und den pflegebedürftigen Partner zu sichern" „aber diese Erkrankung hat uns schon sehr viel Geld gekostet, auch Medikamente. Mein Mann bekam kein, er hat einen Rentenantrag gestellt, das musste ich alles noch machen, und wir bekamen ein halbes Jahr überhaupt kein Geld, und ich kann doch nicht auch noch wegen der Pflege meinen Beruf aussetzen. Dann hätten wir ja zum Sozialfall geworden.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)“ (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„Und ich hatte auf der Arbeit immer ein ganz ganz schlechtes Gewissen, weil ich wusste, mein Mann sitzt den ganzen Tag alleine zu Hause und ich hoffte, dass er, wenn er zur Toilette musste, das alleine schafft, und dass er nicht stürzt, und wenn ich nach Hause komme, liegt er irgendwo auf dem Boden.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„B: (lange Pause) es war insgesamt eine Situation, die mich an meine Grenzen gebracht hat. Dieses permanente schlechte Gewissen, der Pflege nicht gerecht zu werden und ohne Hilfe dazustehen und zu wissen, wenn man arbeitet, dass der Partner zu Hause hilflos in einem Sessel sitzt und einen andere dafür auch noch verachten, weil man seinen Beruf dafür nicht aufgibt.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12).

„da ist keinem gedient, die nicht in der Lage ist, ihn zu versorgen (...) und sich die beiden den ganzen Tag anschreien. ähm er zu Hause immer wieder stürzt und damit seine Gesundheit noch mehr gefährdet ist, wenn er sich noch einen Oberschenkelbruch zuzieht und im Krankenhaus operiert werden muss.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Einmal ich erinnere mich / habe ich mich nur zu einer Tasse Kaffee an den Küchentisch gesetzt. Das ist eine Etage darunter und da habe ich plötzlich oben etwas gehört / sie ist aus dem Bett herausgefallen“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6) „Manchmal habe ich Angst, zur Toilette zu gehen und dusche erst, wenn meine Schwester im Hause ist. (...)“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Ein Befragter erlebt überwältigend negative Gefühle im Rahmen einer drohenden Beeinträchtigung in der Toilettenbenutzung. Das Erleben von permanenter Abhängigkeit führt bei den pflegebedürftigen Personen zu chronischem Kummer und einer erlebten allgegenwärtigen Traurigkeit als Reaktion auf den dauerhaften Verlust von Selbstbestimmung und Selbstwertgefühl.

„hat miir gehoolfen das / das ich so (...) so kein Windelkaacker.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Windelkacker- erleben von Abhängigkeit /Unterstützung brauchen bei der Ausscheidung Verlust von Würde und Selbstständigkeit“ (Memo in: Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„diee (...) so (...) so iihhh bin (...) alle Ärzte (...) so (...) so sehr daankbar (...) das iihh nicht (...) sterben muss pso (...) so kein Wiindelkk “ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „Das Empfinden von Abhängigkeit (Unterstützung bei der Ausscheidung) wird mit dem Sterben in einem Satz genannt. Ich bin so dankbar, dass ich nicht sterben muss und kein so Windelkacker...“ (Memo in: Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

Die Integration externer Unterstützung entlastet die pflegenden Angehörigen. Gleichzeitig stellt die Integration von fremden Personen im eigenen Haushalt eine Veränderung in der Interaktion mit der familiären Gemeinschaft für die Befragten dar.

„Das ist allerdings ein großer Eingriff in die Privatsphäre. Der Papa verliert fast seine ganze Privatsphäre, weil immer doch fremde Menschen bei ihm in der Wohnung sind. Da muss man erst mal Vertrauen aufbauen.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Nach außen verändert sich der soziale Status der Familie im Freundeskreis und in der Nachbarschaft. Die Betroffenen erleben die Inanspruchnahme von externen Dienstleistern oder von Nachbarschaftshilfe als stigmatisierend im Sinne eines „Versagens“ bis hin zum Zusammenbruch der Familienrollen.

„Das war für uns auch eine große Herausforderung zuzulassen, dass wir als Familie nur auf uns angewiesen sind, sondern auf andere Menschen, die wir bezahlen, die uns unterstützen (...) ja ja ähm und auch (...) (seufzen) (beklommen) ja, und die die wir für Geld anstellen müssen.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Leistungen gegen Bezahlung annehmen müssen. Verlust der Selbstständigkeit im Familienverband“ (Memo in: Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Wir können das nicht selbst leisten.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

5.4.4 Unrealistische Vorstellungen von der Verantwortung und Belastung in der häuslichen Pflege

In den Interviews fällt auf, dass einige Befragte das Fachwissen, den Zeitaufwand und die physischen und psychischen Belastungen in der häuslichen Pflege nicht adäquat einschätzen und es zu Überlastungen der pflegenden Bezugspersonen kommt.

Pflegende Angehörige entwickeln keine realistische Vorstellung, welche Herausforderungen sie im Versorgungsalltag bewältigen müssen. Beeinflussende Faktoren, welche zu kritischen Versorgungslagen für den Pflegebedürftigen und die Gesundheit der pflegenden Angehörigen führt, sind ein hoher Pflegebedarf bei der Entlassung, ineffektive Beziehungsmuster, das fehlende Wissen, auf externe Ressourcen zurückzugreifen zu können, sowie eine unzureichende Entlastung der Pflegenden.

„wir dachten ja, dass es eine begrenzte Zeit ist, und wir haben beschlossen, dass wir sie nach Hause nehmen und sie zu Hause versorgen.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Im Vordergrund steht die palliative Pflege der Patientin. Aufgrund der hohen Bereitschaft der Töchter, die Pflege zu leisten, wird die Pflege in einem Hospiz erst gar nicht in Erwägung gezogen.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

„Wenn sie die ganze Nacht alleine am Bett ihrer Mutter sitzen (...) seufzen (beklommen) die so schwer eingeschränkt ist und stirbt seufzen (beklommen) (unv.), da ist das eben anders als man sich das vorher ausmalen kann, weil es viele Dinge gibt, die man sich nicht so vorstellt“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„B: Die eigentliche Herausforderung ähm bestand ((lacht ironisch)) nachher, diese ganze Planung ((lacht ironisch)) auch in die Tat umzusetzen. Wir kamen sehr schnell an unsere Grenzen“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „im Nachhinein hätten wir uns die Pflege wie wie mit einer so schweren Erkrankung aber ganz anders vorgestellt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Das Pflegegeschehen wird überwiegend auf die pflegebedürftige Patientin fokussiert. Der Situation der Töchter, die pflegerische Laien sind,

wird vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Das fing mit banalen Sachen an, wie wenn die Mama eingestuhlt hatte, das nochmal alles zu reinigen. Es wurde viel Bettwäsche gebraucht.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Erforderliche Aufgaben in der Pflege können nicht bewältigt werden“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Sie hat gejammert und geschrien, sodass wir nicht wussten / nicht gewagt haben, sie richtig anzufassen. Sie ist manchmal sehr unruhig, das war im Krankenhaus gar nicht so.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Dysfunktionale Veränderung der Pflegeaktivitäten“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Die zweite große Herausforderung war, die komplette Pflege zu organisieren und zu planen, ähm auch so, dass der Papa maximal entlastet ist. Weil ähm die Pflege zu Hause von der Mama, die so hilflos ist und in allem Pflege braucht“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Die Gerüche, die Reinigung der Bettwäsche, der Handtücher. Die Küche sieht aus wie eine Krankenhausapotheke. Das haben wir uns nicht so vorgestellt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Überforderung, Gefühle von Ekel, Misserfolg, die pflegerische Aufgabe nicht bewältigen zu können.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Wir hatten völlig falsche Vorstellungen, und es hat uns auch keiner darauf vorbereitet, wie das werden könnte.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Das sich das so lange hinzieht, hätten wir nicht geglaubt und auch nicht, dass ein Mensch mit kaum Nahrung und Wasser so lange leben kann. seufzen (beklommen) Wir haben uns darauf verlassen und uns darauf ausgerichtet, dass es ein begrenzter Zeitraum wird, und waren erschrocken und haben jetzt nach 3 Wochen gedacht hm (verneinend) das (unv.) wie lange geht das denn noch?“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Wissensdefizit Sterbeprozess und fehlende Aufklärung durch das Behandlungsteam. Die pflegenden Angehörigen haben für einen engen begrenzten Zeitraum geplant „B: Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt, das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt, ihre Mutter wird sehr bald sterben.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). Eine abweichende Vorstellung von der Dauer des Sterbeprozesses ist für die Töchter aufgrund fehlenden medizinischen Fachwissens unvorstellbar.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Eine realistische Einschätzung vom Pflegealltag erfolgt von einer Befragten, welche bereits Vorerfahrungen in der Pflege von Familienmitgliedern mitbringt. Pflegende Angehörige, die über einen beruflichen Hintergrund aus der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege

oder der Altenpflege verfügen, können Versorgungssituationen besser beurteilen als Angehörige ohne sozial-pflegerische Vorkenntnisse.

„mein Mann / das ist die zweite Ehe, die erste Frau ist an Krebs verstorben, der kennt sich mit diesen ganzen Geschichten mit häuslicher Pflege auch sehr gut aus und die haben sich untereinander besprochen“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 6).

Neben den drohenden Versorgungseinbrüchen für die Pflegebedürftigen erleiden die pflegenden Angehörigen physische und psychische Beeinträchtigungen. Die Auswirkungen dieser hohen emotionalen und körperlichen Belastungen können zu dysfunktionalen Familienprozessen und zur Verschlechterung der Gesundheit der Pflegenden führen.

„Meine Schwester hatte vorher schon Probleme mit ihrem Rücken. Sie muss jetzt zur Krankengymnastik, weil sie es immer am Ischias hat.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Und nach sechs Wochen hatte meine Mutter einen Nervenzusammenbruch und eine Blutdruckentgleisung. Sie musste in das Krankenhaus “ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Mein Mann möchte schon gar nicht mehr nach Hause kommen, und ich kann nicht mehr schlafen.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Drohende eheliche Krise. Damit entwickelt sich die Ressource Ehepartner zu einer zusätzlichen emotionalen Belastungssituation und Unterbrechung der bisher kontinuierlichen Familienfunktionalität.“ (Memo in: Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Eindrucksvoll ist die Schilderung der Erlebenswelt der Befragten in Interview Nr. 14. Die befragte Bezugsperson ist aufgrund dysfunktionaler Familienprozesse und der eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht fähig, die Versorgung der Pflegeempfängerin sicher zu stellen.

„Jetzt muss ich mich da drum auch noch kümmern, und alle sagen immer, ich muss mich darum kümmern, ich muss mich darum kümmern, und ich komme doch nirgendwo hin. (...) (lange Pause) Ich habe doch so furchtbar viel Angst“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Überforderung durch die Situation, die Verantwortung für die pflegebedürftige Mutter zu übernehmen“ (Memo in: Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) und psychisch und kognitiv nicht in der Lage sind, einen komplexen Versorgungsalltag zu organisieren „Wissen Sie, ich war es letzte ganze Jahr war ich schon krankgeschrieben wegen Burnout und ähm, ich kann ja auch mich selbst kaum versorgen. Ich habe so einen Schein vom Arzt, dass ich Behördengänge nicht machen kann“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Psychische Überforderung. B kann im Bereich Umgang mit Behörden und administrativen

Aufgaben nicht für sich selbst sorgen- geschweige denn für die pflegebedürftige Mutter.“ (Memo in: Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

In diesem Setting muss davon ausgegangen werden, dass die Umgebung und die Bezugsperson ein ungeeignetes Umfeld zur Erbringung von Pflegeleistungen darstellen. Kritisch zu betrachten ist in diesem Fall, dass offensichtlich aus Sicht der betroffenen Bezugsperson ein hoher Druck durch das Behandlungsteam zur Übernahme der Pflege ausgeübt wurde.

„und ich weiß gar nicht, wie ich das schaffen soll. Und alle sagen immer, ich muss das machen.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4).

5.5 Verbesserungen im Entlassungsmanagement

Alle Befragten machen in dieser Kategorie konkrete Aussagen zu Verbesserungspotentialen im Entlassungsmanagement. Die inadäquate Vorbereitung zur Entlassung in Bezug auf die Versorgung mit Medikamenten liegt in der Verantwortung des entlassenden Versorgers. Auch gibt es gesetzliche Regelungen, die in einigen Fällen nicht erfüllt wurden.

„Dann hätte das Behandlungsteam mich können unterstützen, indem es mir die Medikamente für die ersten Tage über das Wochenende mitgegeben hätte, und nicht nur gesagt hätte, ich hätte mir beim Arzt irgendwelche Rezepte besorgen“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

In zwei Interviews erleben die Betroffenen einen Versorgungseinbruch beim Übertritt von der Rehaklinik in die häusliche Pflege.

„Wir hatten das Gefühl, nachdem der Papa aus der Reha zurück war / dass die alle gedacht haben, gut, jetzt sind die zu Hause, aus den Augen aus dem Sinn. Da kümmert sich keiner mehr richtig darum und / ganz ehrlich der Hausarzt ähm, der hatte nicht viel Ahnung“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

„B: Ganz klar sollte in der in der Reha geplant werden, wie man sich zu Hause weiter versorgen soll.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Man müsste in der Reha gezielt abfragen, wie es bei mir / wie ich wohne, wie es zu Hause aussieht, wie ich dusche / wie die Versorgung ist und ähm, hätte das vorher mit dem Hausarzt besprechen müssen.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „B definiert klar den Unterstützungsbedarf, den er im Rahmen der Entlassung benötigt hätte. Er beschreibt die Bedarfssituation detailliert.“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

In zwei Interviews werden kritische Anmerkungen zum Gesundheitssystem geäußert. Die Defizite im Entlassungsmanagement werden nicht auf das Behandlungsteam, sondern auf das "System Gesundheitswirtschaft" gesehen.

„B: Verbesserungsvorschläge hätte ich sehr viele. Aber die / keine konkreten jetzt für die Krankenhausentlassung, das sind Schwierigkeiten, die aus dem System Krankenhaus aktuell entstehen, die uns so ein paar Vorgänge schwierig gemacht haben.“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 10).

„B: Wir hätten uns die Begleitung in diesem Gesundheits-Krankenhaussystem einfach besser vorgestellt. Da ist man sehr auf sich alleine gestellt, und wenn man nicht in der Lage ist, sich selbst da ähm, Informationen zu verschaffen und seine Eltern unterstützt und auch mit viel Energie dranbleibt, dann ist man zu Hause / (...) hatten wir das Gefühl, ziemlich verlassen zu sein.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12), „Erwartungen in Bezug auf die Leistungen im Gesundheitswesen wurden nicht erfüllt.“ (Memo in: Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12).

5.5.1 Edukation zum Selbstmanagement und zum Umgang mit Krankheit und Beeinträchtigung

Patient:innenedukation bedeutet den Einsatz unterschiedlicher Maßnahmen, um Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung zu vermitteln. Von pflegenden Angehörigen und den betroffenen Pflegebedürftigen werden klare Forderungen an das Thema Beratung, Anleitung und Schulung gestellt. In dieser Kategorie gibt es eine große Schnittmenge zu der Kategorie "Unrealistische Vorstellungen von der Verantwortung und der Belastung in der Pflege". Insbesondere wird mehr Aufklärung, Beratung und Schulung eingefordert, um komplexe Versorgungssituationen im häuslichen Setting handhaben zu können.

„wir hätten eine Beratung von jemand gebraucht, der sich mit dieser mit dieser Ernährung über diesen Magenschlauch gut auskennt“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „Man hätte die Mama müssen schulen, man hätte ihr sagen müssen, wieviel Kalorien diese Dinge haben, wie wir mit / wie wir das ähm bei dem Hausarzt bestellen.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

„wie man diesen Verband an dieser Bauchsonde wechseln.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „Wir hätten zu Hause vieles besser machen können, wenn, wenn uns ein Fachmann erklärt hätte, wie man das mit dem Essen / wie man das mit dem Essen / mit dem Schlucken übt, welches essen man am besten gibt“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz

10), „Beratung, Anleitung und Schulung zum Thema Ernährung und Umgang mit Ernährungssonde und Sondenkost.“ (Memo in: Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

„Hinterher ist man immer schlauer. Im Nachhinein hätten die Ärzte viel mehr auf uns und unsere Eltern einwirken müssen und hätten müssen stärker versuchen, dass mein Vater in diese Rehaklinik geht“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Der Wunsch nach einer stärkeren Einwirkung durch das Behandlungsteam ist kritisch zu sehen. Die Aufgabe der Behandlungsteams ist Beratung und Unterstützung, um zu einer guten Entscheidung für die beteiligten Akteure zu kommen. Es ist nicht die Aufgabe Druck auszuüben, wenn die Beratung von den zu Beratenden nicht angenommen werden.“ (Memo in: Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Der Wunsch nach Beratung und Unterstützung bei der Beantragung und Koordination von Leistungen wird geäußert.

„Die hätten sich selbst darum kümmern können, wie das mit der Mama weitergeht.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8. „Die hätten mir können helfen, die hätten mir müssen sagen, was ich machen soll.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „Wo wo wo ich die ganzen Anträge stellen muss und (...) ich kann das ja nicht ausfüllen.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Übernahme des Entlassungsprozesses und die Einleitung einer professionellen Betreuung über das Betreuungsgericht“ (Memo in: Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

5.5.2 Das Bedürfnis in Kontakt zu bleiben

Die Befragten hatten den Eindruck, sie wären aufgeklärt und gut informiert in die Umsetzung der häuslichen Pflege gegangen und finden sich in der Realität in einer Situation wieder, in der sie den Anforderungen an die Versorgungssituation nicht gewachsen sind und an ihre eigenen Leistungsgrenzen geraten.

„Pause Vielleicht sollte den Angehörigen in so einer Situation besser und ehrlicher erklärt werden, was auf sie zukommt, wenn sie ihre Eltern mit nach Hause nehmen“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Wie schwer das ist, auch mit / mit Unterstützung von Pflegediensten, weil letztendlich bleibt die Pflege der Mama doch größtenteils an uns hängen. Wir hätten gedacht, wir hätten mehr Unterstützung.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Unabdingbar scheint die Implementierung von Case management-Konzepten, um die Patient:innen nach der Entlassung kontinuierlich zu begleiten. Sie erfordert die Erweiterung des Blickwinkels über die Akutversorgung hinaus in den nachsorgenden Sektor.

5.5.3 Rechtzeitige Bekanntgabe der Entlassungszeitpunkt

Fehlende Informationen zum Entlassungszeitpunkt sind ein Fehler der entlassenden Station bzw. Rehaklinik mit erheblichen Konsequenzen für die Befragten.

„Sie hätten mir müssen mir früher sagen, wann mein Mann nach Hause kommt, dann hätte ich auch noch eine Betreuungsperson organisieren können.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „B benennt konkret die Maßnahmen, die vom Behandlungsteam hätten durchgeführt werden müssen. Zusammenfassend entsprechen die Verbesserungsvorschläge den Anforderungen eines strukturierten Entlassungsmanagements.“ (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10), „B: zuallererst hätte das Behandlungsteam mich rechtzeitig informieren können, damit ich mich auf die Entlassung vorbereiten kann.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10).

Gefordert wird von den Interviewten die konsequente Umsetzung des gesetzlichen Entlassungsmanagements. Ein Teil der Bedürfnisse können im strukturierten Entlassungsmanagement bereits bedient werden.

5.6 Diskussion der Ergebnisse aus den Patient:inneninterviews

Die leitfadengestützten Patient:innen- und Angehörigeninterviews zeigen, mit welchen Versorgungsbrüchen und zum Teil schwer belastenden Ereignissen der Übergang der Patient:innen in den nachsorgenden Sektor einhergeht. Eine wesentliche methodische Limitation der vorliegenden Untersuchung besteht darin, dass die Patient:innengruppe, die von hauptberuflichen Berufsbetreuern vertreten wird, aus der Untersuchung ausgeschlossen wurde. Grund ist das fehlende Einverständnis der Berufsbetreuer. Das Sample repräsentiert eine Gelegenheitsstichprobe (Polit. et al 2004). Aus diesem Grund können die Ergebnisse nicht generalisierbar angewendet werden (Flick, 2002). Die qualitativen Anforderungen aus dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DQNP, 2019) konnten durch die vorliegende Untersuchung zu Anforderungen und Versorgungseinbrüchen im Entlassungsmanagement vertieft werden. Die Ergebnisse aus den Patient:innen- und Angehörigeninterviews können vor dem Hintergrund der Anforderungen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DQNP, 2019) diskutiert werden.

Pflegende Angehörige spielen eine zentrale Rolle in der häuslichen Versorgung nach einem Schlaganfall. Die Bereitschaft, die Pflege für die Pflegebedürftigen zu leisten, entscheidet darüber, ob der Betroffene in seinem häuslichen Umfeld oder in der stationären Langzeitpflege versorgt wird. Neben der Organisation der Versorgungssituation z. B. Koordination der externen Dienstleister, Behördengänge, Durchführung der Pflege, Betreuungsaufwand usw., stellen Partner, Familienangehörige und Freunde die Hauptressource in der emotionalen und

organisatorischen Unterstützung im häuslichen Setting dar. Bei komplexem Pflegebedarf kann die Unterstützung durch pflegende Angehörige zu einem hochkomplexen Versorgungsmanagement heranwachsen. Beispielhaft wird im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ festgestellt, dass die Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung nur in Kooperation im multiprofessionellen Team erreicht werden kann, indem alle Berufsgruppen ihre spezifischen Anteile am Entlassungsprozess wahrnehmen (DQNP 2019:22).

Die befragten Patient:innen zeigen eine hohe Motivation, in das häusliche Umfeld zurückzukehren. Sie beschreiben detailliert ihre Bereitschaft zur Verbesserung ihres individuellen Selbstkonzepts. Sie vertrauen ihren eigenen Fähigkeiten und nutzen die Ressourcen vor der Beeinträchtigung. Sie verfügen über die Fähigkeit zur Anwendung von Problembewältigungs-Strategien aus früheren erfolgreich bewältigten Krisen. Patient:innen erleben die Akzeptanz ihrer Beeinträchtigungen. Sie entwickeln ein verbessertes Rollenverhalten, indem sie ihre Stärken und Schwächen akzeptieren. Die interviewten Patient:innen verfügen über eine ausgeprägte Bereitschaft, ihre Selbstversorgung und ihre Selbstpflegedefizite zu verbessern. Sie nutzen Unterstützungsangebote, um ihre Unabhängigkeit und Selbstbestimmung wiederzuerlangen und entwickeln ausgeprägte Fähigkeiten, ihre persönlichen Ziele zu erreichen. Als zusätzliche Ressourcen und Potentiale können soziale Beziehungen zur Verbesserung und Unterstützung des Wohlbefindens der Angehörigen und der Pflegebedürftigen identifiziert werden.

Die Planung und Durchführung eines strukturierten Entlassungsmanagements durch das multiprofessionelle Team tragen in hohem Maße zu einer gelungenen Überleitung bei. Die Behandlungsteams organisieren die Entlassung im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Entlassungsmanagements. Es ist gelebte Praxis, dass der Sozialdienst die Vorbereitung gemeinsam mit den Pflegenden und den Ärzten durchführt. Bei der Planung der Entlassung hochkomplexer Versorgungssituationen ist die Entlassung in der Regel sehr gut vorbereitet. Versorgungseinbrüche berichten die Befragten bei jüngeren Betroffenen, die kognitiv wenig beeinträchtigt sind. Die Notwendigkeit, die häusliche und beruflich-soziale Versorgungssituation kritisch zu beleuchten, wird von den Behandlungsteams offensichtlich nicht in dem Maße wahrgenommen, wie die Betroffenen dies benötigen. Hier könnte die Entwicklung eines spezifischen Assessments Versorgungsdefizite aufdecken und Versorgungseinbrüche verhindern.

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ greift diese beschriebene Problematik auf und autorisiert in dem Strukturkriterium S6a die befähigte Pflegekraft, die

Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. Dabei erfolgt die Begleitung der Patient:innen in Abhängigkeit von Pflegebedarf, der sozialen Situation und Setting über die Entlassung hinaus. Bedarfsadaptiert können erneut Beratungen, Anleitungen und Schulungen erfolgen. Ziel ist die Steigerung der Selbstpflegekompetenz und der Erhalt der Fähigkeiten zur Selbstversorgung (DQNP, 2019: 48).

Eine komplexe Pflegesituation kann auch in einem ungeeigneten Setting stattfinden. Für die pflegenden Angehörigen ist die Erbringung einer 24/7-Pflege unter Umständen nicht leistbar. Die erforderlichen Pflegeleistungen können durch die Angehörigen nicht anforderungsgerecht erbracht werden. Gründe sind gestörte Beziehungs- und Familienprozesse durch die hohe Belastung in der Pflegesituation sowie eine Selbstüberschätzung und tradierte Vorstellungen von häuslicher Krankenpflege. Die Möglichkeit der praktischen Umsetzung der Pflege wird nicht in Bezug auf die Bedarfe der Patient:innen hinterfragt. Pflegenden Angehörigen erleben im Verlauf eine Erschöpfungssituation durch den lange andauernden Krankheits- und Sterbeprozess, sie geraten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Um solche beschriebenen kritischen Versorgungseinbrüche zu vermeiden, sind im Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ die Ergebniskriterien E3a „Patient:innen und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeanforderungen bewältigen zu können“ (DQNP, 2019: 25) und E3b „Informationen zu Wissen und Fähigkeiten von Patient:innen und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse aufgenommen worden“ (DQNP, 2019:25) .

Patient:innen und Angehörige erleben die Unfähigkeit, die ausgewählte Versorgungssituation zu bewältigen und in das Familienleben zu integrieren. Ursachen sind die Fehleinschätzung des Hilfsmittelbedarfes in der häuslichen Pflege; dies bedeutet, der Anpassungsbedarf fällt erst bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld auf. Tradierte Vorstellungen von der Bewältigung familiärer Pflegesituationen, fehlende Beratung und Kooperation in der ärztlichen Versorgung. Pflegenden Angehörigen erleben ausgeprägte Entscheidungskonflikte. Die eigene Haltung und die eigenen Moralvorstellungen sind mit den Handlungen in der Realität nicht zu vereinbaren. Individuelle moralische Prinzipien werden bis zur Selbstaufgabe aufrechterhalten. Es entsteht eine Situation der Unsicherheit durch fehlende, gegensätzliche Informationen oder sich widersprechende Aussagen. Im Rahmen des Entlassungsmanagements sollten eine differenzierte Einschätzung des häuslichen Settings, des Unterstützungsbedarfs und der physischen und psychischen Fähigkeiten der pflegenden Angehörigen durchgeführt werden. Es ist zu klären, ob die Angehörigen über die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung informiert sind und wissen, wie diese beantragt werden.

Problematisch könnten die Vorstellungen von häuslicher Krankenpflege sein, die von der Realität abweichen können. Fraglich ist, ob die pflegenden Angehörigen die speziellen Bedarfe des Krankheitsbildes kennen, über das geforderte Wissen dazu verfügen und dieses Wissen anwenden können. Des Weiteren ist zu klären, ob sie Veränderungen der Persönlichkeit im Kontext der Erkrankung einordnen und darauf adäquat reagieren können. Beispielsweise stellt der Umgang mit sogenanntem herausforderndem Verhalten (Fremdverletzung, Sachbeschädigung, Rückzug, Apathie) spezifische Anforderungen an die Pflegenden. Problematisch könnte, die Sicherstellung der Pflege in der Nacht und ein fehlendes Ausfallkonzept im Falle von Krankheit oder Urlaub der Pflegeperson sein. Es stellt sich die Frage, ob die Patient:innen und ihre pflegenden Angehörigen in der näheren Umgebung spezielle Angebote und Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufnehmen können. Ebenso können unrealistische Vorstellungen zu Versorgungseinbrüchen bei den Pflegeempfängern führen.

Die erlebte und beschriebene Rollenüberlastung ergibt sich aus der die Unfähigkeit, die spezifischen Anforderungen im pflegerischen Setting zu erfüllen. Das Strukturkriterium S5 des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ stellt fest, dass die Pflegefachkraft über die Kompetenzen zur Einschätzung verfügt, ob die Entlassungsplanung auf den individuellen Bedarf, die Fähigkeiten und Fertigkeiten beziehungsweise die Beeinträchtigungen der Patient:innen und deren Angehörigen abgestimmt ist (DQNP, 2019: 42). Dies beinhaltet neben der bedarfsgerechten Entlassungsplanung für die Patient:innen auch die Prüfung, inwieweit die pflegenden Angehörigen über das Wissen, die Kompetenzen und die Fähigkeiten zur Bewältigung der Versorgungssituation verfügen (DQNP, 2019:45).

Ethisch-moralische Konflikte können sich durch unzureichenden Respekt vor der Autonomie des Individuums entwickeln. Das Erleben der Unfähigkeit, mit Veränderungen und traumatischen Erlebnissen in der Familie umzugehen, kann zur Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen durch nicht verarbeitete hochemotionale Erlebnisse beitragen. Krankheit und Pflege von Angehörigen stellt die Betroffenen vor unterschiedlich empfundene Belastungssituationen.

Die Befragten erleben durch ihre Behinderungen und Selbstpflegedefizite Gefühle von Machtlosigkeit. Sie fühlen sich von anderen Personen stigmatisiert (negativ bewertet). Sie erleben im Rahmen gestörter Familien- und Kommunikationsprozesse sowie durch fehlende Kommunikationsfähigkeit den Verlust der Fähigkeit, sich Veränderungen anzupassen. Kognitiv beeinträchtigte Personen erleben eine Verschlechterung ihrer geistigen Wahrnehmung und der Fähigkeit, auf äußere Signale adäquat reagieren zu können. Die pflegenden Angehörigen stehen unter hoher Anspannung und sind oft unfähig, eine

Entscheidung zu treffen. Gründe können Abweichungen von den eigenen Überzeugungen in der Entscheidung für den Betreuten liegen. Patient:innen erleben ein hohes Konfliktpotential in der Entscheidungsfindung. Ursachen können fehlendes Selbstvertrauen oder mangelndes Vertrauen in das Behandlungsteam, fehlendes Wissen zu optionalen Handlungsalternativen oder dysfunktionale Beziehungs- und Familienprozesse sein. Die befragten Patient:innen zeigen eine Beeinträchtigung der Selbstachtung. Sie werten sich selbst ab, indem sie in geringschätziger Art und Weise von sich selbst sprechen. Ein Befragter erlebt Scham und fehlende Selbstachtung im Kontext eines Selbstpflagedefizits. Den Unterstützungsbedarf bei der Ausscheidung erlebt der Betroffene als subjektiv empfundenen Verlust der Menschenwürde.

Aus den Berichten zum Erleben existenzieller Lebenserfahrungen und der Bewältigung kritischer emotionaler Gefühlslagen sollte sich in den Konzepten für das Entlassungsmanagement ein Themenschwerpunkt „Psychosoziale Intervention“ ableiten lassen. Aus den Ergebnissen der Patient:innen- und Angehörigeninterviews zeigt sich aus der Sicht der Untersucherin der Bedarf zur Entwicklung von Konzepten zur Förderung sozialer Interaktion. Die psychosoziale Intervention kann Patient:innen beim Erlernen von Strategien zur Angstbewältigung und die Fähigkeit, über subjektive Ängste zu sprechen, unterstützen.

Unterstützen kann hierbei das themenzentrierte therapeutische Pflegefachgespräch mit dem Ziel der Entwicklung von Strategien zur Krankheitsbewältigung. Die Patient:innen erlernen Verhaltensweisen, um ihre Situation differenziert einzuschätzen, und die Angehörigen entwickeln eine Haltung auf Augenhöhe, um die Emotionen des Betroffenen zu verstehen:

- Die Förderung sozialer Interaktion mit dem Ziel des Aufbaus einer das Vertrauen fördernden Versorgungssituation.
- Die Herstellung stabiler Beziehungen durch gleichbleibende Bezugspersonen sicherstellen.
- Die Identifikation von unterstützenden Strukturen in der Familie, im Freundeskreis oder dem Betreuer team.
- Das Führen themenzentrierter Pflegefachgespräche, um die Entwicklung zur Befähigung der Patient:innen, die Spiritualität und die Verbundenheit mit der Umwelt zu verbessern.
- Durchführung des themenzentrierten Pflegefachgesprächs, um die Patient:innen zu befähigen, sich an Veränderungen und Entscheidungen zu beteiligen oder die Durchführung eines themenzentrierten (haus)ärztlichen Fachgesprächs, um die Mitbestimmung an individuellen Gesundheitsentscheidungen zu verbessern.

Das themenzentrierte Pflegefachgespräch kann zu der Befähigung beitragen, Verhaltensmuster und Ressourcen an einen dynamisch verlaufenden Gesundheitsprozess anzupassen und Ziele aus verfügbaren Stärken zu generieren. Ziel ist die Befähigung der Patient:innen zur Steigerung ihres Selbstwertgefühls, sowie dem Wiedererlangen eines kongruenten Körperbildes und der Vertrauensbildung in die eigenen Fähigkeiten im Kontext eines selbstbestimmten guten Lebens.

Patient:innen wollen aktiv am Behandlungsprozess beteiligt werden. Die Patient:innen sollen lernen, die eigenen Bedürfnisse auszudrücken und einzufordern. Dazu gehört das Erlernen von Problem-/Bewältigungsstrategien, die Stärkung der Resilienz und die Unterstützung von Coping-Strategien. Die Erfüllung emotionaler Bedürfnisse kann eine ausgeprägte Ressource für Partnerschaften darstellen. Die Ressource „Erfüllung emotionaler Bedürfnisse“ sollte für beide Partner nutzbar gemacht werden, um die Beziehung zu stärken. Zu berücksichtigen ist der Einbezug sozioökonomischer Faktoren bei chronischen Krankheitsverläufen. Die Strukturen im Entlassungsprozess sollten dafür Sorge tragen, dass eine stabile Versorgungssituation gestaltet werden kann. Dazu gehören:

- der Aufbau und die Entwicklung tragfähiger und partizipativer Beziehungen zu den pflegenden Angehörigen und den Patient:innen,
- die Befähigung der Patient:innen und ihren Angehörigen, emanzipierte Entscheidungsprozesse durchführen zu können,
- die Förderung von Empowerment (Selbstbefähigung) und Autonomie (Unabhängigkeit), um den Betroffenen entsprechende Handlungsspielräume zugänglich zu machen,
- der Einbezug der Patient:innenperspektive.

Hier können die Haltungen und Einstellungen einen hohen Beitrag zum Gelingen einer angepassten Lebensgestaltung leisten. Unterstützend kann hier das themenzentrierte Pflegefachgespräch in Bezug auf einen Realisierungs- und Akzeptanzprozess geführt werden. Ziel ist der Aufbau zu einer Bezugsperson, mit der die Emotionen zu veränderten Selbstkonzepten und Lebenssituationen besprochen werden können. Die Entwicklung von Handlungsanleitungen zum Erhalt der Gesundheit pflegender Angehöriger, gesunder Familienprozesse und zur Krisenintervention. Die Entwicklung von Versorgungsstrukturen, welche Konzepte wie Adherence (Therapietreue) und Resilienz (psychische Widerstandskraft) der Patient:innen und deren Angehörigen fördern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt bereits im Jahr 2003, Adherence beziehungsweise Nonadherence (Therapieuntreue) als ein multidimensionales Phänomen zu

betrachten (WHO, 2003). Die WHO identifiziert fünf Themenkomplexe zur Einhaltung einer komplexen Therapie:

1. Die Wahrnehmung der Krankheitssymptome im Kontext der Lebensqualität.
2. Die Entwicklung, tragfähige Beziehungen und angepasste Kommunikation, um den Wissensaustausch zu ermöglichen.
3. Das Wissen über die individuellen Einstellungen der Patient:innen zu Wohlbefinden und Lebensqualität.
4. Den Einbezug sozioökonomischer Faktoren als Variable bei chronisch erkrankten Menschen unter der Betrachtung der Neugestaltung der Wahrnehmung des Sinnes der medizinischen Therapie.
5. Den Einfluss der Persönlichkeitsmerkmale der Patient:innen und deren Erfahrungen zu Krankheit und ihren individuellen Ressourcen. (WHO 2003 zitiert nach Wiedenhöfer et al 2010:147).

Für ein gelingendes Entlassungsmanagement ist die effektive Gestaltung der Prozesse beim Übergang in den nachsorgenden Sektor, z. B. in die Rehabilitation, von hoher Wichtigkeit. Dies bedeutet, dass die Abstimmung der Entlassungsprozesse mit der nachsorgenden Versorgungseinrichtung unter Einbezug der Patient:innenbedürfnisse und der Angehörigen stattfinden sollte. Um eine sichere Versorgungssituation für den Pflegeempfänger zu schaffen, sind der Hausarzt und der Sozialdienst mit einzubeziehen, um den Zugang zu den bedarfsgerechten Leistungen sicher zu stellen. Die Patient:innen sollten Unterstützung in selbstbestimmter Entscheidungsfindung erfahren. Zur Sicherstellung einer kontinuierlich qualitativ hochwertigen Versorgungssituation in einer hochkomplexen Pflegesituation ist eine geplante Entlassung unabdingbar. Die Entlassungsplanung sollte 24 Stunden vor dem Entlassungszeitpunkt evaluiert werden und darüber hinaus sollte die Pflegefachkraft 48 - 72 Stunden nach der Entlassung Kontakt zu den Patient:innen aufnehmen. Ziel ist laut Prozesskriterium P6 im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ die Prüfung, ob die im Entlassungsplan festgelegten Maßnahmen wirksam sind, oder ob gegebenenfalls Bedarfe nachgesteuert werden müssen. (DQNP, 2019: 46).

6. Dokumentenanalyse - Quantitative Teilanalyse nach Häufigkeiten

Die Inhalts- oder Dokumentenanalyse ist eine Technik aus den Kommunikationswissenschaften. Mit dieser Methode werden die vorliegenden Patientenakten systematisch standardisiert nach der Häufigkeit festgelegter Analyseeinheiten untersucht. Untersuchungsgegenstand ist die in Textform gespeicherte Kommunikation in den Patientenakten in Bezug auf das Entlassungsmanagement (Mayer 2015: S.240ff.).

Insgesamt wurden vom 01.11.2019 - 31.01.2020 195 Patient:innen bei der Aufnahme auf der Stroke Unit zur Einwilligung in die Dokumentenanalyse angefragt. 35 Patient:innen erteilten die schriftliche Einwilligung zur Dokumentenanalyse ihrer Krankenakten. Für diese Patient:innen wurde bei der Aufnahme der Erhebungsbogen angelegt. Der Erhebungsbogen dient als Leitfaden und Kontrollinstrument für die Untersucherin, um die aufeinanderfolgenden Schritte im Rahmen der Datenerhebung zu dokumentieren.

Um die Methodik nachvollziehbar darzustellen, erfolgte eine einheitliche Vorgehensweise (s. Anlage 6) bei der Sichtung der Patientenakten. Die relevanten Inhalte in Textform aus den Patientenakten wurden anhand zuvor festgelegter Kriterien in Analyseeinheiten, Analysedimensionen und Analysekatoren zugeordnet (s. Anlage 7). Die Analyseeinheiten leiten sich aus den formalen Strukturen der Patientenakten ab. Ziel ist es, die für das Entlassungsmanagement bedeutsamen Inhalte zu erfassen.

Die Patientenakten werden systematisch von Anfang bis Ende durchgelesen. Die für die Kategorien relevanten Textstellen werden händisch am PC in das Textdokument übertragen. Zu jedem Fall wird ein eigenes Textdokument, das im Rahmen der Anonymisierung mit einer Fallnummer von Fall Nr.1 bis Fall Nr. 35 gekennzeichnet wird, angelegt. Analog dazu wird dem Erhebungsbogen die entsprechende Fallnummer zugeordnet und das Patientenetikett unkenntlich gemacht. Nach der Dokumentenanalyse wird die Patientenakte zurück in das Krankenhausarchiv gegeben.

Die Textdokumente werden mit der QDA Software in einem zweiten Schritt analysiert. QDA bedeutet Qualitative Datenanalyse. QDA Software unterstützt bei der Strukturierung und Analyse großer Textmengen und bei der Organisation der Interpretation und Auswertungen. Die Untersucherin verwendet die QDA Software f4analyse®.

Die relevanten Textstellen aus den Textdokumenten wurden codiert. Hierzu wurde ein Codesystem entwickelt. Das Codesystem ist hierarchisch aufgebaut und unterteilt sich in Kategorien und Subkategorien. Den Codes werden unterschiedliche Farben zugeordnet. Wenn eine Textstelle markiert wird und der passende Code angeklickt wird, ist die Textstelle in der Codefarbe unterstrichen. Dies gilt auch für Mehrfachnennungen. Dem Codesystem wurden deduktiv Kategorien zugeordnet. Nach 10 codierten Fällen wurden die Codes überprüft und einige Subkategorien über den Button „Fusion“ zusammengefasst. Die hinter dem Code angezeigte Zahl zeigt die Häufigkeit der zugeordneten Textstelle an.

6.1 Methodische Übersichtstabelle Dokumentenanalyse

Die folgende Übersicht (Tabelle 8) bildet die methodische Vorgehensweise in der quantitativen Untersuchung ab.

Tabelle 8 Methodische Übersichtstabelle nach Mayer 2015:243

Erhebungsform	Quantitative Dokumentenanalyse (Patientenakte)	akzidentale	Dokumente
Grundgesamtheit	Patient:innen mit Schlaganfall-Komplexbehandlung im Setting der Stroke Unit vom 01.11.2019 - 31.01.2020, insgesamt 195 Fälle		
Analyseeinheit	Patientenakte, für die eine Einwilligung der Patient:innen zur Analyse vorliegt		
Erhebungsinstrument	Erhebungsbogen Patientenakte	Entlassungsmanagement,	Analysekategorien
Analysezeitraum	Dokumentenanalyse nach Abschluss Fallabschluss		
Ort der Analyse	Büro Pflegedirektion Diakonie Klinikum Neunkirchen		
Stichprobengröße	35 Patientenakten		
Auswertung	Deskriptive Statistik nach Häufigkeiten mit SPSS® IBM		

6.2 Darstellung der Ergebnisse nach Haupt- und Subkategorien

Die inhaltstragenden Textstellen aus der Dokumentenanalyse werden vercodet. Dies bedeutet die Ausarbeitung von Hauptkategorien. Die Hauptkategorien werden in Subkategorien untergliedert. (Mayer 2015: 287ff.)

6.3 Hauptkategorie Fallgruppen

In der Hauptkategorie „Fallgruppen“ wurden die Subkategorien „Diagnosis Related Groups (DRG)“, Geschlecht und Alter ausgewertet. „Diagnosis Related Groups (DRG)“ sind diagnosebezogene Fallgruppen. Auf der Basis der DRG erfolgt die Vergütung der Krankenhausleistungen gemäß § 17 B Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (InEK, 2021). Zur besseren Übersicht werden die DRGs in der folgenden Tabelle dargestellt. Codiert wurden alle Textpassagen, die in Bezug zu der ärztlichen Aufnahme/Anamnese stehen.

6.3.1 Subkategorie DRG

Die „Diagnosis Related Groups (DRG)“ stellen das Klassifikationssystem für die Abrechnung der Fallpauschalen in Krankenhäusern dar. Die Krankenhausfälle werden systematisch zu medizinischen Fallgruppen zusammengefasst (InEK 2021).

Tabelle 9 Subkategorie Diagnosis Related Groups (DRG) (eigene Darstellung)

DRG	Beschreibung	Anzahl
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit äußerst schwerer CC Codekommentar f4analyse®: Zu diesem Code wurden 6 Fälle (w=5 /m=1) analysiert.	6
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall (m=1) analysiert.	1
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std., mit komplizierender Diagnose. Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall (w=1) codiert.	1
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std., ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulärem Spasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung Codekommentar f4analyse®: Zu diesem Code wurden 15 Fälle analysiert (w=11 /m=4).	15
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. Codekommentar f4analyse®: Zu diesem Code wurden 3 Fälle codiert (w=1 / m=2)	3
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse. Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall (w=1)codiert.	1
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schwerer CC oder bei Para-/Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schwerer oder schwerer CC, bei Para-/Tetraplegie Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall m=1) analysiert.	1
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC Codekommentar f4analyse®: Zu diesem Code wurden 4 Fälle (w=2 /m=2) analysiert.	4
F73B	Synkope und Kollaps, Alter >13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall (m=1) codiert.	1
B77Z	Kopfschmerzen Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall (w=1) analysiert	1
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre Codekommentar f4analyse®: Es wurde ein Fall (w=1) analysiert.	1

6.3.1 Subkategorie Alter und Geschlecht

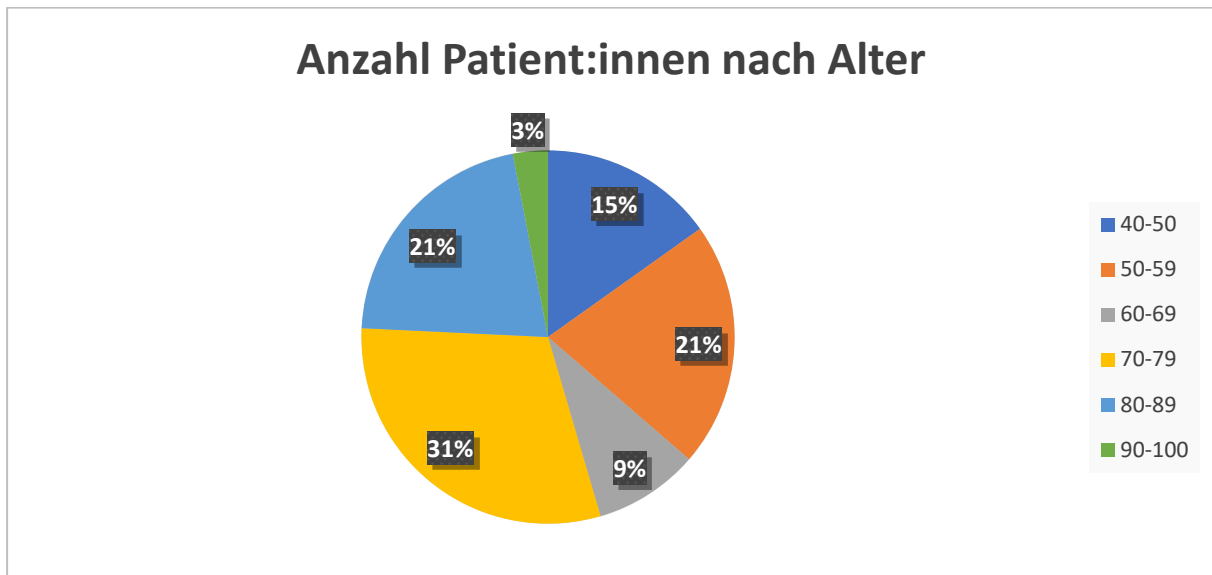
Die Subkategorie „Alter (Abbildung 2) und Geschlecht (Tabelle 10)“ stellen die Verteilung der Patient:innen nach Demografie und Geschlecht dar.

Tabelle 10 Subkategorie Alter aus SPSS (eigene Darstellung)

Verteilung nach Geschlecht	
Männlich	12
Weiblich	23
Gesamt	35

Die Auswertung nach Geschlechtern ergibt eine Verteilung von 23 weiblichen und 12 männlichen Patienten.

Abbildung 2 Subkategorie Alter aus SPSS (eigene Darstellung)



Die Verteilung nach Alter in Lebensjahren in Bezug auf die analysierten Patientenakten (35) ergibt einen Anteil von 15 % in der Gruppe der 40 – 50jährigen, in der Gruppe der 50 - 69 Jahre 21 %, in der Gruppe 60 - 69 Jahre 9 %, in der Gruppe 70 - 79 Jahre 31 %, bei den 80 - 89jährigen 21 % und in der Gruppe der über 90jährigen 3 %.

6.4 Hauptkategorie Aufnahme

Die Hauptkategorie „Aufnahme“ gliedert sich in die Subkategorien der „Art der Einweisung“, der Erstdiagnose Rettungsdienst, dem Erhebungsbogen für die Dokumentenanalyse, dem Setting bei Aufnahme, der Durchführung des Initialen Assessments Entlassungsmanagement durch die Pflege, der Erhebung zur Sozialanamnese durch die Pflegenden, der Erfassung des bestehenden Pflegegrades durch die Pflege, sowie der Angaben zum Substanzmissbrauch im

Rahmen der Pflegeanamnese bei der Aufnahme. In dieser Subkategorie wird der sozial-pflegerische Status erfasst.

6.4.1 Subkategorie Art der Einweisung

In der Subkategorie „Art der Einweisung“ wurden 29 Patient:innen als Notfalleinweisung mit Notarzt identifiziert. Sechs Patient:innen wurden durch den Hausarzt mittels einer Einweisung eingewiesen.

Tabelle 11 Subkategorie Art der Einweisung aus SPSS (eigene Darstellung)

Art der Einweisung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Notfall	29	82,9	82,9	82,9
	Einweisung	6	17,1	17,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die vom Rettungsdienst gestellte Erstdiagnose im Notarztprotokoll lautete in 23 Fällen Verdacht auf transitorisch ischämische Attacke (TIA), Intracerebrale Blutung (ICB), Apoplex, sowie in einem Fall Schädelhirntraume (SHT). Der Erhebungsbogen für die Durchführung der Dokumentenanalyse wurde bei allen 35 Patient:innen angelegt und bis zur Entlassung vollständig ausgefüllt.

Tabelle 12 Erstdiagnose Rettungsdienst aus SPSS (eigene Darstellung)

Erstdiagnose Rettungsdienst/Notarzt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	9	25,7	25,7	25,7
	TIA_, ICB_ Apoplex	23	65,7	65,7	91,4
	SHT	1	2,9	2,9	94,3
	Nein	2	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.4.2 Subkategorie Setting bei Aufnahme

Die Subkategorie „Setting bei Aufnahme“ (s. Tabelle 13) beschreibt, durch welche Merkmale die Umgebung gekennzeichnet ist, in welcher die Patient:innen zum Zeitpunkt der Aufnahme leben.

Tabelle 13 Subkategorie Setting bei Aufnahme aus SPSS (eigene Darstellung)

Setting bei Aufnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zu Hause ohne Hilfe	19	54,3	54,3	54,3
	Angehörige helfen	11	31,4	31,4	85,7
	ambulante Pflege	2	5,7	5,7	91,4
	stationäre Pflege	2	5,7	5,7	97,1
	Angehörige und Pflege- dienst	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

19 Patient:innen lebten vor der Aufnahme auf der Stroke Unit zu Hause ohne Hilfe durch Angehörige, pflegerische Unterstützung oder durch die Inanspruchnahme haushaltsnaher Dienstleistungen „Versorgungssituation bei Aufnahme zu Hause ohne fremde Hilfe“ (Fall Nr. 03 B70B (W, 86), Absatz 38), „Versorgungssituation bei Aufnahme zu Hause (ohne fremde Hilfe)“ (Fall Nr.04 B70B (M, 76), Absatz 26), „Versorgungssituation bei Aufnahme zu Hause ohne fremde Hilfe“ (Fall Nr.14 B70B (W,67) , Absatz 16). In elf Fällen werden die Betroffenen zu Hause von Angehörigen unterstützt, „Versorgungssituation bei Aufnahme zu Hause Angehörige helfen“ (Fall Nr.12 B70B (W, 79), Absatz 27), „Versorgungssituation bei Aufnahme zu Hause (nur Angehörige helfen)“ (Fall Nr.15 B70B (M, 72), Absatz 69), „Versorgungssituation zu Hause (nur Angehörige helfen)“ (Fall Nr.16 B70B (M, 79).

Zwei Patient:innen werden durch den ambulanten Pflegedienst zu Hause betreut „Versorgungssituation bei Aufnahme zu Hause mit ambulantem Pflegedienst“ (Fall Nr. 23 B70B (W, 77), Absatz 61) und zwei Patient:innen leben in einer stationären Pflegeeinrichtung „Versorgungssituation bei Aufnahme stationäre Pflegeeinrichtung“ (Fall Nr.31 B70B (W, 83), Absatz 67). In einem Fall erfolgt die Hilfe im Alltag durch Angehörige und den ambulanten Pflegedienst.

6.4.3 Subkategorie Initiales Assessment Entlassungsmanagement

Das „Initiale Assessment Entlassungsmanagement“ ist ein Screening zur Erfassung von Risiken im Entlassungsprozess. Das Assessment wird im Rahmen der Patientenaufnahme von der Berufsgruppe der Pflegenden durchgeführt. Das Assessment erfasst Parameter zur Risikoadjustierung wie der Durchführung der Sozialanamnese, der Erfassung des Pflegegrades und Angaben zu einem möglichen Substanzmissbrauch.

Tabelle 14 Subkategorie *Initiales Assessment Entlassungsmanagement* aus SPSS (eigene Darstellung)

Initiales Assessment Entlassungsmanagement					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	3	8,6	8,6	8,6
	Ja	32	91,4	91,4	100,0
	Ge- samt	35	100,0	100,0	

Das „Initiale Assessment Entlassungsmanagement“ wurde bei 32 von 35 Patientenaufnahmen durchgeführt.

Der Pflegegrad wird zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit mittels Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ermittelt. Der Pflegegrad bei der Aufnahme wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 15 Subkategorie *Pflegegrad* aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegegrad					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Pflegegrad	29	82,9	82,9	82,9
	PG1	1	2,9	2,9	85,7
	PG2	3	8,6	8,6	94,3
	PG3	2	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Bei 29 Patient:innen wurde kein Pflegegrad bei der Aufnahme festgestellt, in einem Fall lag der Pflegegrad 1 vor. In drei Fällen der Pflegegrad 2. In zwei Fällen lag der Pflegegrad 3 vor. Die Pflegegrade 4 und 5 wurden nicht festgestellt.

Einen Substanzmissbrauch verneinten 26 Patient:innen bei der Aufnahme. Zwei Patient:innen gaben einen Alkoholmissbrauch an, vier Patient:innen einen Nikotinabusus. In zwei Fällen wurde der Konsum von Alkohol und Nikotin angegeben.

Tabelle 16 Subkategorie Substanzmissbrauch aus SPSS (eigene Darstellung)

Substanzmissbrauch					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	26	74,3	76,5	76,5
	Alkohol	2	5,7	5,9	82,4
	Nikotin	4	11,4	11,8	94,1
	Alkohol und Nikotin	2	5,7	5,9	100,0
	Gesamt	34	97,1	100,0	
Fehlend	System	1	2,9		
Gesamt		35	100,0		

6.4.4 Subkategorie Sozialanamnese

Die Subkategorie „Sozialanamnese“ beschäftigt sich mit dem sozialen Umfeld und der Versorgungssituation der Patient:innen bei der Aufnahme.

Tabelle 17 Subkategorie Sozialanamnese aus SPSS (eigene Darstellung)

Sozialanamnese					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	4	11,4	11,4	11,4
	lebt allein	2	5,7	5,7	17,1
	Bezugsperson	24	68,6	68,6	85,7
	Angehörige	4	11,4	11,4	97,1
	externe Dienstl.	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

In der Sozialanamnese wurde erhoben, ob die Patient:innen allein zu Hause, mit einer engen Bezugsperson oder Lebenspartner:innen zusammenleben, oder mit Angehörigen, die nicht als enge Bezugsperson, beispielsweise Verwandte 2. Grades bezeichnet werden können, oder sich die sozialen Kontakte auf externe Dienstleister wie Haushaltshilfen, einen Fahr- und Begleitdienst, sowie Ehrenamtliche begrenzen.

6.5 Hauptkategorie Entlassungsplanung

Die Hauptkategorie „Entlassungsplanung“ unterteilt sich in die Subkategorien „Einschätzung des Austrittsortes“ einschließlich der „Entscheidung über den Austrittsort“ in Bezug auf den nachsorgenden Sektor. Weitere Subkategorien sind die kurzfristige „Änderung des geplanten Austrittsortes“ aufgrund veränderter Pflegebedürfnisse, die „Antragstellung einer Anschlussheilbehandlung (AHB)“, sowie die „Kontaktaufnahme mit dem nachsorgenden Sektor“. Zum Entlassungszeitpunkt wurden die Subkategorien „Dokumentation für den nachsorgenden Sektor“ erhoben. Hierbei wurden die Subkategorien „Entlassungsbrief“ und „der pflegerische Überleitungsbogen“ analysiert. Die Entlassung beinhaltet darüber hinaus die Sicherstellung eines aktuellen Medikamentenplans und die „Mitgabe der Medikamente für die ersten Tage nach der Entlassung“ bis zum nächstmöglichen Hausarztbesuch.

6.5.1 Subkategorie Einschätzung des Austrittsortes

Die Einschätzung des Austrittsorts (s. Tabelle 18) wurde in den ersten 24 h nach der Aufnahme auf der Stroke Unit im Rahmen der intraprofessionellen Visite durchgeführt.

Tabelle 18 Subkategorie Einschätzung des Austrittsorts aus SPSS (eigene Darstellung)

Einschätzung des Austrittsorts					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zu Hause ohne Hilfe	13	37,1	37,1	37,1
	zu Hause Angehörige helfen	5	14,3	14,3	51,4
	ambulante Pflege	2	5,7	5,7	57,1
	stationäre Pflege	4	11,4	11,4	68,6
	Rehaklinik	11	31,4	31,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Ersteinschätzung ergab bei dreizehn Patientinnen eine Entlassung nach Hause ohne Hilfe. Bei fünf Patient:innen wurde eine Entlassung „nach Hause mit Hilfe durch Angehörige“ eingeschätzt. In zwei Fällen wurde die Entlassung in das häusliche Umfeld mit Unterstützung durch die ambulante Pflege eingeschätzt. Von einer Entlassung in die stationäre Langzeitpflege wurde in vier Fällen ausgegangen. Bei elf Patient:innen wurde eine Reha-Maßnahme beantragt.

6.5.2 Subkategorie Endgültige Entscheidung Austrittsort

Die endgültige Entscheidung für den nachsorgenden Sektor „endgültiger Austrittsort“ wird 48 h nach der Aufnahme festgelegt.

Tabelle 19 Subkategorie endgültige Einschätzung des Austrittsorts (eigene Darstellung)

Endgültige Entscheidung Austrittsort					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zu Hause ohne Hilfe	12	34,3	34,3	34,3
	zu Hause Angehörige helfen	6	17,1	17,1	51,4
	ambulante Pflege	3	8,6	8,6	60,0
	stationäre Pflege	3	8,6	8,6	68,6
	Rehaklinik	11	31,4	31,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Entlassung in das häusliche Umfeld fand in zwölf Fällen statt. Eine „Entlassung nach Hause mit Hilfe durch Angehörige“ erfolgte in sechs Fällen. Drei Patient:innen wurden zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt, in drei Fällen erfolgte die Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Elf Entlassungen erfolgten in eine Rehaklinik.

Eine kurzfristige Änderung des Austrittsortes wurde in drei von 35 Fällen durchgeführt „Veränderung Austrittsort, Angehörige lehnen Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst ab“. Gründe für die Veränderung des Austrittsortes waren in zwei Fällen die Entscheidungen der Angehörigen, die Patient:innen entgegen der Ersteinschätzung selbst im häuslichen Umfeld zu versorgen. Eine Veränderung des Austrittsortes, beruhte auf dem Patient:innenwunsch, zeitnah in das häusliche Umfeld zurückzukehren und die Behandlung nicht fortzuführen.

Tabelle 20 Subkategorie kurzfristige Änderung des Austrittsorts aus SPSS (eigene Darstellung)

Kurzfristige Veränderung des Austrittsorts					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	32	91,4	91,4	91,4
	Ja	3	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Mit dem nachsorgenden Sektor sind Einrichtungen der Rehabilitation, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen gemeint.

Tabelle 21 Subkategorie Kontaktaufnahme mit dem nachsorgenden Sektor aus SPSS (eigene Darstellung)

Kontaktaufnahme zum nachsorgender Sektor					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	2	5,7	5,7	5,7
	kein Bedarf	17	48,6	48,6	54,3
	Ja	16	45,7	45,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Kontaktaufnahme mit dem nachsorgenden Sektor fand in 16 Fällen statt. In 17 Fällen war keine Kontaktaufnahme mit dem nachsorgenden Sektor notwendig. In zwei Fällen fehlten die Angaben in der Patientenakte.

Die Anträge für die Anschlussheilbehandlung (AHB) wurden gesondert ausgewertet.

Tabelle 22 Subkategorie Antrag Anschlussheilbehandlung (AHB) aus SPSS (eigene Darstellung)

Antrag Anschlussheilbehandlung (AHB)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	6	17,1	17,1	17,1
	Nein	20	57,1	57,1	74,3
	Ja	9	25,7	25,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

In 20 Fällen erfolgte kein AHB-Antrag. In sechs Patientenakten wurden keine Angaben zum AHB-Antrag gemacht. Insgesamt wurden neun Anträge für eine Anschlussheilbehandlung gestellt. Zum Zeitpunkt der Entlassung lag bei keinem der gestellten Anträge die Genehmigung durch die Krankenkasse vor.

Die Information zum Entlassungszeitpunkt an die Patient:innen und deren Angehörigen erfolgte in 25 Fällen früher als 24 h vor dem Entlassungszeitpunkt. In neun Fällen erfolgte die Information 24 h vor der Entlassung. In einem Fall erfolgte die Information zum Entlassungszeitpunkt am Tag der Entlassung.

Tabelle 23 Subkategorie Information der Patient:innen zum Entlassungszeitpunkt aus SPSS (eigene Darstellung)

Information der Patient:innen zum Entlassungszeitpunkt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	früher als 24h	25	71,4	71,4	71,4
	24h vorher	9	25,7	25,7	97,1
	Entlasstag	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die notwendigen Dokumente für den nachsorgenden Sektor wurden bei allen Entlassungen mitgegeben.

Tabelle 24 Subkategorie Alle Dokumente für den nachsorgenden Sektor mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)

Alle Dokumente für den nachsorgenden Sektor mitgegeben					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	35	100,0	100,0	100,0

So wurden die Medikamente für die ersten Tage nach der Entlassung in 34 von 35 Fällen mitgegeben „Keine Medikamente mitgegeben, weil die weitere Versorgung in der stationären Rehabilitation fortgesetzt wird“.

Tabelle 25 Subkategorie Notwendige Medikamente bei Entlassung mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)

Notwendige Medikamente bei Entlassung mitgegeben					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	1	2,9	2,9	2,9
	Ja	34	97,1	97,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Bei der Entlassung wird den Patient:innen ein aktueller Medikationsplan mitgegeben.

Tabelle 26 Subkategorie Aktueller Medikationsplan mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)

Aktueller Medikationsplan mitgegeben					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	35	100,0	100,0	100,0

Der Entlassungsbrief für den nachsorgenden Sektor lag in 34 von 35 Fällen vor. Der pflegerische Überleitungsbogen wurde in 20 von 35 Fällen vollständig ausgefüllt an den nachsorgenden Sektor ausgehändigt.

Tabelle 27 Subkategorie Entlassungsbrief bei Entlassung mitgegeben aus SPSS (eigene Darstellung)

Entlassungsbrief bei Entlassung mitgegeben					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	1	2,9	2,9	2,9
	Ja	34	97,1	97,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.6 Hauptkategorie Protokolle

In der Hauptkategorie „Protokolle“ wurde analysiert, welche Patient:innen-Protokolle der Dokumentation für den nachsorgenden Sektor hinzugefügt wurden.

Grundsätzlich erfüllt jede Fixierung den Tatbestand der Freiheitsberaubung nach § 239 Strafgesetzbuch (STGB). Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) müssen auf das absolut notwendige Maß begrenzt werden. Die drei genannten Fixierungsbeschlüsse beziehen sich auf das komplette Hochziehen der Bettgitter (auf beiden Seiten oder einseitig, wenn das Bett an der Wand steht). Zulässig ist die Fixierung mit ausdrücklicher Einwilligung der Patient:innen. Wenn sich die Patient:innen gegen die Fixierung wehren oder sich nicht erklären können, hat das Amtsgericht die Prüfungs- und Anordnungs-kompetenz.

Tabelle 28 Subkategorie Fixierungsbeschluss aus SPSS (eigene Darstellung)

Fixierungsbeschluss					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	32	91,4	91,4	91,4
	Ja	3	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Im Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DQNP 2013) ist die Dokumentation von Sturzereignissen gefordert. Die Folgen eines Sturzes führen zu einschneidenden, lebens einschränkenden Folgen für die Betroffenen. Die Erfassung von Sturzereignissen erfolgt im Krankenhaus über ein Sturzprotokoll. Dies beinhaltet Angaben zu Zeitpunkt des Sturzes, Auffinde-Zeitpunkt und -ort, Informationen über beteiligte Personen, der

Dokumentation von Verletzungen, die ärztliche Dokumentation sowie eingeleitete Maßnahmen und Untersuchungen. In fünf Fällen wurde ein Sturzprotokoll nach einem Sturzereignis angelegt.

Tabelle 29 Subkategorie Sturzprotokoll nach Sturz angelegt aus SPSS (eigene Darstellung)

Sturzprotokoll nach Sturz angelegt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	30	85,7	85,7	85,7
	Ja	5	14,3	14,3	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Analog dazu fordert der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ die systematische Risikoeinschätzung und Dokumentation von Dekubital-Geschwüren. Die Dekubitus-Dokumentation lag in fünf Fällen vor. (DQNP 2017).

Tabelle 30 Subkategorie Dekubitus Dokumentation angelegt aus SPSS (eigene Darstellung)

Dekubitus Dokumentation angelegt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	30	85,7	85,7	85,7
	Ja	5	14,3	14,3	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Patientenverfügung bezieht sich auf die Einwilligung bzw. die Verweigerung in lebensverlängernde Maßnahmen (BGB §1901a). Die Patientenverfügung (Tabelle 31) muss in schriftlicher Form vorliegen. Die Vorsorgevollmacht (Tabelle 32) ist ein Dokument, welches als Regelwerk für Notsituationen gedacht ist, in der eine Person nicht mehr in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu treffen und deshalb einer anderen Person des Vertrauens zur Durchführung bestimmter Aufgaben eine rechtliche Vollmacht erteilt. Im Falle der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers kann die Vollmacht auch mündlich erfolgen. Die Vorsorgevollmacht kann vom Notar beurkundet werden (BGB §128). Die Betreuungsurkunde (Betreuerausweis) (Tabelle 33) ist die vom Betreuungsgericht ausgestellte Bestallungsurkunde, mit dem sich der rechtliche Betreuer nach außen hin als gesetzlicher Vertreter des Betreuten legitimieren kann (BGB § 1791). Bei der Sichtung der 35 Patientenakten wurden 10 Patientenverfügungen, 4 Vorsorgevollmachten und 7 Betreuungsurkunden analysiert (s. Tabellen 31, 32 und 33).

Tabelle 31 Subkategorie Patientenverfügung aus SPSS (eigene Darstellung)

Patientenverfügung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	25	71,4	71,4	71,4
	Ja	10	28,6	28,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Tabelle 32 Subkategorie Vorsorgevollmacht aus SPSS (eigene Darstellung)

Vorsorgevollmacht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	31	88,6	88,6	88,6
	Ja	4	11,4	11,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Tabelle 33 Subkategorie Betreuungsurkunde aus SPSS (eigene Darstellung)

Betreuungsurkunde					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	28	80,0	80,0	80,0
	Ja	7	20,0	20,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.7 Hauptkategorie Assessments

Der Begriff „Assessments“ in der Medizin und der Pflege definiert die systematische Erfassung und Bewertung des medizinischen und pflegerischen Zustandes der Patient:innen. Die Einschätzung wird in der Regel mit Score-Systemen durchgeführt.

Der Barthel Index ist ein Score zur Erfassung grundlegender physischer Alltagsfunktionen nach einer standardisierten Skala mit Wertung in 0-, 5-, 10- oder 15-Punkte-Schritten. Der Barthel Index erfasst die Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) (Mahouney, Barthel 1965). Der Barthel Index wurde in 22 von 35 Patientenakten dokumentiert.

Tabelle 34 Subkategorie Barthel-Index nach Mahouney und Barthel aus SPSS (eigene Darstellung)

Barthel-Index nach Mahouney und Barthel					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	13	37,1	37,1	37,1
	Ja	22	62,9	62,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Der Minimal-Mental Status Test ist ein einfacher und einfach anwendbarer, standardisierter Test zur orientierenden Feststellung kognitiver Defizite. Der höchste von Gesunden erreichbare Punktescore beträgt 30 Punkte. Unter 27 Punkten besteht der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung (Folstein et al. 1975). Der MMST wurde bei drei von 35 Patient:innen erhoben.

Tabelle 35 Subkategorie Mini-Mental-Status-Test (MMST) aus SPSS (eigene Darstellung)

Mini-Mental-Status-Test (MMST)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	32	91,4	91,4	91,4
	Ja	3	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Dokumentationshilfe Demenz (DemTect) ist ein Fremdbeurteilungsverfahren zum Screening und zur Diagnostik bei Demenz. Es umfasst fünf Aufgaben zu verbalem Gedächtnis, Wortflüssigkeit, intellektueller Flexibilität und Aufmerksamkeit. (Calabrese et al. 2000).

Tabelle 36 Subkategorie DemTect aus SPSS (eigene Darstellung)

Uhrentest (DemTect)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Nein	32	91,4	94,1	97,1
	Ja	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	34	97,1	100,0	
Fehlend	System	1	2,9		
Gesamt		35	100,0		

Die Glasgow Coma Scale (GCS) von Teasdale und Jenett (1974) ist eine international anerkannte Skala zur Beurteilung des Bewusstseinszustands in der Intensiv- und Notfallmedizin (Teasdale, Jenett 1974). Die GCS ist ein Assessment zur speziellen Einschätzung der Schwere einer Hirnfunktionsstörung. Sie dient Ärzten und Pflegepersonal als Einschätzungsinstrument bei der Verlaufsbeobachtung. Die GCS wird standardisiert im Notarztprotokoll erhoben. Dies erklärt die hohe Anzahl der Nennungen (n=23). Die Einschätzung erfolgt mittels standardisierter Überprüfung der Funktion des Augenöffnens, sowie motorischer und verbaler Patient:innenreaktionen (Larsen, 2016:866).

Tabelle 37 Subkategorie Glasgow Coma Scale aus SPSS (eigene Darstellung)

Glasgow-Coma-Scale (GCS)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	12	34,3	34,3	34,3
	Ja	23	65,7	65,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.8 Hauptkategorie Pflegediagnosen

In der Hauptkategorie „Pflegediagnosen“ wurden die Subkategorien nach den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) einschließlich der Pflegediagnosen nach Häufigkeiten ausgewertet. Die Lebensaktivitäten richten sich nach dem Pflegemodell „Modell des Lebens“ von Roper-Logan und Thierney (RLT) aus (Roper et al 2002). Die von RLT beschriebenen Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen sich auf Grundbedürfnisse und Tätigkeiten der Patient:innen. Die Ausprägung des Unterstützungsbedarfes durch die Pflege leitet sich von den ATLs ab (Roper et al 1992 zitiert nach Brandenburg, Dorschner 2008: 179). Das Modell bietet professionell Pflegenden den Rahmen, die Pflege individuell für die Patient:innen planen zu können (Roper et al 1992:114 zitiert nach Brandenburg, Dorschner 2008:179).

Die Pflegediagnose (PD) ist ein Klassifikations- und Ordnungsschema. Mit Hilfe der Pflegediagnose können Pflege- und Gesundheitsprobleme einheitlich dargestellt und benannt werden. In den Diakoniekliniken wird die Klassifikation der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) angewendet. Im Anhang sind die Pflegediagnosen Entlassungsmanagement mit dem Code „entl.“ und die Pflegediagnose Care Bundle kognitiv beeinträchtigt als Beispiel angefügt. Es wurden nicht alle Pflegediagnosen im Anhang angefügt, um die Seitenzahl zu begrenzen. Die Pflegediagnosen können eingesehen werden und werden in der Pflegepraxis in den Einrichtungen der Stiftung Kreuznacher Diakonie eingesetzt. Die detaillierte Ausführung der jeweiligen Pflegediagnosen würde den Rahmen

dieser Dissertation sprengen. Als Pflegeinterventionen werden alle direkten und indirekten pflegerischen Handlungen im Regelkreis des Pflegeprozesses bezeichnet. Ziel ist das Erreichen der ausformulierten Pflegeziele, die sich aus den Pflegediagnosen ableiten lassen. Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen werden regelmäßig evaluiert und angepasst. Die stetige Weiterentwicklung der PD obliegt den Pflegewissenschaftler:innen des Referats für Pflege und Pflegeentwicklung der Stiftung Kreuznacher Diakonie. Das Referat Pflege ist für die Einrichtungen im Saarland und in Rheinland-Pfalz sowohl in der stationären Krankenpflege, der Seniorenhilfe, als auch in der Behinderten- und Wohnungslosenhilfe zuständig.

Die händisch geführte Pflegedokumentation aus den Patientendokumenten wurde nach Sichtung nicht in die Auswertung einbezogen. Die Verwendung von Pflegediagnosen bildet den pflegerischen Bedarf eindeutig ab. Die ergänzend händisch geführte Pflegedokumentation zeigt ausgeprägte Schwächen in Ausdruck, Sprache und Schriftbild. Es fehlt die Zuordnung zum Datum und zum Schichteintrag. Es werden Stichworte zu Untersuchungen verwendet, die Schrift ist über große Textpassagen (bis zu einer halben Seite) nicht lesbar. Die händische Pflegedokumentation im Pflegebericht ist lückenhaft, häufig fehlen Dokumentationen über mehrere Tage hinweg, so dass eine Auswertung nicht zielführend ist, weil keine aussagekräftigen Ergebnisse generiert werden können. Die Ergebnisse der Auswertung der Pflegediagnosen wird schriftlich dargestellt. Einige Ergebnisse werden zur Veranschaulichung in Tabellen aus SPSS dargestellt.

6.8.1 Subkategorie ATL Atmen

Zu der Aktivität des täglichen Lebens, „dem ATL Atmen“ sind die Pflegediagnose „Standard/Pflegediagnose: Unwirksame Atemwegsclearance atm2 A“ zugeordnet. Diese PD beinhaltet das orale oder nasale Absaugen von Sekret aus den unteren Atemwegen. Ziele sind Sekret freie Atemwege, der freie Atemvorgang, sowie eine gut belüftete, Infekt freie Lunge.

Tabelle 38 Subkategorie ATL Atmen aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL - Atmen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	18	51,4	51,4	51,4
	Ja	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „unwirksame Atemwegsclearance Code atm2A“ wurde in 13 Fällen genannt. In 22 Fällen wurde kein Code dokumentiert.

Tabelle 39 Subkategorie Pflegediagnose unwirksame Atemwegsclearance aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose unwirksame Atemwegsclearance					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	22	62,9	62,9	62,9
	Code atm2A	13	37,1	37,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „unwirksamer Atemwegsvorgang Standard/Pflegediagnose atm1 A – F“ beschreibt Risikofaktoren, Ursachen und Merkmale, die zu einer unzureichenden Belüftung der Lungen führen, einschließlich der Maßnahmen zur Pneumonie-Prophylaxe.

Tabelle 40 Subkategorie Pflegediagnose unwirksamer Atemwegsvorgang aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose unwirksamer Atemvorgang					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	20	57,1	57,1	57,1
	Code atm1A	13	37,1	37,1	94,3
	Code atm1B	1	2,9	2,9	97,1
	Code atm1C u E	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Kein Code wurde in 20 Fällen dokumentiert. Mit 13 Nennungen war der Code „atm1A Risikoeinschätzung mit Hilfe einer Atemskala zur Erfassung des Pneumonie-Risikos“ der am häufigsten dokumentierte Code. Der Code „atm1B Atemübungen/Mobilisation/Lagerungen“ wurde in einem Fall genannt. In einem Fall wurden der Code „atm1C Sekretverflüssigung/Sekretlösung“ und „atm1E Unterstützung bei Dyspnoe“ gemeinsam codiert.

6.8.2 Subkategorie ATL Kommunizieren

Die Standard/Pflegediagnose „Care Bundle: Versorgung kognitiv beeinträchtigter Patient:innen“ beschreibt die Zusammenfassung unterschiedlicher Pflegeinterventionen. Die Maßnahmen beziehen sich auf beide Pflegediagnosen. Die PD Code „kogA Akute Verwirrtheit“ beschreibt das plötzliche Auftreten reversibler Bewusstseinsstörungen. Die PD „Code kogB“

bezeichnet die irreversible, progredient fortschreitende Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten.

Tabelle 41 Subkategorie ATL Kommunizieren aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL - Kommunizieren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	9	25,7	25,7	25,7
	Ja	26	74,3	74,3	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Insgesamt gab es insgesamt 13 Nennungen. Davon fielen drei Nennungen auf die Pflegediagnosen „Code kogA“ und zehn Nennungen auf „Code kogB“.

Tabelle 42 Subkategorie Pflegediagnose Care Bundle kognitiv beeinträchtigt aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Care Bundle kognitiv beeinträchtigt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Code	22	62,9	62,9	62,9
	kogA	3	8,6	8,6	71,4
	kogB	10	28,6	28,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Beeinträchtigte verbale Kommunikation“ beschreibt die fehlenden Fähigkeiten, verbale Daten zu empfangen, zu senden oder in einen sinnvollen Kontext zu bringen. Kennzeichen der Beeinträchtigung verbaler Kommunikation können beispielsweise die fehlende Aufmerksamkeit, Desorientierung, oder die Unfähigkeit, Gedanken in Sprache umzusetzen, sein. Im Rahmen neurologischer Erkrankungen liegen die Ursachen häufig in der Aphasie, der Dysphasie und in der Apraxie als Auswirkung einer neurologischen Schädigung. Es gab 15 Nennungen zur Pflegediagnose Wissensdefizit aus 35 Pflegedokumentationen.

Tabelle 43 Subkategorie Pflegediagnose beeinträchtigte verbale Kommunikation aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose beeinträchtigte verbale Kommunikation					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	20	57,1	57,1	57,1
	Code kom	15	42,9	42,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Wissensdefizit Code widef“ muss immer in einen Kontext zu einem Pflegestandard stehen. Beispielsweise könnten Wissensdefizite zum Thema Einhaltung der Basishygiene, wie z. B. bei vorhandenem Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung die Entstehung einer Wundinfektion begünstigen. Die PD Wissensdefizit ist definiert, durch ein Informationsdefizit oder die fehlende kognitive Fähigkeit, bestimmte Handlungen zu erfassen und umzusetzen. Zu der PD „Code widef“ gab es elf Nennungen in 35 Pflegedokumentationen.

Tabelle 44 Subkategorie Pflegediagnose Wissensdefizit aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Wissensdefizit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Code	24	68,6	68,6	68,6
	Code widef	11	31,4	31,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.8.3 Subkategorie ATL Ausscheiden

Die Aktivität des täglichen Lebens „Ausscheiden“ beschreibt die die Ausscheidungsfunktion im Hinblick auf die Harnausscheidung, sowie die Ausscheidung von Kot aus dem Darm.

Tabelle 45 Subkategorie ATL Ausscheiden aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL - Ausscheiden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	4	11,4	11,4	11,4
	Ja	31	88,6	88,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Auf die ATL-Ausscheidung fielen 31 Nennungen (n=31) in 35 Patient:innenakten.

Die Standard/Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung Code toi A-D“ beschreibt die Defizite in der Fähigkeit der Toilettenbenutzung in Abhängigkeit des Grades der Beeinträchtigung und dem Grad der Unterstützung durch die Pflegekraft.

Tabelle 46 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	8	22,9	22,9	22,9
	Code toiA	20	57,1	57,1	80,0
	Code toiC	4	11,4	11,4	91,4
	Code toiA u C	3	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Für die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung“ gab es insgesamt 27 Nennungen. Diese verteilen sich mit 20 Nennungen auf den Code toiA „Unterstützung bei der Benutzung des Steckbeckens, der Urinflasche und/-oder dem Wechsel der Inkontinenzschutzhose bzw. das Leeren des Katheterbeutels“. Vier Nennungen fielen auf den Code toiC „Begleitung zur Toilette“ und in drei Fällen wurden der Code toiA und toiC gemeinsam genannt. In acht Patientenakten wurde kein Code zum ATL-Ausscheiden dokumentiert. Auffallend ist, dass der Code toiB „Transfer auf den Toilettenstuhl“ in keiner der 35 Patientenakten codiert wurde und bei allen Codes das Funktionsniveau (Grad der Abhängigkeit) nicht angegeben wurde.

Zur Pflegediagnose „Obstipationsgefahr Code obpr A – H“ wurden 35 Patientenakten ausgewertet (s. Abb. 11). Die PD „Obstipationsgefahr“ beschreibt das Risiko einer unvollständigen oder verzögerten Stuhlpassage. In 20 Patientenakten wurde die PD nicht codiert. Die Pflegediagnose Code obprA „Umstellung der Ernährung“ ergab elf Nennungen. Die PD Code obpr B „Regelmäßige körperliche Aktivität und Bewegungsübungen“ ergab eine Nennung. Die PD Code obprC „Massage der Bauchdecke zur Anregung der Peristaltik (Colonmassage)“ ergab zwei Nennungen. Die PD Code obpr D „Anwendung von Sitzbädern zur Schmerzlinderung im Analbereich nach dem Stuhlgang“ wurde einmal codiert.

Tabelle 47 Subkategorie Pflegediagnose Obstipationsgefahr aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Obstipationsgefahr					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	20	57,1	57,1	57,1
	Code obprA	11	31,4	31,4	88,6
	Code obprB	1	2,9	2,9	91,4
	Code obprC	2	5,7	5,7	97,1
	Code obprD	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.8.4 Subkategorie ATL Essen und Trinken

Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens gehören die Pflegediagnosen, welche Bezug zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme haben.

Tabelle 48 Subkategorie ATL essen und trinken aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL – Essen und Trinken					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Nein	5	14,3	14,3	17,1
	Ja	29	82,9	82,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Zu den ATL Essen und Trinken gab es in 35 Patient:innenakten 29 Nennungen(n=29).

Die Standard/Pflegediagnose „Verdacht auf Mangelernährung Code mangelE, A - E“ bezieht sich auf den täglichen individuellen Nährstoffbedarf. Basis sind die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Mangelernährung geht mit dem Phänomen der eingeschränkten Lebensqualität und einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patient:innen einher.

Tabelle 49 Subkategorie Pflegediagnose Verdacht auf Mangelernährung Nutritional Risk Screening aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Verdacht auf Mangelernährung Nutritional Risk Screening					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	19	54,3	54,3	57,1
	Code mangelE,A	8	22,9	22,9	80,0
	Code mangelE,B	2	5,7	5,7	85,7
	Code mangelE,C	1	2,9	2,9	88,6
	Code mangelE,E	4	11,4	11,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die PD Code mangelE „Verdacht auf Mangelernährung“ wurde in 15 von 35 Fällen codiert. In 19 Fällen wurde kein Code dokumentiert. Der Code „mangelE, A“ beinhaltet die Durchführung des Screenings zur Erhebung der Ernährungssituation. Das eingesetzte Assessment ist das Nutritional Risk Screening nach Kondrup et al. 2003. Die PD Code „mangelE, B“ bezieht sich auf die Grundsätze einer adäquaten Unterstützung der individuellen Essgewohnheiten, der Bereitstellung von Ersatzmahlzeiten, der Sicherstellung einer ungestörten Atmosphäre beim Einnehmen der Mahlzeiten, sowie der Einleitung erweiterter Maßnahmen wie beispielsweise der Zugang zu Wunschkost, Ernährungsberatung oder Schlucktraining. Der Code „mangelE, B“ wurde zweimal dokumentiert. Die PD „Code mangelE, C“ bezieht sich auf die wöchentliche Gewichtskontrolle der Patient:innen und wurde einmal genannt. Die PD „Code mangelE, E“ Verabreichung von Trinknahrung bezieht sich auf die Notwendigkeit zur ergänzenden oder ausschließlichen Ernährung. Die Anordnung obliegt ausschließlich dem Arzt. Die PD Code „mangelE, E“ wurde viermal codiert.

Tabelle 50 Subkategorie Pflegeintervention Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	12	34,3	34,3	37,1
	Code dehydpr	22	62,9	62,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegeintervention Standard „Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits“ (Dehydrationsgefahr) Code „dehydr“ wurde insgesamt in 22 Fällen codiert. Diese Pflegediagnose beschreibt das Risiko eines intravaskulären, interstitiellen und/oder intrazellulären Flüssigkeitsmangels. Ergänzend zur PD „Dehydrationsgefahr“ wurde die Pflegeintervention Flüssigkeitsbilanz „Code bilanz“ in 17 von 35 Fällen codiert. Als Flüssigkeitsbilanz bezeichnet man die Gegenüberstellung der Zufuhr (Einfuhr) und der Ausscheidung (Ausfuhr) von Flüssigkeiten innerhalb von 24 Std.

Tabelle 51 Subkategorie Pflegeintervention Flüssigkeitsbilanz aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention Flüssigkeitsbilanz					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	18	51,4	51,4	51,4
	Ja	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Der Standard/Pflegeplan „Pflege eines Patienten mit Ernährungssonde“ - transnasale Sonde oder perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) Code „pflpeg“ wurde in dreizehn von 35 Fällen codiert. Der Standard/Pflegeplan bezieht sich auf ein Bündel von Pflegediagnosen.

Tabelle 52 Subkategorie Pflege eines Patienten mit Ernährungssonde aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Pflege eines Patient:innen mit Ernährungssonde					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	22	62,9	62,9	62,9
	Code pflpegA	4	11,4	11,4	74,3
	Code pflpegB	9	25,7	25,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Im Standard/Pflegeplan fallen vier Codierungen auf die PD Code pflpeg A „der Pflege von Patient:innen mit einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie“ und 9 Codierungen auf den Code pflpeg B „Pflege von Patient:innen mit einer transnasalen Sonde“. Keine Codierung wurde in 22 Fällen angegeben. Die PD „Pflege eines Patienten mit Ernährungssonde“ beschreibt neben der Behandlungspflege auch die psychosozialen Auswirkungen der Ernährungssonde auf die Patient:innen und deren Angehörige.

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit Essen und Trinken Code estrH Grad I - IV wurde in 18 von 35 Fällen (s. Abb.13) codiert. Die PD „estrH“ beschreibt den Grad der Beeinträchtigung im Rahmen der selbstständigen Nahrungsaufnahme. Kein Code wurde in 16 Fällen angegeben und in einem Fall wurden keine Angaben zu Defiziten bei der Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme gemacht. Die PD Code estrH Grad I, „braucht Hilfsmittel“ erfolgte bei 14 Nennungen. Die PD Code estrH Grad II „braucht Anleitung/Überwachung“ wurde einmal codiert. Die PD Code estrH Grad III „braucht Hilfsmittel und Unterstützung durch eine Person“ wurde einmal codiert. Zwei Nennungen erfolgten bei der PD estrH Grad IV „vollständige Abhängigkeit von direkter Hilfe und/oder direkte Hilfe durch zwei Personen“.

Tabelle 53 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Nahrungsaufnahme

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Nahrungsaufnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	16	45,7	45,7	48,6
	Code estrH Grad I	14	40,0	40,0	88,6
	Code estrH Grad II	1	2,9	2,9	91,4
	Code estrH Grad III	1	2,9	2,9	94,3
	Code estrH Grad IV	2	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Schluckstörung“ mit dem Code „schlst“ wurde in 17 von 35 Fällen codiert. Die PD Code „schlst“ beschreibt die Funktionsstörungen im Kontext struktureller oder funktioneller Veränderungen der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre, sowie die funktionellen Störungen des Schluckaktes. Dies beinhaltet auch die Durchführung des Schlucktrainings und des Dysphagie-Screenings.

Tabelle 54 Subkategorie Pflegediagnose Schluckstörung aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Schluckstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	18	51,4	51,4	51,4
	Code schlst	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.8.5 Subkategorie ATL sich pflegen und kleiden

Die Lebensaktivitäten „sich pflegen und kleiden“ beschreiben den Unterstützungsbedarf der Patient:innen bei der Durchführung der Grundpflege. Zu prüfen ist, ob die Unterstützung dauerhaft oder nur über einen bestimmten Zeitraum benötigt wird und welcher Grad an Unterstützung und Hilfestellung angezeigt ist. Dabei ist zu beachten, dass die Patient:innen entsprechend ihren Fähigkeiten und Ressourcen die Aktivität selbst durchführen. Die Auswertung bezieht sich jeweils auf insgesamt 35 Pflegedokumentationen.

Tabelle 55 Subkategorie Pflegediagnose ATL sich pflegen und kleiden aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL - sich pflegen und kleiden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Nein	7	20,0	20,0	22,9
	Ja	27	77,1	77,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit sich kleiden“, Code „kleid“ beschreibt die beeinträchtigte Fähigkeit, die Aktivitäten des Kleidens selbstständig auszuführen und abzuschließen. In 20 Fällen erfolgte die Nennung Code „kleid“, kein Code wurde in 13 Fällen dokumentiert. In zwei Pflegedokumentationen wurde keine Angabe gemacht.

Tabelle 56 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit sich kleiden aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit sich kleiden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	2	5,7	5,7	5,7
	Kein Code	13	37,1	37,1	42,9
	Code kleid	20	57,1	57,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bezüglich Intimpflege“ Code „intim“, beschreibt die Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aktivität des Waschens im Rahmen der Körperpflege oder der Reinigung nach der Toilettenbenutzung selbstständig durchzuführen. Die PD Code „intim“ wurde in 20 Fällen genannt. Kein Code erfolgte in dreizehn Fällen und in zwei Pflegedokumentationen wurde keine Angabe gemacht.

Tabelle 57 Subkategorie Selbstversorgungsdefizit bezüglich Intimpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Intimpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	2	5,7	5,7	5,7
	Kein Code	13	37,1	37,1	42,9
	Code intim	20	57,1	57,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bezüglich Mundpflege, Zahnpflege, Zahnprothesenpflege Code mund1“ beschreibt die Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten, die hygienische Mundpflege selbstständig durchzuführen. Code mund1 erfolgte in 24 Nennungen. Kein Code wurde in 10 Pflegedokumentationen angegeben und in einer Patientenakte wurde keine Angabe gemacht.

Tabelle 58 Subkategorie Pflegediagnose bezüglich Mund-Zahn-Prothesenpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Mund– Zahn-Prothesenpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	10	28,6	28,6	31,4
	Code mund1	24	68,6	68,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nasenpflege Code naspfl“ beschreibt die Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Reinigung des Naseneingangs selbstständig durchzuführen. Der Code naspfl wurde in 17 Pflegedokumentationen codiert. In 17 Fällen wurde kein Code genannt. In einem Fall erfolgte keine Angabe.

Tabelle 59 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nasenpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nasenpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Keine Code	17	48,6	48,6	51,4
	Code naspfl	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bezüglich Hautpflege“ Code „haut1“ beschreibt die Beeinträchtigung der Fähigkeit, eine bedürfnisorientierte Hautpflege durchzuführen. Die PD Code „haut1“ wurde in 17 Pflegedokumentationen codiert. Bei 17 Pflegedokumentationen erfolgte kein Code und in einem Fall wurde keine Angabe gemacht. Zu der PD „haut1“ ist die aktuelle Übersicht über die derzeit verfügbaren Pflegeprodukte für die Hautpflege angefügt.

Tabelle 60 Subkategorie Selbstversorgungsdefizit bezüglich Hautpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Hautpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	17	48,6	48,6	51,4
	Code haut1	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nagelpflege“ Code „nagel“ beschreibt die Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Finger- und Fußnagelpflege durchzuführen. Die PD „Code nagel“ wurde in 17 Pflegedokumentationen codiert. Bei 17 Pflegedokumentationen erfolgte kein Code und in einem Fall wurde keine Angabe gemacht.

Tabelle 61 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nagelpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Nagelpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	17	48,6	48,6	51,4
	Code nagel	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bezüglich Augenpflege „Code augpfl“ beschreibt die Beeinträchtigung der Fähigkeit, Augenpflege durchzuführen und mit Brille, Kontaktlinsen oder Augenprothesen umzugehen. Die PD Code „augpfl“ wurde in 17 Pflegedokumentationen codiert. Bei 17 Pflegedokumentationen erfolgte kein Code und in einem Fall wurde keine Angabe gemacht.

Tabelle 62 Subkategorie Pflegediagnose Selbstpflegedefizit bezüglich Augenpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Augenpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	17	48,6	48,6	51,4
	Code augpfl	17	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit Körperpflege“ Code „kö Grad I - V“ wurde in 21 von 35 Fällen codiert. Die Pflegediagnose beschreibt die Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aktivität der Grundpflege selbstständig durchzuführen. Der Grad an Unterstützung durch die Pflegekraft wird nominal von Grad 0 = keine direkte Hilfe erforderlich bis Grad IV = Vollständige Abhängigkeit von direkter Hilfe und/oder direkte Hilfe durch zwei Personen. Die PD Code „kö Grad I = braucht Hilfsmittel oder Gerät“ wurde nicht codiert.

Tabelle 63 Subkategorie Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Körperpflege aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Körperpflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	13	37,1	37,1	40,0
	Code kö Grad I	14	40,0	40,0	80,0
	Code kö Grad II	2	5,7	5,7	85,7
	Code kö Grad III	3	8,6	8,6	94,3
	Code kö Grad IV	2	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die basale Stimulation ist ein Konzept für Personen, die in der Kommunikation und in ihrer Wahrnehmung stark beeinträchtigt sind. In den unterschiedlichen basal stimulierenden Körperwaschungen steht nicht die Grundpflege im Vordergrund. Vielmehr soll den Patient:innen über ein Angebot sensorischer Reize die Körperwahrnehmung gefördert werden (Bienstein, Fröhlich 2016). Die Pflegeintervention „basal stimulierende Körperwaschung“ unterteilt sich in „A. Anregende oder belebende Waschung“, „B. Beruhigende Waschung“, „C. Waschung nach Bobath bei Halbseitenlähmung und neurologischen Ausfällen“ und „D Basal stimulierende Ganzkörperwaschung“. In 35 Pflegedokumentationen wurde die PS basal „stimulierende Körperwaschung“ insgesamt 16-mal codiert. Davon fielen 10 Nennungen auf den Code „basalA“, 3 Nennungen auf den Code „basalB“, 2 Nennungen auf den Code „basalC“ und 1 Nennung auf den Code „basalD“.

Tabelle 64 Subkategorie Pflegeintervention basal stimulierende Körperwaschung aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention basal stimulierende Körperwaschung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	18	51,4	51,4	54,3
	Code basalA	10	28,6	28,6	82,9
	Code basalB	3	8,6	8,6	91,4
	Code basalC	2	5,7	5,7	97,1
	Code basalD	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.8.6 Subkategorie ATL sich bewegen

Den Aktivitäten des täglichen Lebens sind Bewegung und der Erhalt physiologischer Bewegung zugeordnet. Dem ATL „sich bewegen“ konnten insgesamt 31 Nennungen zugeordnet werden.

Tabelle 65 Subkategorie ATL sich bewegen aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL sich bewegen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Nein	3	8,6	8,6	11,4
	Ja	31	88,6	88,6	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Gefahr einer peripheren vaskulären Störung“ Code „thrpr A-H“ behandelt die Risikofaktoren für eine Thrombose. Die Risikofaktoren für eine Thrombose wirken über die ungünstige Veränderung eines oder mehrerer Faktoren (= Virchowsche Trias): Verlangsamung des Blutstromes, Veränderung der Gefäßwände und Erhöhung der Blutgerinnung. Die Gefahr einer neurovaskulären Störung bedeutet, das Risiko einer Unterbrechung der Durchblutung, Sensibilität und der Bewegungsfreiheit einer Extremität, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Der Code „thrprA“ „Anleitung und Durchführung von Bewegungsübungen“ wurde 12-mal genannt. Der Code „thrprC“ „Integration passiver Bewegungsübungen“ erhielt eine Nennung, der Code „thrprD“ „Entstauende Lagerung“ wurde einmal codiert, ebenso der Code „thrprE“ „Ausstreichen der Venen“ und der Code „thrprG“ „Kompressionsverband mit elastischen Binden je nach ärztlicher Anordnung“. Elf Nennungen gab es zum Code „thrprH2“ „Medikamentöse Therapie“ und in einem Fall wurden der Code „thrpr A“ und „thrprH“ zusammen codiert.

Tabelle 66 Subkategorie Pflegediagnose Gefahr einer neurovaskulären Schädigung aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Gefahr einer neurovaskulären Schädigung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	6	17,1	17,1	20,0
	Code thrprA	12	34,3	34,3	54,3
	Code thrprC	1	2,9	2,9	57,1
	Code thrprD	1	2,9	2,9	60,0
	Code thrprE	1	2,9	2,9	62,9
	Code thrprG	1	2,9	2,9	65,7
	Code thrprH	11	31,4	31,4	97,1
	Code thrprA und H	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Maßnahmen des Bobath Konzeptes beruhen auf der Theorie, dass die Funktionen verloren gegangener Hirnabschnitte durch andere, gesund gebliebene Areale teilweise übernommen werden. Das Bobath Konzept wurde von Dr. Karl Bobath und seiner Frau Berta (Bobath 1943) als Lösungsansatz bei motorischen Einschränkungen, Spastizität und Gleichgewichtsstörungen entwickelt (Bobath 1943)

Tabelle 67 Subkategorie Pflegediagnose Bobath Konzept Grundlagen aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Bobath Konzept Grundlagen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	21	60,0	60,0	60,0
	Code bobath1	14	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Bobath Konzept Grundlagen“ mit dem Code „bobath1“ wurde in 14 von 35 Pflegedokumentationen identifiziert. In 21 von 35 Fällen wurde kein Code zu PD Bobath Konzept codiert. Die Pflegediagnose „Lagerung nach dem Bobath Konzept“ wurde in 14 von 35 Pflegedokumentationen angegeben. Die therapeutisch-aktivierende Methode versteht sich als ein ganzheitliches Konzept, das sowohl die Defizite als auch die Ressourcen des/der Patient:innen im sensorischen und motorischen, sowie im perzeptiven (Wahrnehmung erzeugend) und im adaptiven (auf Anpassung beruhend) Verhalten berücksichtigt.

Tabelle 68 Subkategorie Pflegeintervention nach dem Bobath Konzept aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention nach dem Bobath Konzept					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	21	60,0	60,0	60,0
	bobath2A	12	34,3	34,3	94,3
	Code bobath2B	1	2,9	2,9	97,1
	Code bobath2C	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Pflegeintervention nach dem Bobath Konzept“ Code „bobath2“ (insgesamt 14 Codierungen) basiert auf der Beeinträchtigung in der sensorischen und motorischen Reaktion, der kortikalen Repräsentation und räumlichen Wahrnehmung des Körpers (Neglect-halbseitige Vernachlässigung) und des direkten Patientenumfeldes. Ziel ist die Stimulation und Wahrnehmungsförderung des Körperschemas. Code „bobath2A“ „Sitzen auf einem Stuhl am Tisch“ wurde 12-mal codiert. Für „bobath2B“ „Lagerung auf der betroffenen Seite“ gab es 1 Nennung, für „bobath2C“ „Lagerung auf der nicht betroffenen Seite“ gab es 1 Nennung.

Tabelle 69 Subkategorie Pflegediagnose beeinträchtigte körperliche Mobilität aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose beeinträchtigte körperliche Mobilität					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	2	5,7	5,7	5,7
	Kein Code	8	22,9	22,9	28,6
	Code mobilA	8	22,9	22,9	51,4
	Code mobilC	6	17,1	17,1	68,6
	Code mobilA und B	3	8,6	8,6	77,1
	Code mobilA und D	7	20,0	20,0	97,1
	Code mobilA und C	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „beeinträchtigte körperliche Mobilität“ Code „mobil A – D“ bezieht sich auf der Einschränkung der unabhängigen, zielgerichteten Bewegung des Körpers oder von einer oder mehreren Extremitäten (AG Pflegeentwicklung, 2018). Die Codes „mobilA“ „Transfer“ und „mobilC“ „Durchbewegen der großen Gelenke“ zusammen wurden in einem Fall codiert. Die

Codes „mobilA“ „Transfer“ und „mobilD“ „Instruktion zur sichern Bewegung, Gehtraining“ wurden gemeinsam in 7 Fällen codiert. Die Codes „mobilA Transfer“ und „mobilB“ „Anlegen von Orthesen, Stützkorsagen etc“. wurden gemeinsam in 3 Fällen codiert. Auf den Code „mobilC“ „Durchbewegen der großen Gelenke“ fielen 6 Nennungen und auf den Code „mobil A Transfer“ 8 Nennungen.

Die Pflegeintervention „Förderung von physiologischer Bewegung“ wurde in 14 von 35 Patientendokumentation codiert. Kein Code erfolgte in 20 Patientendokumentationen und in einer Dokumentation fand sich keine Angabe zu beschriebenen Pflegeintervention.

Tabelle 70 Subkategorie Pflegeintervention Förderung von physiologischer Bewegung aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention Förderung von physiologischer Bewegung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	20	57,1	57,1	60,0
	Code bobath3A	10	28,6	28,6	88,6
	Code bobath3B	2	5,7	5,7	94,3
	Code bobath3C	1	2,9	2,9	97,1
	Code bobath3D	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegeintervention „Förderung von physiologischer Bewegung“ „Code bobath3, A – C“ basiert auf der Pflegediagnose „Beeinträchtigte körperliche Mobilität“. Ziel ist das Wiedererlangen der physiologischen motorischen Bewegungsabläufe. Die Pflegediagnose Code „bobath3C“ „Transfer in den Stuhl“ wurde 1-mal genannt. Der Code „bobath3B“ „Mobilisation an die Bettkante grundsätzlich über die betroffene Seite“ wurde 2-mal genannt. Für den Code „bobath3A“ „Mobilisation im Bett“ gab es 10 Nennungen.

6.8.7 Subkategorie ATL sich sicher fühlen und verhalten

Die Subkategorie „sich sicher fühlen und verhalten“ beschreibt mehrere Pflegediagnosen. Ziel ist die Vermeidung unerwünschter kritischer Ereignisse und pflegerischer Behandlungsfehler. Dazu gehört die Verhinderung nosokomialer Infektionen und die Verhinderung von Pflegefehlern die negative Konsequenzen für die Patient:innen haben.

Tabelle 71 Subkategorie ATL sich sicher fühlen und verhalten aus SPSS (eigene Darstellung)

ATL – sich sicher fühlen und verhalten					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	3	8,6	8,6	8,6
	Ja	32	91,4	91,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegeintervention „Verabreichen von Arzneimitteln“ umfasst die Gruppe der lokalen und systemisch enteralen Arzneimittel.

Tabelle 72 Subkategorie ATL sich sicher fühlen und verhalten aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention Verabreichen von Arzneimitteln					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	3	8,6	8,6	8,6
	Code medi	32	91,4	91,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Verordnung von Arzneimitteln, die Aufklärung des Patienten sowie die Verlaufsbeobachtung obliegt stets dem Arzt. Die Pflegekraft ist verantwortlich für die Verabreichung der Medikation (Durchführungsverantwortung) und die zeitnahe Dokumentation der Verabreichung sowie die Patientenbeobachtung. Code 2medi“ wurde in 32 Pflegedokumentationen codiert.

Die Pflegediagnose „Infektionsgefahr der Harnblase“ beinhaltet Maßnahmen zur Zystitis Prophylaxe und wurde mit dem Code „zyst“ 14-mal codiert. Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten nosokomialen Infektionen. Jede transurethrale Instrumentation kann eine aufsteigende, hämatogene und/oder lymphogene Infektion zur Folge haben. Eine Urosepsis führt auch heute noch bei 10 % der Fälle zum Tode. Ein transurethraler Blasenverweilkatheter sollte deshalb nur nach strenger medizinisch begründeter und ärztlich angeordneter Indikation gelegt werden. Unnötige Anwendungen sind zu vermeiden. Die Liegedauer ist auf ein erforderliches Minimum zu beschränken. Nosokomiale Harnwegsinfektionen haben nicht nur eine individuelle, sondern auch sozio-ökonomische Bedeutung, da sie zusätzliche Behandlungskosten erzeugen (RKI, 2015)

Tabelle 73 Subkategorie Pflegediagnose Gefahr der Infektion der Harnblase aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Gefahr der Infektion der Harnblase					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	21	60,0	60,0	60,0
	Code zyst	14	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Infusionstherapie peripherer Zugang“ Code „infperipher“ ist eine medizinische Maßnahme. Die Durchführung dieser ärztlichen Tätigkeit kann an das Pflegepersonal delegiert werden. Der Code „infperipher“ wurde in 32 Pflegedokumentationen codiert.

Tabelle 74 Subkategorie Pflegediagnose Infusionstherapie peripherer Zugang aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Infusionstherapie peripherer Zugang					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	3	8,6	8,6	8,6
	Code infperipher	32	91,4	91,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

In einem Fall wurde die Pflegediagnose Infusionstherapie über einen Port Code „port“ codiert. Die Punktion des Ports ist grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit. Die Delegation der Durchführung kann unter bestimmten Voraussetzungen an das Pflegepersonal delegiert werden. Die Vor- und Nachbereitung sowie die Versorgung ist eine pflegerische Tätigkeit.

Tabelle 75 Subkategorie Pflegediagnose Infusionstherapie Port aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Infusionstherapie Port					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	34	97,1	97,1	97,1
	Code port	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Pflegeintervention - subkutane Injektion“ Code „inj2“ wurde 28-mal genannt. Als subkutane Injektion wird das Einspritzen einer wässrigen, isotonischen Injektionslösung bis 5 ml in die Unterhaut (Subcutis-Schicht unterhalb der Epidermis und der Lederhaut) bezeichnet. Die Handlungskompetenz für die Durchführung erwerben Pflegekräfte durch ihre dreijährige Ausbildung und übernehmen die Handlung auf Anordnung durch den Arzt.

Tabelle 76 Subkategorie Pflegeintervention subkutane Injektion aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention subkutane Injektion					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Code	2	5,7	5,7	5,7
	Kein Code	5	14,3	14,3	20,0
	Code inj2	28	80,0	80,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose Pflegeintervention „Infusionstherapie Zentralvenöser Katheter (ZVK)“ Code „infzvk“ wurde in acht Pflegedokumentationen codiert. Ein ZVK bietet die Möglichkeit über einen dauerhaften, sicheren venösen Zugang in einem großen zentralvenösen Gefäß kontinuierlich hochwirksame Medikamente und hochkalorische Infusionslösungen zu applizieren. Die PD Code „infzvk“ beinhaltet die Assistenz beim Legen des ZVK sowie die Durchführung der Infusionstherapie, die sichere Fixierung und hygienische Pflege des Katheters einschließlich der Lagekontrolle.

Tabelle 77 Subkategorie Pflegeintervention Infusionstherapie ZVK aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention Infusionstherapie ZVK					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	26	74,3	74,3	77,1
	Code infzvk	8	22,9	22,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die „Pflegediagnose, Pflegeintervention Entlassungsmanagement“ (s. Anlage 10 / Tabelle 78) Code „entl“ wurde aufgrund des nationalen Expertenstandards im Diakoniekrankenhaus Bad Kreuznach entwickelt. Der Code „entl“ wurde in 20 Pflegedokumentationen codiert. Das Entlassungsmanagement betrifft die Berufsgruppe der Pflege im interprofessionellen Team.

Patient:innen mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf wird ein individuelles Entlassungsmanagement angeboten. Ziel ist die Vermeidung von Versorgungseinbrüchen sowie die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung bei der Überleitung in das häusliche Umfeld oder in den nachgeordneten Sektor.

Tabelle 78 Subkategorie Pflegediagnose Entlassungsmanagement aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Entlassungsmanagement					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angabe	3	8,6	8,6	8,6
	kein Code	12	34,3	34,3	42,9
	Code entl	20	57,1	57,1	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Schmerz akut“ „Code schmerz“ wurde in 18 Pflegedokumentationen codiert. Die Pflegediagnose wurde aufgrund der Implementierung des nationalen Expertenstandards im Diakoniekrankenhaus Bad Kreuznach entwickelt. Schmerzen beeinflussen das physische, psychische und soziale Befinden und somit die Lebensqualität der Patient:innen. Die Pflegediagnose „Code schmerz“ findet auf alle Patient:innen mit akuten Schmerzen, schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen im Krankenhaus Anwendung.

Tabelle 79 Subkategorie Pflegediagnose Schmerz akut aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Schmerz akut					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Angabe	1	2,9	2,9	2,9
	Kein Code	16	45,7	45,7	48,6
	Code schmerz	18	51,4	51,4	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Aspirationsgefahr“ Code „aspr A – B“ wurde mit dem Code „asprB“ insgesamt 14-mal codiert. Die Pflegediagnose bezieht sich auf das Risiko, dass feste oder flüssige Stoffe und/oder Sekrete aus dem Magen-Darm-Trakt oder dem Mund-Rachen-Raum in die Trachea oder die Bronchien gelangen. Die PD Code „asprB“ bezieht sich auf die Sicherheitsvorkehrungen beim Verabreichen von Nahrung und Flüssigkeit. Ggf. ist ein/eine Logopäde/in zur Erstabklärung hinzuzuziehen.

Tabelle 80 Subkategorie Pflegediagnose Aspirationsgefahr aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Aspirationsgefahr					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Code	21	60,0	60,0	60,0
	Code asprB	14	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose Pflegeintervention Aromatherapie Code aroma 1 - 5 bezieht sich auf den Einsatz von Aromaölen in der Pflege und ist als unterstützende Maßnahme zur Linderung von Beschwerden und der Förderung des Wohlbefindens zu verstehen.

Tabelle 81 Subkategorie Pflegediagnose Aromatherapie aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegeintervention Aromatherapie					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Code	25	71,4	73,5	73,5
	aroma1 A-C	3	8,6	8,8	82,4
	aroma2 A-C	1	2,9	2,9	85,3
	aroma3	2	5,7	5,9	91,2
	aroma5 A u B	3	8,6	8,8	100,0
	Gesamt	34	97,1	100,0	
Fehlend	System	1	2,9		
Gesamt		35	100,0		

Die PD Code „aroma1 A-C“ wurde 3-mal codiert und beschreibt mit 1 = Waschung, 1A = Ganz- oder Teilwaschung, 1 B = Basal stimulierende Waschung, 1C = Fußbad. Die PD Code aroma2 A-C wurde 1-mal codiert. 2 = Massage, 2A = Hand/Fußmassage, 2B = Unterarmmassage, 2C = Abdomen. Der Code aroma3 wurde 2-mal codiert und beschreibt die Anwendung von Duftkompressen neben dem Kopfkissen oder an der Kleidung. Der Code „aroma5 A-B“ wurde in 3 Pflegedokumentationen codiert. Der Code beschreibt die Intertrigo-/Mazerations-/Mykosen-Prophylaxe mit Inguinol-Öl oder die Hautberuhigung bei Puritis/allergischem Juckreiz mit Zedern- oder Lavendelöl.

Die Pflegediagnose „Gefahr einer Hautschädigung“ Code „haut2 A – N“ bezieht sich auf die Vermeidung von Druckgeschwüren (Dekubitus). Ein Dekubitus bedeutet für die Betroffenen schwerwiegende Einschränkungen in der Lebensqualität und der Gesundheit. Ein Dekubitus wird in Anlehnung an den nationalen Expertenstandard definiert als „...ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Schwerkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind, deren Bedeutung aber noch zu klären ist...“ (NPUPAP/EPUAP 2014). Codiert wurde in 13 Pflegedokumentationen der Code „haut2A“ = Einschätzung und Dokumentation beeinflussender Faktoren mit Hilfe der Pflegeanamnese und der Krankenbeobachtung. Der Code „haut2C“ = allergische Reaktion und/ oder Juckreiz wurde 1-mal codiert. Der Code haut2E = Empfindliche Haut durch Kortison oder Erkrankungen wie Diabetes mellitus wurde 1-mal codiert. Der Code „haut2G“ = Mechanische Irritation der Schleimhaut z. B. durch einen liegenden Blasenkatheter wurde 2-mal codiert.

Tabelle 82 Subkategorie Pflegediagnose Gefahr einer Hautschädigung aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Gefahr einer Hautschädigung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	18	51,4	51,4	51,4
	Code haut2A	13	37,1	37,1	88,6
	Code haut2C	1	2,9	2,9	91,4
	Code haut2E	1	2,9	2,9	94,3
	Codehaut2G	2	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Entscheidungshilfe Wundauflagen“ Code „haut3“ wurde insgesamt 14-mal codiert. Die PD code „haut3“ stellt eine Empfehlung unterschiedlicher Wundauflagen zur Behandlung unterschiedlicher Wunden und Wundstadien dar.

Tabelle 83 Subkategorie Pflegediagnose Entscheidung Wundauflage aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Entscheidungshilfe Wundauflage Standard haut3					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	21	60,0	60,0	60,0
	Code haut3	14	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Pflegediagnose „geschädigte Mundschleimhaut“ Code „mund2 A – H“ bezieht sich auf eine Schädigung der Lippen und/oder des weichen Gewebes der Mundhöhle. Die PD Code „mund2E“ = Bildung von Borken und Borken Lösen mit Bepanthenlösung® wurde 1-mal codiert. Die PD Code „mund2B“ = Rhagaden, Eincremen der Lippen/ Mundwinkel mit Bepanthenalbe® wurde 1-mal codiert. 11-mal wurde der Code „mund 2A“ = Mundtrockenheit, Feuchte Mundschleimhaut fördern mit Mundpflegemittel genannt.

Tabelle 84 Subkategorie Pflegediagnose geschädigte Mundschleimhaut aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose geschädigte Mundschleimhaut					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	22	62,9	62,9	62,9
	Code mund2A	11	31,4	31,4	94,3
	Code mund2B	1	2,9	2,9	97,1
	Code mund2E	1	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

Die Pflegediagnose „Sturzgefahr“ Code „sturzpr A-B“ (s. Anlage 9) bezieht sich auf das Risiko der erhöhten Anfälligkeit für Sturzereignisse, die zu körperlichen Schäden führen können. Die PD „Code sturzprA“ = Einschätzung des individuellen Sturzrisikos, gezielte Beratung, Anleitung und Erkennen von Risikofaktoren wurde 4-mal codiert. Die PD „Code sturzprB“ = Information und Orientierung in der Umgebung/ Mobilisation sicher gestalten wurde 21-mal und stets in der Kombination mit Code „sturzprA“ codiert.

Tabelle 85 Subkategorie Pflegediagnose Sturzgefahr aus SPSS (eigene Darstellung)

Pflegediagnose Sturzgefahr					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Code	10	28,6	28,6	28,6
	Code sturzprA	4	11,4	11,4	40,0
	Code sturzprA u B	21	60,0	60,0	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

6.9 Diskussion der Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse

Insgesamt wurden 35 Patientenakten analysiert. Gründe für die geringe Anzahl der Einwilligungen finden sich in der fehlenden Einwilligung durch die vulnerable Patient:innengruppe. Im Rahmen der informierten Einwilligung kommunizieren viele Patient:innen ganz klar, sie schämen sich für ihre Erkrankung. Sie geben an, sie möchten nicht, dass andere Personen außer Ärzten und Pflegekräften Einsicht in ihre Krankenakte erhalten. Sie fühlen sich durch die Erkrankung stigmatisiert. Neurologische Krankheitsbilder werden von Betroffenen beschrieben mit „verrückt sein“ oder „behindert sein“. Die Aufnahme auf einer Schlaganfall-Station bedeutet für Patient:innen und ihre Angehörigen eine emotionale Ausnahmesituation. Einige Personen wirkten überfordert mit der Anfrage zur Einwilligung für die Dokumentenanalyse, so dass die Untersucherin die Aufklärung aus ethischen Gesichtspunkten abbrechen musste. Die Patient:innengruppe ohne Angehörige, die durch einen Berufsbetreuer vertreten wird, wurde aus der Untersuchung ausgeschlossen. Kein Berufsbetreuer gab die Einwilligung in die Dokumentenanalyse.

Aus der Dokumentenanalyse können der zukünftige Pflegebedarf und das zukünftige Setting im nachsorgenden Sektor eingeschätzt werden. Wie bereits in der qualitativen Untersuchung, besteht die methodische Limitation der vorliegenden Untersuchung darin, dass die Patient:innengruppe, die von hauptberuflichen Berufsbetreuern vertreten wird, aus der Untersuchung ausgeschlossen wurde. Grund ist das fehlende Einverständnis der Berufsbetreuer. Im Gegensatz zu den Leitfadeninterviews wird in der Dokumentenanalyse nur die Überleitung in den folgenden Sektor betrachtet. Insgesamt ist die Anzahl der analysierten Krankenakten mit 35 von 195 zu klein, verallgemeinernde Ergebnisse abzuleiten. Aus diesen Gründen können die Ergebnisse nicht generalisierbar angewendet werden. Die quantitativen Anforderungen aus dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DQNP, 2019) konnten durch die vorliegende Untersuchung zu Anforderungen und Versorgungseinbrüchen im Entlassungsmanagement jedoch vertieft betrachtet werden. Die

Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse können vor dem Hintergrund der Anforderungen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DQNP, 2019) diskutiert werden.

Festzustellen ist, dass die Art der Einweisung (Tabelle 11) und die Erstdiagnose durch den Rettungsdienst (Tabelle 12) keinen Bezug zum endgültigen Austrittsort darstellen. Der Schlaganfall wird grundsätzlich als Notfall eingestuft und dementsprechend häufig ist die Einweisungsart als Notfall durch den Notarzt oder den Rettungsdienst (Verdacht auf TIA, ICB, Apoplex 65,7 %). Genauso wenig konnte ein Bezug zwischen der Hauptdiagnose (DRG) und der Einschätzung oder dem endgültigen Austrittsort nachgewiesen werden.

Einen erheblichen Einfluss auf die Ersteinschätzung und den endgültigen Austrittsort haben das bestehende Setting und der individuelle Pflegebedarf bei der Aufnahme, unabhängig von der Hauptdiagnose. Die Sozialanamnese (Tabelle 17) zeigt analog zu dem bestehenden Setting (Tabelle 13) eine hohe Ausprägung in Bezug auf die Versorgungssituation im sozialen Umfeld. In 19 Fällen (54,3 %) wurden die Patient:innen (n=19) bei dem Item „Setting bei Aufnahme“ (Tabelle 13) mit der Nennung „lebt zu Hause ohne fremde Hilfe“ genannt. Bei dem Item „Einschätzung des Austrittsorts“ (Tabelle 18) waren es in dieser Gruppe 13 Patient:innen (n=13), (37,1 %). Die Entscheidung für den „endgültigen Austrittsort“ (Tabelle 19) wurde mit 12 Patient:innen (n=12) (34,3 %) genannt. Das Setting bei Aufnahme identifiziert bei der Patientenaufnahme 11 Patient:innen (n=11), (31,4 %) die zu Hause leben und von Angehörigen unterstützt werden. Bei der Einschätzung des Austrittsortes sind es 5 Patient:innen (n=5), (14,3 %). Die endgültige Entscheidung für den Austrittsort „Entlassung nach Hause mit Unterstützung durch Angehörige“ lag bei 6 Patient:innen (n=6), (8,6 %).

Bei der Aufnahme wurden zwei Patientinnen (5,7 %) zu Hause durch den ambulanten Pflegedienst unterstützt. In der Einschätzung zum Austrittsort erfolgten bei diesem Item zwei Nennungen (n=2), (5,7 %). Die endgültige Entscheidung für den Austrittsort „nach Hause mit Unterstützung durch die ambulante Pflege“ lag bei drei Patient:innen (n=3), (8,6 %). Zwei Patient:innen (n=2), (5,7 %) wurden aus der stationären Langzeitpflege aufgenommen. In der Einschätzung zum geplanten Austrittsort wurde die stationäre Langzeitpflege mit vier Nennungen (n=4), (11,4 %) angegeben. In drei Fällen wurde der endgültige Austrittsort in die stationäre Langzeitpflege (n=3), (8,6 %) genannt. In einem Fall (n=1), (2,9 %) wurde die Versorgungssituation bei der Aufnahme durch die Angehörigen und einem ambulanten Pflegedienst sichergestellt. In elf Patientenakten (n=11), (31,4 %) wurde in der Ersteinschätzung die Rehaklinik genannt. Bei der endgültigen Entscheidung für den Austrittsort ergaben sich elf Nennungen (n=11), 31,4 %. Davon fielen neun Fälle auf den Fachbereich der Anschlussheilbehandlung (AHB) (n=9), (25,7 %). Lediglich zwei Patient:innen

(n=2), (5,7 %) wurden in die Reha Phasen B – Frührehabilitation und Reha Phase D – Medizinische Rehabilitation übergeleitet. Die kurzfristige Veränderung des Austrittsorts (Tabelle 20) wurde in drei (n=3), (8,6 %) Dokumenten genannt und begründete sich in den Entscheidungen der pflegenden Angehörigen und nicht in einer medizinischen Begründung. Die Ergebnisse deuten auf einen Zusammenhang zwischen dem Ausgangssetting und dem endgültigen Austrittsort in Abhängigkeit der bestehenden Ressourcen durch die Angehörigen hin.

Die Informations- und Kommunikationswege wurden bis auf wenige Ausnahmen konsequent eingehalten. Die Informationen zum Entlassungszeitpunkt wurden bis auf einen Fall (n=1) (2,9 %) früher als 24 Stunden (Tabelle 23) an die Patient:innen weitergegeben. Die notwendigen Dokumente für den nachsorgenden Sektor wurden in allen Fällen (n=35), (100 %) mitgegeben. Das gleiche gilt für die Mitgabe des aktuellen Medikationsplans. Die notwendigen Medikamente bis zum nächstmöglichen Hausarztbesuch und der Entlassungsbrief wurden in 34 von 35 Fällen (97,1 %) mitgegeben. In 3 Fällen (n=3) (8,6 %) lag ein Fixierungsbeschluss vor. Die pflegerischen Assessments und Protokolle wurden im Bedarfsfall korrekt angelegt und dokumentiert. So lag in fünf Fällen (n=5), (14,3 %) ein Sturzprotokoll nach einem Sturz und eine Dekubitus-Dokumentation vor. Insgesamt konnten in den 35 analysierten Patientenakten zehn Patientenverfügungen (n=10), (28,6 %); vier Vorsorgevollmachten (n=4), (11,4 %); sowie sieben (n=7), (20 %) Betreuungsurkunden identifiziert werden.

Als weitere Assessments wurde der Barthel-Index in 22 Fällen (n=22), (62,9 %) durchgeführt und die Glasgow Coma Scale (GCS) in 23 Fällen (n=22), (65,7 %). Die Indikator Assessments zur Identifikation von demenziellen Erkrankungen wurden in wenigen Fällen durchgeführt. So wurde der Mini-Mental-Test (MMST) in drei Fällen (n=3), (8,6 %) und der Uhrentest (DemTect) in einem Fall (n=1), (2,9 %) durchgeführt. Die Pflegediagnose Entlassungsmanagement mit dem Code entl (Tabelle 74) wurde in 20 Fällen (n=20), (57,1 %) codiert. Dabei wurden in drei Fällen (n=3), (8,6 %) keine Angaben zum Entlassungsmanagement gemacht und in zwölf Fällen (n=12), (34,3 %) aktiv kein Code dokumentiert. Zu vermuten ist, dass bei diesen 12 Fällen keine Einwilligung zum Entlassungsmanagement vorlag. Insgesamt wurde zur Durchführung des Entlassungsmanagements ein deutliches Verbesserungspotential identifiziert. Dabei sollte die Umsetzung konsequenter durchgeführt werden. Es ist zu klären, ob Patient:innen durch eine individuelle Aufklärung die positiven Aspekte des klinischen Entlassungsmanagements besser verstehen und die Unterstützung annehmen.

Im Rahmen der Pflegediagnostik kommen die Klassifikationen der NANDA (I) International (North American Nursing Diagnosis Association) zur Anwendung. Die NANDA I finden im deutschsprachigen Raum inzwischen eine weitverbreitete Anwendung (Müller Staub 2005).

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung (clinical judgment) einer menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände/Lebensprozesse oder die Vulnerabilität eines Individuums, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft für diese Reaktion“ (NANDA - I 2013). Der Einsatz von Pflegediagnosen unterstützt die Findung, klinisch-pflegerischer Entscheidungsprozesse und stellt den Pflegebedarf nachvollziehbar und auswertbar dar. Aus den codierten Pflegediagnosen lässt sich der Versorgungsaufwand für den nachsorgenden Sektor detailliert abbilden. Die hohe Aussagekraft der Pflegediagnosen wurde durch die Ergebnisse der Dokumentenanalyse klar herausgearbeitet.

Zur Aktivität des täglichen Lebens (ATL) Atmen wurden in 13 Fällen (n=13), (37,1 %) die Pflegediagnose unwirksame Atemwegsclearance (Tabelle 39) und die Pflegediagnose unwirksamer Atemvorgang (Tabelle 40) in 15 Fällen (n=15), (42,9 %) codiert. Beide Pflegediagnosen beinhalten die Freihaltung der Atemwege durch Absaugen von Sekret, sowie die Risikoeinschätzung für das Pneumonie-Risiko. Diese Pflegediagnose betrifft das akute Setting, kann jedoch bis in den nachsorgenden Sektor wirksam werden.

Zu den ATL-Kommunizieren wurde das Care Bundle (Bündel von Maßnahmen) kognitiv beeinträchtigt (Tabelle 42) in 13 Fällen (n=13), (37,2 %) und die Pflegediagnose beeinträchtigte verbale Kommunikation (Tabelle 43) in 15 Fällen (n=15), (42,9 %) codiert. Es ist davon auszugehen, dass Beeinträchtigungen in der Kommunikation und in der Kognition in den nachsorgenden Sektor wirken. Die Pflegediagnose Wissensdefizit (Tabelle 44) wurde in 11 Fällen (n=11), (31,4 %) codiert und gibt einen Hinweis auf den Bedarf an Patientenedukation zu den pflegebezogenen Diagnosen. Die Pflegeintervention basal stimulierende Körperwaschung (Tabelle 64) wurde 16-mal codiert. Es wird hier ein Konzept für Patient:innen, die in ihrer Wahrnehmung schwer eingeschränkt sind, angewandt. Dabei steht die Kommunikation über die basale Stimulation und nicht die grundpflegerische hygienische Waschung im Vordergrund. Es ist aus der Berufspraxis heraus davon auszugehen, dass diese Pflegeintervention in unterschiedlicher Ausprägung bei einer bestimmten Patientengruppe durchgeführt wurde.

Die ATL Ausscheiden beinhalten die Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung (n=27), (77,1 %) und die Pflegediagnose Obstipationsgefahr (Tabelle 47) in 15 Fällen (n=15), (42,9 %). Diese verteilen sich mit hoher Ausprägung auf den Code toiA Unterstützung bei der Benutzung des Steckbeckens, der Urinflasche und/-oder dem Wechsel

der Inkontinenzschutzhose. Zu prüfen wäre, ob die Patient:innen in der Akutphase auf der Stroke Unit durch die akute Symptomatik und Therapie (Neurologische Ausfälle, Blutdruckeinstellung, Infusionstherapie) einen erhöhten Unterstützungsbedarf benötigen, und ob das kontinuierliche Monitoring die Verrichtung der Ausscheidung im Bett fördert. Es ist davon auszugehen, dass Patient:innen mit dieser Pflegediagnose einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Ausscheidung bedürfen, dieser Unterstützungsbedarf kann auch in den nachsorgenden Sektor wirken.

Die ATL Essen und Trinken beinhalten die Pflegediagnosen Verdacht auf Mangelernährung Nutritional Risk Screening (Tabelle 49) in 15 Fällen (n=15), (42,9 %), sowie die Pflegeinterventionen Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits (Tabelle 50) (n=22), (62,9 %) und Flüssigkeitsbilanzierung (Tabelle 51) (n=17), (48,6 %). Die Pflegediagnosen Selbstversorgungsdefizit Nahrungsaufnahme (Tabelle 53), (n=18), (51,5 %) und Schluckstörung (n=17), (48,6) geben Hinweis auf einen ausgeprägten Unterstützungsbedarf im Rahmen der Ernährung und des Flüssigkeitsmanagements. Die Pflegediagnose Pflege eines Patient:innen mit Ernährungssonde (Tabelle 52) (n=13), (37,1 %) gibt Hinweis auf einen hohen pflegerisch-medizinischen Unterstützungsbedarf. Anzumerken ist, dass der Code pflpegA im Rahmen einer perkutanen endoskopischen Gastrotomie (PEG) in vier Fällen (n=4), (11,4 %) einer kontinuierlichen pflegerisch-medizinischen Unterstützung bedarf. Die neun Codierungen pflpegB Transnasale Sonde (Tabelle 52) (n=9), (25,7) betreffen Patient:innen in der Akutphase mit ausgeprägten Schluckstörungen, denen die orale Medikation über eine transnasale Sonde verabreicht werden. Wie hoch die Anzahl der Patient:innen, welchen die Sonde nach einigen Tagen entfernt werden kann, ist, ist nicht beschrieben, es ist davon auszugehen, dass die transnasale Sonde mit zunehmender Verbesserung des Schluckakts nach der Akutphase entfernt werden kann.

Die ATL sich pflegen und kleiden, die die Selbstpflegedefizite bezüglich der Fähigkeit sich angemessen zu kleiden (Tabelle 56) und die Intimpflege selbstständig durchzuführen (Tabelle 57) beschreiben, wurden jeweils in 20 Fällen (n=20), (57,1 %) genannt. Eine hohe Anzahl Nennungen findet sich mit (n=24), (68,6 %) bei der Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit bezüglich Mund-Zahn-Prothesenpflege (Tabelle 58). 17 Nennungen (n=17), (48,6 %) erfolgten zu den Pflegediagnosen Selbstpflegedefizit bezüglich Nasenpflege (Tabelle 59), Hautpflege (Tabelle 60), Nagelpflege (Tabelle 61) und Augenpflege (Tabelle 62). Die Selbstpflegedefizite bezüglich sich pflegen und kleiden können in den nachsorgenden Versorgungssektor wirken.

Zu den ATL sich Bewegen fällt die hohe Anzahl der Nennungen zu der Pflegediagnose Gefahr einer neurovaskulären Schädigung (Tabelle 66) auf. Die hohe Nennung (n=28, (80,2 %)

bezieht sich auf die unterschiedlichen Therapieansätze im Rahmen der Thromboseprophylaxe und sollte in dieser Ausprägung nur in Einzelfällen in den nachsorgenden Sektor nachwirken. Dafür wirken die Pflegediagnosen im Zusammenhang mit dem Bobath Konzept mit großer Wahrscheinlichkeit in den nachbetreuenden Sektor. Die therapeutisch aktivierende Methode kommt als ganzheitliches Konzept bei Patient:innen mit sensorischen und motorischen Defiziten zur Anwendung. Ausgezählt wurden die Pflegediagnose Bobath Konzept Grundlagen (Tabelle 67) (n=14), Pflegeintervention nach dem Bobath Konzept (Tabelle 68) (n=14), sowie die Pflegediagnose beeinträchtigte körperliche Mobilität (Tabelle 69) (n=33) und die Pflegeintervention Förderung von physiologischer Bewegung (n=14). Im Rahmen dieser Pflegediagnosen ist von einem ausgeprägten Unterstützungsbedarf auszugehen, der auch im nachsorgenden Sektor wirksam sein könnte. Im nachsorgenden Versorgungssektor sollten physiotherapeutische Konzepte fortgesetzt werden. Bei der Beratung, Anleitung und Schulung pflegender Angehöriger sollten die Unterstützungsmaßnahmen unter kinästhetischen Aspekten intensiv geschult werden.

Die ATL sich sicher fühlen und Verhalten beinhalten neben den problemfokussierenden Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen auch die Risikopflegediagnosen. Die Pflegediagnosen Infusionstherapie peripherer Zugang (Tabelle 74), (n=32), (91,4 %), Pflegediagnose Port (Tabelle 75), (n=1), (2,9 %), sowie die Pflegeinterventionen Infusionstherapie ZVK (Tabelle 77), (n=8), (22,9 %), sowie die Pflegeintervention subkutane Injektion (Tabelle 76), (n=28), (80, %) beziehen sich nur auf das akutstationäre Setting und haben keine Relevanz für die nachsorgende Institution. Lediglich die Pflegediagnose Port ist relevant für den nachsorgenden Sektor im Zusammenhang mit der regelmäßigen Spülung und Pflege des Portsystems oder im Rahmen einer Palliativsituation. Zu den Risikopflegediagnosen gehören die Pflegediagnosen Gefahr der Infektion der Harnblase (Tabelle 73) (n= 14), (40 %), die Pflegediagnose Aspirationsgefahr (Tabelle 80), (n=14), (40 %), die Pflegediagnose Gefahr einer Hautschädigung (Tabelle 82), (n=17), (48,6 %) sowie die Pflegediagnose Sturzgefahr (Tabelle 85), (n=25), (71,4 %). Mit Blick auf die hohe Anzahl der Risikopflegediagnosen lässt sich der Rückschluss ziehen, dass die Gruppe der Schlaganfall-Patient:innen eine hoch gefährdete vulnerable Gruppe darstellt.

7. Triangulation

Der Begriff Triangulation von lat. triangulum stammt ursprünglich aus der Vermessungstechnik. In der Versorgungsforschung bedeutet Triangulation, ein Phänomen mittels unterschiedlicher Methoden zu erfassen (Mayer, 2015.166f.). In dieser Untersuchung wurden die qualitative und die quantitative Untersuchung unabhängig voneinander

durchgeführt (Convergent Parallel Design). Die beiden Untersuchungsansätze werden auf der Ergebnisebene in Beziehung gesetzt. (Mayer 2015:170f.). Die Begründung für diesen Methoden-Mix ist die intensive Auseinandersetzung und die umfassende Darstellung der Patient:innenbedürfnisse bei der Überleitung von der stationären Akutversorgung in den nachsorgenden Sektor.

Die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse bilden das Entlassungsmanagement in Rahmen der gesetzlichen Vorgaben umfänglich ab. Die Entlassung der Schlaganfall-Patient:innen in den nachsorgenden Versorgungssektor erfolgt bis auf wenige Ausnahmen zeitgerecht und unter der Berücksichtigung der erhobenen Bedarfe. Die patient:innengerechte Nachsorge ist durch die Kommunikationsstrukturen zwischen der Klinik, den Patient:innen und deren Angehörigen und den Nachsorgern sichergestellt. Der Entlassungsprozess wird im Standard Pflegeintervention Entlassungsmanagement (s. Anlage 8) strukturiert abgebildet. Aus Sicht der stationären Krankenversorgung, hier der Stroke Unit, ist es wichtig, die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen früh zu erkennen und die notwendigen Maßnahmen bei den Leistungsträgern und den Nachsorgern anzumelden und geltend zu machen.

Auf den ersten Blick sind die Anforderungen an das Überleitungsmanagement in allen Punkten erfüllt. Die sorgfältige Entlassungsplanung und der strukturierte Entlassungsprozess sind für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgungssituation von essenzieller Wichtigkeit. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zeigen eine Reduktion des komplexen Entlassungsprozesses auf die Einordnung der Ergebnisse von Assessments und Scores. Der Pflegebedarf wird durch das System der Pflegediagnosen detailliert dargestellt. Die Pflegediagnosen und die für die Leistungserbringung relevante Dokumentation, beispielsweise für den Nachweis des Pflegekomplexmaßnahmenscores (PKMS), werden konsequent und mit hoher Qualität geführt. Auffallend ist, dass sich in dieser Daten- und Dokumentationsflut kaum Einträge über das subjektive Befinden der Patient:innen finden, dabei stehen die Bedürfnisse der Schlaganfall-Patient:innen doch im Entlassungsmanagement im Mittelpunkt. Es fehlt die individuelle Beschreibung von beobachteten Phänomenen, dem subjektiven Erleben, den Ängsten und Hoffnungen der betroffenen Patient:innengruppe. Absprachen, Vereinbarungen oder Begutachtungstermine mit dem nachsorgenden Sektor werden inhaltlich nicht dokumentiert. Der Eindruck wird vor dem Hintergrund der lückenhaften und häufig nicht zuzuordnenden Pflegedokumentation verstärkt. Das Entlassungsmanagement scheint mit der Entlassung aus dem Krankenhausinformationssystem und dem Fallabschluss abrupt zu enden.

Die Ergebnisse aus den Patient:inneninterviews zeigen auf, mit welchen Versorgungseinbrüchen und schwer belastenden Ereignissen der Übergang in den nachsorgenden Sektor einhergehen kann, obwohl ein strukturiertes geplantes Entlassungsmanagement durchgeführt wurde. Die 14 Befragten aus den Leitfadeninterviews generieren sich aus den 35 durchgeführten Patientenakten im Rahmen der Dokumentenanalyse. Aus den Leitfadeninterviews geht hervor, dass pflegende Angehörige und deren Bereitschaft, die Pflege für den Pflegeempfänger im häuslichen Umfeld zu erbringen, darüber entscheiden, ob der Betroffene in seinem familiären Umfeld oder in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wird. Dieses Phänomen wird in den Ergebnissen der Dokumentenanalyse untermauert: Einen erheblichen Einfluss auf die Ersteinschätzung und den endgültigen Austrittsort haben das bestehende Setting und der individuelle Pflegebedarf bei der Aufnahme, unabhängig von der Hauptdiagnose. Die Sozialanamnese zeigt analog zu dem bestehenden Setting eine hohe Ausprägung in Bezug auf die Versorgungssituation im sozialen Umfeld.

Die Ergebnisse der Leitfadeninterviews zeigen bei den Befragten eine hohe Motivation, in das häusliche Umfeld zurückzukehren. Die Befragten beschreiben ihre Bereitschaft zur Verbesserung ihres Selbstkonzeptes. Sie vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Sie wenden Problemlösungsstrategien an und entwickeln ein besseres Rollenverhalten. Als zusätzliche Ressource können soziale Beziehungen zur Verbesserung und Unterstützung des Wohlbefindens identifiziert werden. Diese unterstützenden Ressourcen und Potenziale finden sich in den hier abgebildeten Pflegediagnosen nach NANDA I in der Dokumentenanalyse nicht wieder. Die angewandten Pflegediagnosen orientieren sich ausschließlich an den Selbstpflegedefiziten und an Risikopflegediagnosen. Dabei beinhalten die NANDA I Pflegediagnosen in ihrem diagnostischen Fokus, beispielsweise „Bereitschaft für eine verbesserte Kommunikation“ (NANDA I 2020: 311), „Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping“ (NANDA I 2020: 381) oder „Bereitschaft für eine verbesserte Resilienz“ (NANDA I 2020: 397).

Hochkomplexe Pflegesituationen werden von den multiprofessionellen Behandlungsteams strukturiert geplant und im Entlassungsprozess umgesetzt. Versorgungseinbrüche erleben die jüngeren Betroffenen und Patient:innen mit offensichtlich scheinbar geringen Selbstpflegedefiziten. Die Befragten wissen oft nicht, wo und in welchem Umfang sie Leistungen beantragen können und welche Leistungen ihnen zustehen. Unsicherheiten bestehen in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, die Krankheitsprognose. In einigen Fällen wussten die Befragten nicht, ob und wann sie sich beim Hausarzt vorstellen sollen oder ob sie in einer neurologischen Fachpraxis weiterbehandelt werden müssen. Die

Notwendigkeit, gemeinsam mit den Befragten die häusliche und beruflich–soziale Situation kritisch zu betrachten, wird von den Behandlungsteams offensichtlich nicht wahrgenommen. Im Rahmen der defizitären Pflegedokumentation und die an Selbstpflegethemen ausgerichteten Pflegediagnosen lassen diese Patient:innengruppe durch das Entlassungsplan-Raster fallen.

In den Interviews erleben die Befragten, die Unfähigkeit, die Versorgungssituation zu bewältigen und in das Familienleben zu integrieren. Bei der Dokumentenanalyse fällt auf, dass nach der Entlassung keine Evaluation der Umsetzung und der Wirksamkeit des Entlassungsplans durchgeführt wird. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ fordert die Kontaktaufnahme in einem Zeitraum von 48 - 72 Stunden nach der Entlassung, um zu prüfen, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht geplant und umgesetzt wurde (DQNP, 2019, 49f).

8. Diskussion und Fazit

In der vorliegenden Untersuchung steht das subjektive Erleben der Patient:innen mit einer Schlaganfall-Komplexbehandlung bei der Überleitung von der Schlaganfallstation in den nachsorgenden Sektor im Mittelpunkt. Die leitfadengestützten Interviews zeigen eine große Bandbreite von unterschiedlichen Phänomenen im Entlassungsprozess. Bereits die Aufnahmesituation hat einen erheblichen Einfluss auf das subjektive Erleben. Hierbei spielen existentielle Erfahrungen im Kontext des Krankenseintritts und die Versorgungs- und Lebenssituation vor der Aufnahme auf der Stroke Unit eine Rolle in Bezug auf die Entlassungsplanung. Die Gefahr eines Frailty-Syndroms (engl. frailty = Gebrechlichkeit) im Alter, der progredienten Verschlechterung in mehreren Gesundheitsbereichen, führt bei den Befragten zu der Angst, anderen zur Last zu fallen. Damit erleben die Befragten das Empfinden von Abhängigkeit und Minderwertigkeitsgefühlen. Sie spüren die Unsicherheit, eine selbstbestimmte und sichere Umgebung nicht auf Dauer erhalten zu können. Die Dokumentenanalyse und die Ergebnisse aus den Interviews zeigen, dass bei der Erhebung der Lebensumstände bis zur Aufnahme auf der Stroke Unit die Fragilität der häuslichen Situation und die Ausprägung des sozialen Umfeldes erkennbar sind.

Für die Beurteilung des Entlassungsprozesses spielen krankheitsbedingte kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen und die Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes eine zentrale Rolle für die emotionalen Reaktionen und für das Verhalten der Befragten. Die Sicherstellung einer individuellen Versorgungssituation erfordert einen hohen Koordinationsaufwand. Zehn der Befragten konnten sich mehr oder weniger gut mit dem geplanten Entlassungsprozess arrangieren. Insgesamt zeigt sich bei

dieser Gruppe trotz beschriebener Irritationen eine hohe Anpassungsbereitschaft an die Rahmenbedingungen des Entlassungsmanagements. Die Befragten verlassen die Stroke Unit mit hoher Selbstständigkeit. Vier Befragte erleben subjektiv die Unfähigkeit der Health Professionals, eine hochkomplexe Versorgungsorganisation zu unterstützen und sicherzustellen zu können. Die Befragten erleben eine höhere Pflegeabhängigkeit als vor der Aufnahme. Ressourcen und Potentiale erleben die Befragten, indem sie eigene Strategien entwickeln und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Versorgungsanforderungen bewältigen zu können. Dabei erleben die Befragten ein verbessertes Coping, die Fähigkeit mit neuen Lebenssituationen umzugehen. Als hohe Unterstützung erleben die Betroffenen die Unterstützung im sozialen Umfeld durch Familie, Freunde, Partner, sowie externe Akteure im Gesundheitswesen.

Herausforderungen und Stressoren erleben die Befragten bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld. Hier zeigen sich die häufig angesprochenen Schnittstellenprobleme bei der Überleitung in den nachsorgenden Versorgungssektor. Befragte beschreiben das Erleben von Belastungssituationen im ethisch-moralischen Kontext. Besonders belastend wird das ständige Erleben eines hohen Abhängigkeitsgrades der Pflegeempfänger empfunden. Als Ursache werden unrealistische Vorstellungen von der Verantwortung und Belastung in der häuslichen Pflege angegeben. Die Befragten wünschen sich neben einer verbesserten Kommunikation und Organisation mehr Edukation zum Selbstmanagement und zum Umgang mit Krankheit und Beeinträchtigung, sowie eine sektorenübergreifende Begleitung im Sinne eines Beratungs- Unterstützungs- und Entlastungsangebotes.

Um Versorgungseinbrüche bei der Überleitung in den nachsorgenden Sektor zu vermeiden, gibt der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ eine Evidenzbasierte Handlungsempfehlung (DQNP, 2019). In der zweiten Aktualisierung stellt die Entlassungsbereitschaft der Patient:innen einen zentralen Bestandteil für ein gelingendes Überleitungsmanagement dar. Damit wird der Blick auf die individuellen Bedarfe und die subjektiven Sichtweisen der Patient:innen und ihren pflegenden Angehörigen gerichtet (DQNP, 2019: 3). Durch die vorliegende Untersuchung konnten die Ergebnisse des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ vertieft werden. Neben allen gelebten Prozess- und Strukturkriterien ist die Herstellung einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgungssituation abhängig davon, in welcher Ausprägung es gelingt, Patient:innen als eigenverantwortliche und informierte Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen in die Prozess mit einzubeziehen (Schäffer, Moers 2011). Um hochkomplexe Pflegesituationen zu managen, müssen Patient:innen und Angehörige über die entsprechenden Fähigkeiten und Kompetenzen verfügen. Diese Anforderungen spiegeln sich

in der Themenmatrix (Anlage 4) unter der Rubrik Konsequenz für das Entlassungsmanagement.

Dabei steht nicht der prozessuale Entlassungsplan mit seinen administrativen Anforderungen wie der Erstellung von Arztbriefen, Medikamentenplänen, Hilfsmitteln und Checklisten (s. Dokumentenanalyse) im Mittelpunkt, sondern die Partizipation und Kompetenzförderung der Patient:innen und deren pflegenden Angehörigen. Zu implementieren sind Konzepte zur Förderung sozialer Interaktion, der Aufbau einer vertrauen fördernden Versorgungssituation und die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zur Klärung, welche Unterstützungsmaßnahmen benötigt werden, um die Versorgung zu Hause zu unterstützen. Es sollten Instrumente entwickelt werden, um Ressourcen und unterstützende Faktoren bei Patient:innen und pflegenden Angehörigen zu identifizieren. Die Vermeidung einer Rollenüberlastung pflegender Angehöriger in Rahmen ihrer Aufgaben, Erwartungen und Ressourcen stellt eine wichtige Präventionsmaßnahme dar, um eine stabile Versorgungssituation zu gewährleisten. Gefördert werden sollte die Entwicklung der Patient:innen hin zu selbstbestimmter Entscheidung, um Zugang zu passenden Leistungen zu bekommen. Als weitere unterstützende Maßnahmen wurden der Aufbau von sozialen und Gruppenkontakten, psychosoziale Betreuung durch Psychologen, sowie der Einsatz von themenzentrierten Pflegefachgesprächen zur Stärkung der Resilienz und der Entwicklung von Coping-Strategien identifiziert.

Erforderlich ist die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Beratungs- und Schulungskonzepten im Rahmen der Sicherstellung der Versorgungssituation im Pflege- und Betreuungsprozess. Die Erhöhung der Sicherheit im häuslichen Umfeld unter Einbezug vorhandener Strukturen. Die Abstimmung der Therapie, einer Notfallvorausplanung unter Einbezug der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht. Essenziell ist der Einbezug des Hausarztes und der Sozialbehörden, um eine sichere Versorgungssituation zu schaffen. Dazu gehört die effektive Gestaltung der Prozesse bei der Überleitung unter Einbezug der Patientenbedürfnisse.

Um den vielschichtigen individuellen Herausforderungen zu begegnen, bestehen im deutschen Gesundheitswesen unterschiedliche Modellvorhaben (§§63-65 SGB V) und Strukturverträge (§73a SGB V). Zum Gelingen dieser Modellvorhaben können Managed Care Ansätze beitragen (Löcherbach, Wendt 2020. 15f.; Amelung et al. 2012:39f.). Managed Care Ansätze beinhalten unterschiedliche Steuerungsinstrumente, um eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten (Kollak, Schmidt 2019 Pos. 1619-1625; Kranzer 2007:32-57). Beispielhaft zu nennen sind hausarztzentrierte Versorgungsmodelle (HzV), welche die

Steuerungsfunktion der Hausärzt:innen unterstützen sollen (AOK 2020, Räker 2017:343-347) und Disease-Management Programme, die spezifische Patient:innengruppen betreuen. Hildebrand (2013) bewertet in einer Evaluationsstudie zu hausarztzentrierten und integrierten Versorgungsmodellen positive Ergebnisse (Hildebrand 2013: 2.e1-2.e4).

Aus der Sicht der professionellen Pflege lassen sich Schnittstellenprobleme, eine unzureichende Patient:innenorientierung sowie eine Desintegration und Diskontinuität bei der Überleitung in den nachsorgenden Versorgungssektor durch patientenzentrierte Versorgungskonzepte wie das Case Management vermeiden (Monzer 2018: 264; Evers 2011:643-660). In diesem Kontext nimmt das pflegerische Entlassungsmanagement eine zentrale Rolle in der Versorgungskette bei der Überleitung in den nachsorgenden Sektor ein. In der stationären Krankenversorgung kann das pflegerische Entlassungsmanagement in unterschiedlichen Konzepten umgesetzt werden. Beispiele sind die Durchführung durch spezialisierte Mitarbeiter:innen aus dem Sozialdienst, das Entlassungsmanagement in der Hauptverantwortung der Pflegekräfte im stationären Setting oder das Entlassungsmanagement durch klinikexterne Stellen (Wingefeld 2011a: 688).

In Bezug auf die vorliegenden Untersuchungsergebnisse können der Umsetzungsgrad des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“, insbesondere der Strukturkriterien S5/S6, der Prozesskriterien P5/P6 und die Ergebniskriterien E5/E6 (s. Anlage 8) klar als Kriterien für ein gelungenes Entlassungsmanagement identifiziert werden. Gleichzeitig können die im besonderen genannten Kriterien S5/S6, P5/P6, E5/E6 in der vorliegenden Untersuchung als Schwachstelle im Entlassungsmanagement genannt werden. Die Handlungsempfehlung ist im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ differenziert beschrieben und gefordert. Zu prüfen bleibt, aus welchen Gründen die Umsetzung der genannten Kriterienebenen 5 „Evaluation der Entlassungsplanung“ und 6 „Evaluation nach der Entlassung im Entlassungsmanagement der Stroke Unit beziehungsweise der Organisation“ nicht erfolgt, welche Widerstände und Hemmnisse es bei der Umsetzung gibt, und wie diese Defizite behoben werden können. Ein Grund könnte die kurze Zeitspanne der Veröffentlichung der Aktualisierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege (DQNP 2019)“ darstellen. Zu Beginn dieser Forschungsarbeit war die Aktualisierung des Expertenstandards noch nicht veröffentlicht. Diese Forschungsarbeit identifiziert Versorgungslücken, die durch die konsequente Umsetzung des aktualisierten Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ geschlossen werden könnten. Somit bestätigen die Ergebnisse für die Stroke-Unit der Stiftung Kreuznacher Diakonie die Notwendigkeit, den internen Pflegestandard Entlassungsmanagement um die erweiterten Inhalte der oben genannten Kriterienebenen (Evaluation) anzupassen.

9. Literaturverzeichnis

- Amelung, V.E.; Volker, E. (2012):** Managed Care: neue Wege im Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Gabler.
- Amelung, V.E.; Weatherly, J.N.; Deimel, D; Reuter, W.; Van Rooij, N. (Hrsg) (2008):** Managed care in Europa. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse) (2020):** Hausarztzentrierte Versorgung. URL: <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/hausarztzentrierte-versorgung> [10.08.2020].
- BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) (2021):** §128 Notarielle Beurkundung. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___128.html [Stand 28.02.2021]
- BGB (Bürgerliches Gesetzbuch (2021):** §290 Bestellsurkunde. Drittes Buch 3 Verfahren in Betreuungs- und Unterbringungssachen (§§ 271 – 341). Abschnitt 1 - Verfahren in Betreuungssachen (§§ 271 - 311) URL: §290 FamFG Bestellsurkunde - dejure.org [Stand 28.02.2021]
- BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) (2017):** Bürgerliches Gesetzbuch. Viertes Buch 4 Familienrecht § 1901a BGB Patientenverfügung. Neugefasst durch Bek. v. 2.1.2002 I 42, 2909; 2003, 738; zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 20.7.2017 I 2787 URL: §1901a BGB Patientenverfügung (buergerliches-gesetzbuch.info) [Stand 28.02.2021]
- Bienstein, C.; Fröhlich, A. (2016):** Basale Stimulation® in der Pflege: Die Grundlagen. 8. durchgesehene und ergänzte Auflage. Huber: Bern
- Bobath, K.; Bobath B. (1998):** Die motorische Entwicklung bei Zerebralpareesen. Thieme Verlag, 1998,
- Brandenburg, H; Dorschner, S (2008):** Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber: Bern
- Bühl, A. (2010):** SPSS 18. Einführung in die moderne Datenanalyse. 12 Auflage München: Pearson Studium
- Cassier-Woidasky, A.K.; Nahrwold, J.; Glahn, J.(Hrsg.) (2014):** Pflege von Patienten mit Schlaganfall. Von der Stroke Unit bis zur Rehabilitation. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Pflegepraxis).
- Curry, L.A.; Krumholz, H.M.; O’Cathain, A.; Clar, V.L.; Cherlin, E.; Bradley, E.H. (2013):** Mixed Methods in Biomedical and Health Services Research. In: Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes 6/1:119-123.
- DGEAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2020):** Der Schlaganfall Teil 1. Publiziert bei AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin.URL: [053-011k_S3_Schlaganfall_2020-07.pdf](https://www.awmf.org/Dateien/Dateien/053-011k_S3_Schlaganfall_2020-07.pdf) (awmf.org) [Stand 08.05.2021]
- DGN (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie), (2012):** Akuttherapie des Schlaganfalls. Stuttgart: Thieme, 2012: 307-323.
- DQNP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2019):** Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück 2019.

- DQNP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2017):** Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. 2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück 2017.
- DQNP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2013):** Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie.
- DWDS (Deutsches Wörterbuch der Sprache) (2021):** „Bedarf“, bereitgestellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache, <https://www.dwds.de/wb/Bedarf> [17.05.2021]
- DWDS (Deutsches Wörterbuch der Sprache) (2021):** „Bedürfnis“, bereitgestellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache, <https://www.dwds.de/wb/Bed%C3%BCrfnis> [Stand 17.05.2021]
- Dresing, T.; Pehl, T. (2021):** Autotranskription f4analyse (audiotranskription.de) [Stand 25.04.2021]
- Eble, S.; Miedke, J; Naseer, K. (Hrsg.) (2018):** Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2018.
- Ewers, M. (2011):** Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schäffer, D. Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 643-660.
- Folstein, M.F.; S.E. Folstein, S.E.; P.R. McHugh, P.R. (1975):** Mini-Mental State. A practical method for grading the state of patients for the clinician. In: Journal of Psychiatric Research. 12 1975, S.189-198.
- GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2012):** Kriterienkatalog Entlassmanagement. URL:https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3422/KK_Entlassmanagement_2012_b_anonymisiert.pdf [Stand 06.07.2019]
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010):** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2018):** Beschlüsse der 91. GMK TOP:4.1 Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik. URL: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=> [Stand 06.07.2019]
- Hildebrand, H. (2013):** Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum 21/1: 2.e1-2.e4.
- InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2021):** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus URL: <https://www.g-drg.de> [Stand 14.02.2021]
- Kessler, J.; P. Calabrese, P.; E. Kalbe E.; F. Berger, F. (2000):** DemTect: Ein neues Screening- Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. In: Psycho. 2000, 6 S.343-347
- KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) §17b (2020):** Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG §17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html> [Stand:14.02.2021]

- Kollak, I.; Schmidt, S. (2019):** Instrumente des Care und Case Management Prozesses. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kowalski, C; Steinhäuser, S., Ommen, O., Pfaff, H. (2017):** Patientenbefragungen: Patientenzufriedenheit – Patientenerfahrung. In: Pfaff, H. Neugebauer, E.A.M; Glaeske, G.; Schrappe, M. (Hrsg): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer:178-181.
- Kranzer, A. (2007):** Auswirkungen und Erfolgsfaktoren von Disease Management: Versorgungsansätze für chronisch kranke Patienten am Beispiel von Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen. Mannheim. Deutscher Universitäts-Verlag.
- Kuckartz, U. (2014):** Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren (eBook). Springer Wiesbaden
- Kuckartz, Udo (2016):** Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Larsen, R. (2016):** Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege, 9. Auflage. Unter Mitarbeit von T. Fink und T. Müller- Wolff. Springer: Heidelberg 2016.
- Mabire, C.; Dwyer, A.; Garnier, A.; Pellet, J. (2018):** Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. Journal of Advanced Nursing 74 (4): 788-799, 2018.
- Mahouney, F.I.; D. Barthel (1965):** Barthel Index. Pschyrembel online Medizinisches Fachinformationsangebot. Walter de Gruyter: Berlin URL: <https://www.pschyrembel.de/Barthel-Index/K00TK/doc/> [Stand 28.02.2021]
- Mayer, H. (2015):** Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. Unter Mitarbeit von Martin Nagl-Cupal, Isabella Hager und Veronika Kleibel. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Facultas. **Mayring, P. (2016):** Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6., neu ausgestattete, überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Misoch, S. (2019):** Qualitative Interviews. 2., erweiterte Auflage. Berlin/München/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Monzer, M. (2018):** Case Management Grundlagen. 2. Auflage. Heidelberg: medhochzwei
- Müller Straub, M. (2005):** Wahl einer Pflegediagnosen Klassifikation für die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation: ICNP, ICF, NANDA und ZEPF im Vergleich. In: PrInterNet 8/2: 115-122.
- NANDA- Pflegediagnosen (2020):** Definitionen und Klassifikationen Recom
- NANDA International (NANDA- I) (2013):** Nursing diagnosis definition. In: Herdman TH, Kamitsuru S, eds. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014. Oxford: Wiley, 2013:464.
- Neugebauer, E. (2016):** Das deutsche Gesundheitssystem – Mängel, Defizite und Perspektiven. In: Jerosch, J.; Linke, C. (Hrsg.): Patientenzentrierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie. Berlin: Springer:3-13.

- Pfaff, H.; Steffen, P.; Brinkmann, A; Lütticke, J.; Nitzsche, A. (2004):** Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenbuch. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität Köln.
- Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B.P. (2004):** Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle/: Verlag Hans Huber.
- Räker, M. (2017):** Entwicklung und Wandel der hausarztzentrierten Versorgung: Eine policy-analytische Untersuchung der Ansprüche und Wahrnehmungen. Wiesbaden: Springer.
- RKI (Robert Koch – Institut) (2015):** Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen. Bundesgesundheitsblatt, 58:641-650. URL: Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. (rki.de) [Stand 22.05.2021]
- Roper, N.; Logan, W.; Thierney, A. (1992):** Die Elemente der Krankenpflege. Basel: Recom.
- Roper, N.; Logan, W.; Thierney, A. (2002):** Das Roper-Logan-Thierney-Modell. 2. Auflage (2008). Huber: Bern. URL <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of.pressure-ulcers-clinical-practice-guidline>: NEW 2014 Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guidline [Stand 02.07.2018]
- SVR (Sachverständigenrat) (2002):** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Baden-Baden: Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurzf-de01.pdf [Stand: 27.07.2020]
- Schaeffer, D. Moers, M. (2011):** Bewältigung chronischer Krankheiten- Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa. 329-363
- Schrapppe, M. (2015):** Qualität 2030 – Agenda zur grundlegenden Reform des deutschen Gesundheitswesens. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Teasdale, G.; Jenett, B.J. (1974):** Assesment of Coma and impaired consciousness. A practical Scale. In. Lancet, Band 2,1974, S.81-84
- Wiedenhöfer, D.; Eckl, B.; Heller, R.; Frick, U.; (Hrsg.) (2010):** Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Huber: Bern
- Wingenfeld, K. (2011a):** Pflegerisches Entlassungsmanagement. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 683-703.
- Wingenfeld, Klaus (2011b):** Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1766645>.
- Wisdom, J.; Creswell, J.W. (2013):** Mixes Methods: Integrating Quantitative and Qualitative Date Collection and Analysis While Studying Patienten-Centred Medical Home Models. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publikation No. 13-0028-EF. URL: http://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/MixedMethods_032513comp.pdf (Stand 15.07.2020).

WHO (World Health Organization) (2003): Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for action. URL: <http://www.who.int/chronic-conditions/en/icccglobalreport.pdf>. [28.09.2004]

10. Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Beschreibung der Hauptkategorien

Anlage 2 Text-Retrieval

Anlage 3 Kategoriensystem mit Definition und Ankerbeispielen aus dem Material

Anlage 4 Themenmatrix

Anlage 5 Patient:inneninterviews – Memos und Kommentare

Anlage 6 Vorgehen bei der Dokumentenanalyse

Anlage 7 Analyseeinheit, Analysedimension und Analysekategorie Dokumentenanalyse

Anlage 8 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DQNP, 2019) Übersicht

Anlage 9 Standard/Pflegediagnose Sturzgefahr der Kreuznacher Diakonie

Anlage 10 Standard/Pflegediagnose Entlassungsmanagement der Kreuznacher Diakonie

Anlage 1 Beschreibung der Hauptkategorien

1.Hauptkategorie Aufnahmesituation

Die Hauptkategorie erforscht das Erleben der Aufnahmesituation der Patient:innen auf der Stroke Unit. Der akute Krankheitsbeginn eines Schlaganfalls beginnt häufig mit einer lebensbedrohlichen Situation (Krise). Das Einsetzen dieser existentiellen Erfahrung beginnt in der Regel mit dem akuten Auftreten der Anzeichen und Symptomen eines Schlaganfalls. Kodiert wurden alle Textstellen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der akuten Aufnahme auf der Stroke Unit stehen, die einen Bezug zu dem Erlebnis einer existentiellen lebensbedrohlichen Erfahrung und die einen Bezug zur initialen Einschätzung der aktuellen sozialen Lebenssituation aufzeigen.

Der Schwerpunkt liegt hierbei nicht ausschließlich auf dem Unterstützungsbedarf, sondern fokussiert die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen, sondern auf der Identifikation besonders vulnerabler Patient:innen wie beispielsweise ältere, kognitiv eingeschränkte Patient:innen, Patient:innen mit einem schwach ausgeprägten sozialen Netzwerk oder teilkompensierten chronischen Erkrankungen. (Wiedenhöfer et al.2010:26). Die Ersteinschätzung der aktuellen Lebenssituation ist ein komplexer Vorgang. Es gibt aktuell keine Empfehlung für die Durchführung eines bestimmten initialen Assessments. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DQNP, 2019:86) gibt keine konkrete Empfehlung zum Einsatz spezifischer Instrumente. Um einen umfassenden Eindruck von der Versorgungssituation zu erhalten und den zukünftigen Unterstützungsbedarf zu ermitteln, gehört auch die Erfassung des sozialen Umfeldes (Familie, Bezugspersonen), sowie der Lebensstil des Patient:innen (DQNP, 2019:87). Die Interviewten Patient:innen wurden im Rahmen einer akuten Notfallsituation auf der Stroke Unit aufgenommen. Sie berichten, wie Sie die stationäre Aufnahme auf der Stroke Unit erlebt haben.

2. Hauptkategorie Beurteilung Entlassungsmanagement

Ziel des Entlassungsmanagements ist die geplante Entlassung des Patient:innen in den nachsorgenden Sektor beziehungsweise das häusliche Umfeld. Hauptaufgabe des Entlassungsmanagements ist die adressatengerechte Kommunikation mit den relevanten Schnittstellen wie den Angehörigen, den Hausärzten, den Pflegediensten oder den nachgeordneten Versorgungseinrichtungen. Die Patient:innen erhalten zum Entlassungszeitpunkt einen Arztbrief, den aktuellen Medikamentenplan und gegebenenfalls die Rezepte für die Medikamente. Mit den Patient:innen wird ein Entlassungsgespräch geführt. Der Entlassungszeitpunkt richtet sich nach der zu erwartenden Aufenthaltsdauer im Kontext der Haupt- und Nebendiagnosen. Mit den nachsorgenden Einrichtungen soll frühzeitig Kontakt aufgenommen werden. Der Patient und seine Angehörigen sind frühzeitig über den Entlassungszeitpunkt zu informieren. Ein Ansprechpartner aus dem Behandlungsteam ist als Ansprechpartner für Rückfragen zu benennen.

Ziel ist die Herstellung einer sicheren, kontinuierlichen und bedarfsadaptierten Versorgungssituation. Weichen die Vorstellungen und Haltungen der Patient:innen und deren Betreuungspersonen und dem Behandlungsteam stark ab, sind entsprechende Maßnahmen zu ergreifen wie beispielsweise Interventionen durch den Sozialdienst und die Kontaktaufnahme zu dem behandelnden Hausarzt. Die Ergebnisse aus der Metaanalyse von Maybire et al deuten darauf hin, dass die zielgerichtete Kommunikation im Team und die Koordination des Entlassungsprozesses im interprofessionellen Team die Basis einer validen pflegerischen Entlassungsplanung darstellen (Maybire et al 2018). Kodiert wurden alle Textstellen die in einem Bezug zu der Beurteilung des Entlassungsmanagements aus Sicht der Betroffenen Patient:innen aufweisen. Im Patient:inneninterview wird der Prozess der Entlassung betrachtet und nicht das Krankheitsbild. Die Patient:innen sollen von besonders im Gedächtnis gebliebenen Gefühlen, Erinnerungen und Momenten erzählen, dabei ist nicht relevant, ob es sich um positive oder negative Erinnerungen handelt.

3. Hauptkategorie Ressourcen und Potentiale

In der Hauptkategorie Ressourcen und Potentiale werden positive Interaktionen zwischen den Patient:innen und ihrem Umsystem erforscht. Zentrale Fragen sind, welche Hilfestellungen, Ressourcen oder erlebte Momente von den Betroffenen als unterstützend wahrgenommen werden. Welche bestehenden oder neu geschaffenen Strukturen werden als besonders hilfreich erlebt und welche unterstützende Potentiale können identifiziert werden? Fokussiert werden unterstützende Personen/Beziehungen und förderliche Rituale und besondere Haltungen. Die Betroffenen haben die Möglichkeit die Frage beschreibend zu verneinen, wenn sie solche positiven Interaktionen, Momente oder förderlichen Beziehungen nicht erlebt haben. Es soll eine möglichst große Offenheit im Interview angeboten werden.

4. Hauptkategorie Herausforderungen und Stressoren

Die Hauptkategorie Herausforderungen und Stressoren erforscht das Erleben von kritischen Situationen und Erlebnissen. Untersucht wird das Erleben von schwierigen Situationen und besonderen Herausforderungen im Entlassungsprozess. Es sollen individuelle Widerstände, negative Aspekte und die weniger hilfreichen Strukturen identifiziert werden. Wurden die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen berücksichtigt beziehungsweise? Waren diese überhaupt bekannt und wurden die Betroffenen aktiv in die Entscheidungen im Rahmen des Entlassungsprozesses eingebunden? Die Befragten sollen die Hemmung überwinden auch das negative Erleben und kritische Ereignisse zu beschreiben und auszusprechen. Die Aufforderung von negativen Erlebnissen zu berichten, wird mit der Frage „was war das Schwierigste für Sie...“ angeregt. Mit dieser Frage wird impliziert, dass es im Entlassungsprozess durchaus negative Aspekte geben kann und darf.

5. Hauptkategorie Verbesserungspotentiale

In der Hauptkategorie Verbesserungspotentiale sollen aus den Erkenntnissen der Patient:inneninterviews Verbesserungspotentiale im Entlassungsmanagement eruiert werden. Die Patient:innen werden aufgefordert aktive Verbesserungsvorschläge zu benennen und zu formulieren. Den Befragten soll die Möglichkeit gegeben werden Bedürfnisse zu äußern, die durch die Fragen des Interviewleitfadens nicht erfasst wurden oder nicht geäußert werden konnten. Die Fragestellung „...was hat Ihnen gefehlt...“ fordert die Interviewpartner:innen aktiv auf, auch negative Erlebnisse anzusprechen. Die Hemmschwelle negative, kritische Ereignisse zu formulieren, soll gesenkt werden. Erforscht werden sollte, in welchem Umfang die Patient:innen ihre individuellen pflegerisch-medizinischen, aber auch ihre persönlichen Bedarfe im Entlassungsprozess berücksichtigt sehen und inwieweit sie diese selbst einschätzen können.

Anlage 2 Text-Retrieval

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
Aufnahmesituation	Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege	<p>B: (...) ich bin (...) morgens aufgestanden (...) ich stehe morgens immer um dieselbe Zeit auf. (...) da bin ich einfach (...) umgefallen (...)</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich wollte aufstehen und etwas aus dem Schrank holen (...).</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Bis dann der Notarzt gekommen ist (...) (seufzen) (beklommen). #00:01:44-3#</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege	<p>B: (seufzen) (beklommen) ich weiß gar nicht mehr, wie ich das beschreiben soll, es war schrecklich. Ich habe ja gar nicht mitbekommen wie mein Mann dort aufgenommen wurde und er hat mich irgendwann angerufen und hat geschrien am Telefon</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich habe ihn überhaupt nicht mehr verstanden und ich war auf der Arbeit und ich konnte nicht weg</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf	<p>B: Das war so, im Dezember lange Pause ich kann mich an keinen Unfall erinnern, da habe ich einen leichten Schlaganfall erlitten.</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>ich konnte plötzlich nicht mehr sprechen.</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>lange Pause) es hat mir wahnsinnige Angst gemacht. (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>ich litt mehrere Tage unter starken Kopfschmerzen (...) ja extremen Kopfschmerzen. Dann habe ich immer wieder Tabletten eingenommen gegen die Kopfschmerzen, aber die gingen nicht richtig weg (seufzen) (beklommen) (scharfes Einatmen) und da bin ich zu meinem Hausarzt</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>Der hat mich direkt in die Klinik für Schlaganfälle nach N. eingewiesen. Ich habe dort ungefähr eine Woche verbracht und danach wurde ich direkt auf die Neurologie verlegt.</p>
	Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege	<p>B: (lange Pause) ((scharfes Einatmen)) die Mama hat mich angerufen. (...) der Papa ähm der hatte da ja schon auf der Schlaganfallstation gelegen als wir kamen. (...) Das war schon einige Tage vorher passiert.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Die Mama konnte mir dazu auch nicht viel sagen sie hat nur gesagt ähm er wäre an Geräte angeschlossen (...). Wir waren sehr beunruhigt waren dann aber doch erleichtert als wir ankamen, weil er hat uns angeschaut (...) er hatte bisschen Probleme mit dem</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Sprechen. Im Großen und Ganzen konnten wir uns gut mit ihm unterhalten.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	<p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>B: lange Pause Es passierte in der Nacht / es passierte in einer Nacht im Januar (...) ich kann das genaue Datum nicht nennen. Ich bin am Abend wie sonst zu Bett gegangen so wie immer, ich hatte keine Beschwerden, ich habe nichts bemerkt, ich hatte keine Kopfschmerzen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich bin am Morgen wach geworden und habe bemerkt, dass ich meinen rechten Arm und mein rechtes Bein nicht mehr bewegen konnte. Die gesamte rechte Seite war gelähmt. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Irgendwann kamen die Sanitäter und der Notarzt. Ich habe eine Nadel und eine Spritze bekommen. Zum Glück wurde ich direkt auf die Schlaganfallstation in N. gebracht. (...) Ich wurde dort aufgenommen (...). Auf der Schlaganfallstation wurden zuerst viele Untersuchungen geführt, ein CT gemacht vom Kopf. Der Schlaganfall wurde bestätigt (...) links (...) und (...) der war wohl in der Nacht geschehen. Es war zu spät den Blutpfropf aufzulösen ähm da / da war die Zeit abgelaufen.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	<p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>B: Meine Mutter hat mich angerufen ich wohne je ein bisschen weiter weg, ich muss ein Stück fahren. Ich war beruflich unterwegs,</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>er morgens früh nicht aufstehen konnte, er wäre nicht aus dem Bett gekommen</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Sie hat den Hausarzt angerufen und der hat dann wohl die Einweisung in das Krankenhaus über einen Notarzt direkt organisiert. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Als ich am Abend auf der Schlaganfallstation zu meinem Vater kam, war ich geschockt (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	<p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>Unsere Mama die ist schon 83 Jahr alt Sie wurde in das Krankenhaus eingewiesen weil, da war -die hatte eine Gefäßverschluss im Bein und sollte operiert werden. Das Bein war kalt und sie hatte starke Schmerzen. Sie konnte zu Hause nicht mehr aufstehen so dass der Hausarzt sie in die chirurgische Abteilung eingewiesen hat. ((Husten)) (...) ((Husten)) (...). (seufzen) (beklommen) Zu diesem Zeitpunkt dachten wir noch dass sie jetzt operiert wird und danach braucht sie noch etwas Unterstützung und wird wieder so fit wie früher. Sie hat sich bis dahin selbst versorgt.</p> <p><i>Die Patientin ist 83 Jahr alt und lebt allein. Sie ist selbstständig ist für die Haushaltsführung, das Waschen, das Kochen und den</i></p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p><i>Einkauf zuständig. Seit einigen Jahren leidet sie unter Venenentzündungen (Memo)</i></p> <p>lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>lange Pause) das Krankenhaus hat mich angerufen und hat gesagt, sie käme nach der Operation nicht auf die Station 4 sondern auf die Intensivstation, weil man sie noch überwachen würde. Sie sei ja schon eine alte Dame. Das hat mir im ersten Moment auch eingeleuchtet. (...) (seufzen) (beklommen).</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege	<p>Der (...) Schlaganfall war sehr schwer (...). E hat mich (...) hart getroffen (...) so (...) so (...) lange Pause C (lange Pause) (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf	<p>B: hm das kam alles sehr überraschend für mich. (...) Ich war bei meinem / meinem Orthopäden hm weil ich Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Arm hatte. Der Arm war ein bisschen wie so eingeschlafen. Einen richtigen Schock bekam ich als der Orthopäde der Dr. F. sagte ich hätte vermutlich einen Schlaganfall erlitten und er würde mich sofort in eine Spezialklinik einweisen.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>Dann wurde ich mit dem Krankenwagen in das Krankenhaus in N. gebracht. Die Sanitäter waren sehr nett. Dort kam ich zuerst in die Notaufnahme. Die Ärztin hat mich untersucht. Die Ärztin war sehr freundlich zu mir. Sie hat ein Röntgenbild vom Kopf, so ein CT gemacht und ähm (...) hat mir gesagt, dass sie jetzt sofort nichts Auffälliges im CT gesehen hat. Aber wegen dem Arm möchte Sie mich auf der Schlaganfallstation aufnehmen.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p>
	Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen)	<p>B: Ja das war an Weihnachten, ich kann mich noch sehr gut daran erinnern. Der (...) der Schwiegervater beziehungsweise der Großvater der hat im letzten Viertel Jahr schon so einiges hinter sich. Seine Frau ist gestorben (...) er ist schon 87 Jahre und chronisch krank.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 2</p> <p>Er nimmt eine Dauerchemotherapie und ähm hört sehr schlecht. Er hat im letzten halben Jahr schon sehr abgebaut</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 2</p> <p>Allerdings an Weihnachten ist uns aufgefallen, dass er ein Buch gelesen hat und darin geblättert hat und dann hat mein Mann festgestellt, dass er das Buch falsch herum in der Hand hält. Er war auch gar nicht richtig aufmerksam und ansprechbar für uns und die Kinder. Er hat nicht wie üblich am Familienleben teilgenommen. Es sah aus als versuche er sich mit irgendetwas zu beschäftigen und wusste aber nicht was er da macht.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 2</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
	Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege	B: Als ich darüber informiert wurde, dass mein Vater auf der Schlaganfallstation liegt, war er schon ein paar Tage dort. Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 2
	Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege	B: Die Mama hat mich sehr aufgeregt angerufen und hat gesagt ich muss sofort nach N. kommen. Sie hätte einen Schlaganfall sie liegt dort auf der Schlaganfallstation. Meine Mama wohnt in E.ähm Sie ist mit dem Notarzt dorthin gekommen und ich soll sofort dorthin kommen Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2
	Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege	B: hm (bejahend) Als mein Vater mich angerufen hat, dass meine Mutter auf der Schlaganfallstation liegt, bin ich zuerst erschrocken und er hat auch gesagt es sehe sehr ernst aus. Wir kamen dann auf die Station und dort hat uns der Arzt in Empfang genommen. Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2
Beurteilung Entlassungsmanagement	Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege	B: (...) Was soll man dabei fühlen? Ich will nach Hause, ich wollte einfach nur nach Hause. (...) <i>B reagiert ungehalten auf die Frage was er bei der Vorbereitung auf die Entlassung empfand. B verfügt nicht über die Ressourcen, sich an das Setting Stroke Unit anzupassen. insbesondere der Umgang mit den Monitorkabeln schränkt ihn in seiner Bewegungsfreiheit stark ein.</i> <i>In der Dokumentenanalyse wird im Entlassungsbrief beschrieben " der Patient drängt auf seine Entlassung nach Hause, deshalb wurde auf weitere Langzeituntersuchungen verzichtet". Im Pflegebericht beschreibt die Pflegekraft im Nachtdienst sie habe B. mehrfach in Folge wieder an das Monitoring angeschlossen. B habe die Monitorkabel nach kurzer Zeit selbst entfernt. Nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt habe sie auf das Monitoring verzichtet (Memo).</i> Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4 B: (...) (unv., #00:04:34-2#) (...) das ist alles in Ordnung. <i>Auf die Frage zur Vorbereitung der Entlassung geht B nur kurz mit einem "es wäre alles in Ordnung gewesen „ein. Dafür wechselt er begeistert zu der detaillierten Beschreibung seiner Nachmittage im Seniorentreff in der Tagespflege in der Einrichtung St. Barbara Seniorenresidenz. Trotz der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen haben soziale Interaktionen während die Kinder ihrer Berufstätigkeit nachgehen einen hohen Stellenwert. Dies drückt sich in der Aussage "da bin ich nicht so alleine" aus (Memo).</i> Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8 B: (...) (unv., #00:06:00-2#) (...) oooooh Zögerungslaut meine Kinder kümmern sich ja um mich (...) #00:06:16-2# <i>B. überlegt offenbar, wie er die Frage von I in Bezug auf Verbesserungsvorschläge beantworten soll und springt nach einem Zögerungslaut direkt in die mit tiefer Überzeugung vorgebrachte Aussage "seine Kinder kümmern sich um ihn (Memo).</i> Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
	Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege	<p>Ich wusste überhaupt nicht, ob mein Mann jetzt noch 3 Wochen in der Klinik bleibt oder ob er sehr schnell entlassen wird.</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Wir konnten das irgendwie gar nicht planen wir wussten auch noch gar nicht wie das zu Hause gehen soll und was ich (...) und wie wir das zu Hause anstellen sollten. (...) #00:02:56-4#</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: Also diese Entlassung, die kam dann sehr überstürzt. Die kam sehr sehr schnell und mein Mann, der hatte ja auch noch Medikamente, der hatte ja auch noch Schmerzmittel er war ja auch gestützt und hatte noch diese Verletzung am Bein und bekam auch noch Opiate und dann hat man die einfach abgesetzt und gesagt die muss man jetzt weglassen er wird morgen entlassen ich muss ihn dann mitnehmen. lange Pause</p> <p><i>B erlebt eine ungeplante "blutige Entlassung" (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Wir haben dann einen Teil der Medikamente mitbekommen.</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf	<p>von der Neurologie direkt nach Hause. #00:01:25-8#</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>B: ähm es hat mich sehr beunruhigt (...)</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p>
	Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege	<p>Dann kam der Entlassungstermin (...) zur Reha (...) dort wurde ich mit einem Krankenwagen hingebacht (...) ich wurde auf der Trage transportiert (...) ich konnte den Arm besser bewegen und ein paar Schritte gehen. (...).</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>In der Reha, die wussten auch ganz genau welche Medikamente ich bekomme und ähm da war ein Arztbericht dabei in dem stand alles drin ähm was funktioniert hat.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Ich musste die Papiere unterschreiben (...) und den Rest hat das Krankenhaus organisiert. lange Pause hm (bejahend) (...) ja so war das als ich in die Reha kam.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Reha wurde verlängert (...) (unv.) da war ich sehr lang (...) dann durfte ich nach Hause.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ich habe mir darüber auch nicht keine Gedanken gemacht, weil man in dieser Rehaklinik so beschäftigt ist mit seinem Tagesablauf und sich ähm mit der Krankheit (...) auseinander zu setzen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Die Vorbereitung ich weiß nicht warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst welche Probleme da auf mich zukommen könnten. (lange Pause) (seufzen) (beklommen) #00:17:36-3#</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege	<p>Im Nachhinein war es wohl ein Fehler, meine Mutter hat sich bereit erklärt meinen Vater mit nach Hause zu nehmen (...) ohne Reha. (lange Pause) (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Alle haben versucht auf uns einzuwirken und letztendlich haben wir der Entscheidung auch nachgegeben, weil wir sagten, es ist die Entscheidung unserer Eltern, die sich jetzt so entschieden haben</p> <p><i>Eltern-Kind Konflikt (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Was uns wirklich gut getan hat ist das die Ärzte, Pflegekräfte und die Sozialarbeiterin, die schon enttäuscht waren, dass der Vater diese Rehamassnahme nicht antritt uns dann wirklich geholfen haben für zu Hause alles vorzubereiten.</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Sie haben auch mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>hat vorher Hilfsmittel wie einen Toilettenstuhl zusammengestellt, einen Rollstuhl, haben mit meiner Mutter gesprochen das sie bei der Krankenkasse den Antrag auf Kostenzuschuss stellt, um das Bad behindertengerecht umzubauen hm (bejahend)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>und ähm auch die Nachbarn, die ihre Unterstützung bei der Pflege / die zu meiner Mutter gesagt haben sie unterstützen sie. In erster Linie war das die Sozialarbeiterin und Nachbarn und Freunde. (lange Pause) #00:06:19-7#</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Ich glaube es wäre vielleicht anders verlaufen / vielleicht wäre es auch so ausgegangen aber (...), wenn wenn mein Vater in dieser Rehabilitation sich schon hätte, können weiterentwickeln</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>ja ich glaub es war nicht gut, dass er direkt nach Hause gekommen ist</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege	<p>B: (lange Pause) (seufzen) (beklommen) ja ja (...) die ja die (seufzen) (beklommen) ja die Entlassung, wir hatten der Mama versprochen, dass wir uns um sie kümmern und sie hat / wir dachten ja dass es eine begrenzte Zeit ist und wir haben beschlossen das wir sie nach Hause nehmen und sie zu Hause versorgen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Meine Schwester hat sich für zwei Monate von ihrem Arbeitgeber freistellen lassen und wir wollten sie bei mir zu Hause in einem</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Zimmer unterbringen und sie pflegen, solange sie noch bei uns ist / wollten wir das selbst übernehmen mit einem Pflegedienst. Die Sozialarbeiterin und die Krankenschwester haben uns sehr gut beraten.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Auch die Ärzte haben gefragt was wir alles benötigen wie die Wohnung aussieht, haben Rezepte erstellt- ich habe im Sanitätshaus ein Pflegebett bestellt.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Der Pflegedienst vom Hospiz kam schon in das Krankenhaus und haben sich mit uns und der Krankenschwester am Bett unterhalten. Sie haben die Krankenakte sehr genau studiert. (...) da / wir dachten wir hätten uns gut vorbereitet. (...) #00:07:04-9#</p> <p><i>Im Vordergrund steht die palliative Pflege der Patientin. Aufgrund der hohen Bereitschaft der Töchter die Pflege zu leisten wird die Pflege in einem Hospiz erst gar nicht in Erwägung gezogen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Wir hatten völlig falsche Vorstellungen und es hat uns auch keiner darauf vorbereitet, wie das werden könnte. (...) #00:12:05-9#</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>
	Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege	<p>In so (...) der Reeha (...) ging dann viel viel (...) schnell</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>B: (seufzen) (beklommen) scharfes Einatmen diee (...) so (...) so iihhh bin (...) alle Ärzte (...) so (...) so sehr dankbar (...) das iihh nicht (...) sterben muss pso (...) so kein Wiindelkk (unv.)</p> <p><i>Das Empfinden von Abhängigkeit (Unterstützung bei der Ausscheidung) wird mit dem Sterben in einem Satz genannt. Ich bin so dankbar, dass ich nicht sterben muss und kein so Windelkacker... (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf	<p>Insgesamt war der Klinikaufenthalt auch ziemlich kurz. #00:02:33-1#</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>hm Die Vorbereitung auf die Entlassung war sehr gut</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>Die Ärzte haben mir alles erklärt. Die Sozialarbeiterin kam zu mir und wollte eine berufliche Reha für mich in die Wege leiten. (...)</p> <p>B steht mitten im Erwerbsleben. Richtig ist der Ansatz die Erwerbsfähigkeit im Hinblick auf bestehende Defizite zu prüfen und anzupassen.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>Das habe ich aber abgelehnt / weil ich an sich (...) ja so gar keine Ausfälle habe. Ich habe keine Symptome mehr.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Ich habe im Krankenhaus alle Medikamente und Bescheinigungen erhalten. Ich hatte alles was ich brauche. Die Ärztin hat mich informiert, wann ich zum Hausarzt muss, welche Untersuchungen bei Fachärzten noch stattfinden müssten. Das stand auch alles in dem Arztbrief, den ich gelesen habe. Ich war gut aufgestellt. #00:04:29-6#</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>Andererseits wollte ich den Krankenhausaufenthalt und die Reha Maßnahme so kurz wie möglich halten.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>Ich war sehr zufrieden mit der Behandlung und dem Behandlungsteam. Es war eine sehr vertrauensvolle angenehme Atmosphäre. Alle waren sehr offen. Ich konnte jeden ansprechen.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 10</p> <p>Ich wurde immer sehr gut informiert. Es hat auch niemand versucht mich zu etwas zu überreden das ich nicht möchte. (...)</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 10</p>
	<p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege,</p>	<p>Aber ich wusste gar nicht / was ich da soll und wann ich wieder nach Hause kann. (seufzen) (beklommen) da muss ich mich mit meiner Frau unterhalten. (unv., #00:01:16-4#)</p> <p><i>Fehlende Fähigkeit sich an die neue Situation anzupassen. B ist sich darüber bewusst, verlässt sich auf seine Frau, die ihm das alles erklären wird (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich war nicht lange dort im Krankenhaus und jetzt gehe ich wieder zu meinem Doktor zum Doktor M. da bin ich ja schon lange in Behandlung und dann muss man mal schauen ja wie es weitergeht. (...) #00:02:28-4#</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p>
	<p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen)</p>	<p>Deshalb hielten wir das jetzt für den richtigen Zeitpunkt diese Idee in die Tat umzusetzen. Auf fremde Hilfe sind wir nicht angewiesen. Als Krankenschwester weis ich was da zu tun ist und habe auch sehr viele Kontakte. Trotzdem war es extrem schwierig überhaupt einen Platz zu finden. In die Kurzzeitpflege wollten wir ihn eigentlich nicht bringen. Weil wir Angst haben, wenn er zu oft den Ort wechselt, dass er dann durcheinander wird, und haben ihn dann übergangsweise zu uns nach Hause aufgenommen. hm (bejahend)</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>die Sozialarbeiterin hatte uns ihre Unterstützung angeboten.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>Wir ähm haben letztendlich für ihn ein zwei Zimmer Apartment gefunden in Saarbrücken im L. das ist bei uns um die Ecke.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>Das ist für ihn eine sehr gangbare Lösung. Er ist nicht mehr so isoliert, er bekommt sein Mittagessen, er kann spazieren gehen, er kann in die Stadt gehen, er kann uns kurzfristig besuchen wir sind in 15 min zu Fuß dorthin gelaufen. So dass wir uns letztendlich im</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Rahmen dieser Entlassung sehr sicher fühlten, weil wir im Prinzip wussten, was wir wollten und was wir tun mussten. (...) #00:05:10-5#</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p>
	<p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege</p>	<p>B: Der Arzt kam sehr schnell zur Sache ähm er hat gemeint ich soll mich darum kümmern er könne sich nicht vorstellen, dass mein Vater mit dem gelähmten linken Bein sich noch selbst versorgen könne, er habe auch Vorerkrankungen- er ist Diabetiker und dialysepflichtig, die Versorgung zu Hause hat offensichtlich eher schlecht als recht funktioniert.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Er hat gemeint, dass eine Selbstversorgung zu Hause auf Dauer nicht mehr in Frage käme</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Ich möchte mich bitte darum kümmern, dass man einen Heimplatz findet. (seufzen) (beklommen) oder ich solle die Versorgung sicherstellen. lange Pause ähm (...)</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>lange Pause) Das Krankenhaus hat eine Reha Antrag gestellt (...) danach ist der Papa / er konnte inzwischen im Rollstuhl sitzen. (...) nach Blieskastel in die Reha überführt worden.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Das war dort sehr schlecht organisiert.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die waren über seine Vorerkrankungen nicht so gut informiert. Er hat ein Zimmer bekommen, das nicht Rollstuhlgerecht war und irgendwie hat dort keiner nach ihm gesehen so, ob es ihm gut geht. (...) Das war eine Reha für Menschen die sich selbst so weit schon versorgen können.</p> <p>Defizite in der Vorbereitung in die nachsorgende Versorgungsumgebung.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Irgendwie hatte ich das Gefühl, dass diese Rehaeinrichtung der völlig falsche Ort für ihn ist.</p> <p><i>Falsches Setting (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Poahh (...) lange Pause Die Situation ist wie sie ist. (...)</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 10</p> <p>Dankbar war ich für die klare Ansage des Arztes, die mich zwar im ersten Moment ziemlich geschockt hat, aber im Nachhinein für die weitere Planung und Ausrichtung ähm dies dieser ganzen Vorgehensweise ähm einfach sehr sehr wichtig war. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 10</p> <p>Es war der Auftrag und die Rechtfertigung tätig zu werden. (...) #00:09:28-1#</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 10</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
	Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege	<p>B: ((oooooh Zögerungslaut)) ((scharfes Einatmen)) Die haben mich alle unter Druck gesetzt.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Ärztin hat gesagt ich muss mich da jetzt um alles kümmern und ich muss mich um die Mama kümmern.</p> <p><i>B fühlt sich von der Ärztin stark unter Druck gesetzt. Ein Hilfsangebot über den Sozialdienst erfolgt nicht (Memo).</i></p> <p>Und ich muss kucken dass zu Hause alles läuft.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Sie hätte einen Reha Antrag gestellt aber die die wie heißt das (...) die Kosten Kostenzusage stand noch nicht</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Da hat die gesagt das müssen sie jetzt aber machen, weil das ist ihre Mutter. (seufzen</p> <p><i>Ausüben von psychischem Druck durch die Ärztin (Memo)</i></p> <p>) (beklommen).</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Und dann ((Zigarettenzug)) ähm (seufzen)(beklommen) ist die Mama halt mit dem Taxi heimgekommen.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Dann sagen die immer Sie müssen sich um ihre Mutter kümmern, sie müssen das und das machen. ((Zigarettenzug)) (seufzen) (beklommen). #00:06:54-8#</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>B: ((aahh ungeduldig)) Ich schaffe das einfach nicht, das kann man doch nicht von einem verlangen. (...) Das kann man doch einfach nicht von einem verlangen. Warum muss ich mich dann da immer / was kann denn da passieren, wenn ich sage, wenn ich sage, ich kümmer mich nicht darum dann kommt die Kripo irgendwann.</p> <p><i>Rückgriff auf in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen im Kontext der Familie (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege	<p>B: (lange Pause) In der Vorbereitungszeit haben wir uns schon sehr viel von den Schwestern und Pflegern erklären lassen, haben ähm auch so einen Kurs bei der Krankenkasse gemacht.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Mein Vater hat sehr viele Fragen gestellt wie Dinge zu tun sind. Wir haben einen Pflegedienst und eine Pflegekraft ausgesucht die bereits mit dem Krankenhaus Kontakt aufgenommen hatten.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die haben sich bei den Schwestern zusammen die Akte und die Medikamente angesehen, waren bei unserer Mama und haben meinen Vater einbezogen. Die waren zu Hause und haben sich unser Haus begutachtet / haben mit meinem Vater alles</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>besprochen so auch wo die Pflegekraft wohnen kann. Wie das Pflegezimmer eingerichtet werden muss</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Sozialarbeiterin hat ähm uns bei den ganzen Formalitäten unterstützt und auch der Pflegedienst.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Vorbereitung war sehr gut, die haben uns auch beraten was wir alles noch brauchen, was wir alles ähm beantragen müssen (...) das hätten wir alleine also mein Vater und ich nicht bewältigen können und mein Vater sowieso nicht</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Mein Vater hat mit mir die Einrichtung des Zimmers und zusammen mit dem Pflegedienst die Sachen im Sanitätshaus bestellt. Wir waren auf dem Betreuungsgericht und haben die Betreuung einrichten lassen. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Haben mit dem Hausarzt gesprochen (...) und alles eingerichtet / das war alles geplant.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Ärzte auf der Station haben zugesichert, sie wird auch wirklich erst nach Hause entlassen, wenn alles da ist. Zu einem fest geplanten Zeitpunkt, sodass wir alles zu Hause haben, was wir brauchen. (lange Pause) #00:05:12-1#</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: Das Behandlungsteam war toll. Besonders das Ärzteteam und die Pflegekräfte. Ohne das Behandlungsteam auch mit den Therapeuten das die Pflege mit dem Pflegedienst organisiert hat so dass das reibungslos funktioniert hat hätten wir das nicht geschafft. Dafür sind wir dem Team auch sehr dankbar vor allem den Ärzten. #00:08:52-3#</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
Ressourcen und Potentiale	Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege	<p>Normalerweise halte ich mich an dem Rollator fest. <i>Verbesserung der Unabhängigkeit und Mobilität (Memo)</i>. Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: (...) ähm meine Kinder (...) da mein Sohn, der wohnt nebenan (...) meinem Sohn dem (...) habe ich das Haus überschrieben (...). Die Schwiegertochter (...) die schaut (...) nach mit (...) deshalb habe ich dem (...) Sohn ja das Haus überschrieben (...). Die bringt mittags essen (...) Mein Sohn der arbeitet so viel (...) aber die schauen nach mir (...) #00:04:20-6#</p> <p><i>Angst, den Kindern zur Last zu fallen. Überschreibung von Grund- und Boden als Gegenleistung für die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>(...) ich gehe da ins Barbara (...) da dreimal nachmittags in der Woche (...). Sie sollten mal sehen (...) wie ich da rumzische (...) lacht da sind lacht da sind auch Frauen (...) da sind da sind (...) zwei Frauen lacht lacht mit denen verstehe ich mich gut (...). Da kann man mittags, da macht man (...) da gibts Kaffee (...) da gibts auch</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Kuchen (...) da bin ich nicht so alleine (...) (unv., #00:05:37-2#) (...) da ist die Ingeborg mit der verstehe ich mich saugut (...) (unv., #00:05:48-2#) (...) #00:05:52-5#</p> <p><i>Auf die Frage zur Vorbereitung der Entlassung geht B nur kurz mit einem "es wäre alles in Ordnung gewesen „ein. Dafür wechselt er begeistert zu der detaillierten Beschreibung seiner Nachmittage im Seniorentreff in der Tagespflege in der Einrichtung St. Barbara Seniorenresidenz. Trotz der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen haben soziale Interaktionen während die Kinder ihrer Berufstätigkeit nachgehen einen hohen Stellenwert. Dies drückt sich in der Aussage "da bin ich nicht so alleine" aus (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege	<p>ähm Mein Mann, der ist sehr fixiert auf mich und ich auch auf ihn. (...)</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Unterstützt hat mich dabei meine Freundin. Die ist Krankenschwester, die arbeitet dort in der Klinik und die hat immer versucht noch irgendwelche Dinge zu regeln oder hat für mich vorab schon mal Rezepte besorgt und Dinge organisiert bevor wir nach Hause kommen wie Termine beim Hausarzt dann, weil ich das gar nicht alleine hinbekommen hätte. #00:03:59-1#</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Dann kam ja einmal am Tag die Haushälterin und die Frau vom Pflegedienst.</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf	<p>ich bin sehr jung. Ich arbeite auch noch</p> <p>Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben</p> <p>(...) und ähm dann hat mir der Arzt gesagt ich soll noch eine Reha machen. Das hat die Sozialarbeiterin alles mit mir in die Wege geleitet. (...)</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>#00:02:39-4#</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>B: hm (bejahend) meine Eltern und mein Partner haben mich sehr unterstützt.</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>Sie haben mich jeden Tag im Krankenhaus besucht</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>Aber es hat mir gutgetan, dass ich weiß, dass ich eine Familie habe und dass die bei mir ist und das die mich unterstützen und zu mir halten. #00:03:34-4#</p> <p><i>Verstärkung der Unsicherheit durch die Reflexion der Hilflosigkeit der Angehörigen (Memo).</i></p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>ich habe viel mit der (...) Logopädin (unv.) geübt (unv., #00:04:09-9#) und dabei hat mir geholfen, dass ich zu Hause mit meinem Freund geübt habe dort konnte ich diese komischen ähm Geräusche (...) die Anfangs aus meinem (unv.) Mund kamen da konnte ich üben (...) ohne dass es ähm mir peinlich sein musste. hm (bejahend)</p> <p><i>Kontrollverlust und Schamgefühl- Versucht die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, wendet Strategien an, um die eigenen Ressourcen zu verbessern, nimmt Einfluss auf Veränderungsmöglichkeiten (Memo).</i></p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>Das hätte ich ohne meinen Freund nicht geschafft. (lange Pause) #00:04:31-9#</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>es waren Therapeuten da wir sollten ihm nichts geben das würde die Schwester machen. (seufzen) (beklommen) (lange Pause) #00:01:40-2#</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: So über die Entlassung hat man mit der Mama geredet. Es gäbe eine eine Sozialarbeiterin, die war bei der Mama und hat die Formalitäten mit ihr für die Früher (unv.) Früh Reha die man die da dann hatte er auch sehr schnell einen Platz. (seufzen) (beklommen).</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Das habe ich mit der Krankenkasse alles geregelt mit der Kostenzusage also da hat uns da hat man uns vorher ähm schon alles erklärt (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Sicherheit hat uns gegeben, dass nach der Entlassung erst ein Reha Aufenthalt erfolgt und wir hatten ganz ganz große Hoffnung, dass der Papa sich dort noch besser erholt. (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Er konnte mit Hilfe aufstehen und die Krankenschwester hat gesagt, die Schluckstörung wäre nicht so schlimm das würde wieder besser. Er dürfe essen, er würde Brei essen und pürierte Kost zu Mittag lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>ja der Übertritt in die Früh Reha da hat uns die Sozialarbeiterin und die Ärztin gut beraten und wir ähm wussten, dass jetzt zu Hause keine Pflege ansteht (lange Pause) #00:03:58-1#</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>B: (lange Pause) hm (bejahend) Das Pflegeteam auf dieser Schlaganfallstation hat der Mama ganz viel erklärt und sie getröstet die haben ihr gezeigt, wie man das mit dem Essen gibt, dass er sich nicht verschluckt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Die Sozialarbeiterin hat uns gut unterstützt.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>...) ähm hat uns geholfen, dass die Mama sonst immer sehr vernünftig ist und uns auch beruhigt hat und dass wir Geschwister untereinander immer viel telefoniert, haben (...)</p> <p><i>Die Ehefrau des Patient:innen trägt die zentrale Verantwortung in der Familie. Neben der Pflege des Ehemanns muss Sie dafür Sorge tragen, dass sich ihre Kinder nicht zu sehr mit der Verantwortung für den pflegebedürftigen Vater als auch um sie selbst belasten (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Also im Krankenhaus hat die Logopädin noch gesagt und die Schwestern sie hätten einen Schlucktest durchgeführt und der Papa könne weiche Kost zu sich nehmen und das wäre inzwischen alles unproblematisch</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Also der Papa ist dann nach Hause entlassen worden von der Rehaklinik. Wir hatten zwei von diesen Beuteln mit der Nahrung dabei</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Zuerst war eine Logopädin bei uns zu Hause</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>dann hat die Mama ihn wieder nach Hause genommen. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>dann haben wir das mit diesem ambulanten Pflegedienst geholt. Die haben die Mama sehr unterstützt. Die haben genau gewusst, wo wir bei der Krankenkasse Dinge beantragen müssen haben das für uns auch zum Teil übernommen hm (bejahend)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Die Logopädin ist nochmal gekommen und ähm ähm (...) (seufzen) (bekommen)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Ich habe selbst dann im Internet recherchiert und habe Nahrung dazu gekauft. Die Logopädin hat uns da auch einiges erklärt was man noch geben kann (...) und (...) dann nach sechs Wochen konnte er Brei schlucken und inzwischen ist es so, dass er viele Sachen zusätzlich essen kann. Die Mama kocht Nudeln, Kartoffeln so so Fisch ohne Gräten mit Soße und püriert das. (...) Spinat geht ähm Eintöpfe, Suppen, die passiert sind.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Es scheint jetzt doch so er hält sein Gewicht und dass wir vielleicht in ein paar Monaten, wenn sich das stabilisiert diese ähm Sonde am Bauch nochmal entfernen können. Wir haben jetzt nochmal einen Antrag auf ähm Logopädie gestellt, damit nochmal ganz viel das Schlucken geübt wird und ähm, wenn er dann auf Dauer essen kann, kann der Magenschlauch wieder entfernt werden. seufzen (bekommen)</p> <p><i>Die Hoffnung haben, die Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme zu verbessern und erreichbare Ziele zu anzustreben (Ernährungssonde entfernen) (Memo).</i></p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Das hat uns später die Krankenschwester vom ambulanten Pflegedienst beigebracht. (lange Pause) #00:12:17-0#</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Weil für den Papa war, essen immer ganz wichtig</p> <p>Auf Ressourcen vor der Schluckstörung zurückgreifen</p> <p>(...</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Aber jetzt geht es ja wieder Aufwärts und wir hoffen das die Bauchsonde bald entfernt werden kann. lange Pause #00:15:07-5#</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	<p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>Offenbar hat mich die Nachbarin gehört. Sie hat einen Schlüssel zu meiner Wohnung, weil sie manchmal meine Katze versorgt wenn ich beruflich unterwegs bin. (...) Die Nachbarin hat den Notarzt gerufen und versucht mich zurück in das Bett zu schaffen (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>.Im zweiten Schritt habe ich (...) habe ich mir überlegt (...) das ich überhaupt überlebt habe (...) es sollen einige der Menschen den Schlaganfall nicht überleben hat der Arzt erklärt.</p> <p>Ressource die Hoffnung zu verstärken und die Sinnhaftigkeit des Lebens neu zu definieren</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Der Arzt erklärt einige Menschen haben das und merken es nicht, leben damit gut. lange Pause ja so war das bei dieser / also die Zeit zur Aufnahme das nehme ich verschwommen war. lange Pause #00:05:46-0#</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: Ich wurde dann nach ein paar Tagen auf eine neurologische Station verlegt. (...) dort begann die Rehabilitation (...) es kam die Logopädin, die sich sehr viel Mühe mit mir gemacht hat (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>(...) scharfes Einatmen später hat sie mir dann (...) ähm Bilder gezeigt ähm (...) ich hatte am Anfang sogar manchmal zweimal am Tag Unterricht von der Logopädin. Schlucken konnte ich gut (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>(...) inzwischen mache ich das so oder habe ich das so gemacht, wenn mir Worte nicht einfallen, beschreibe ich die. Mit der Zeit wird man da sehr geschickt, so dass das Gegenüber das manchmal nicht merkt. (...)</p> <p><i>Bewusste Steuerung zur Verbesserung des Wohlbefindens-Ressource Identifikation von eigenen Potentialen, um die Beeinträchtigung zu kompensieren aus dem Wunsch heraus mehr Selbstbestimmung zurückzugewinnen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>so nach und nach der Physiotherapeut, der war jeden Tag bei mir dann hat sich die Muskulatur etwas erholt. Die Muskeln waren hatten wieder mehr Kraft etwas zu tun.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>. Dazu kam die Ergotherapeutin die (...) mit mir geübt hat ä mich anzuziehen wie man welche Hilfen es gibt ähm (...) und ähm (...) ich sollte mir andere Schuhe zulegen (...).</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>in der Reha haben die den Urinkatheter entfernt. (lange Pause) Dort wurde ich schnell selbstständiger. (...) ich konnte bald alleine ein bisschen spazieren gehen ohne Hilfe (...)</p> <p>Erleben einer höheren Selbstbestimmung und das Wiedererlangen der Kontinenz. Ressource mehr Selbstbestimmung durch größere Mobilität und einem geringeren Unterstützungsbedarf durch andere Personen. Hohe Eigenmotivation</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Sozialarbeiterin, die hat das alles vorbereitet.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>damit haben wir erst angefangen ähm meine Schwester hat mir geholfen und mein Schwager in der Wohnung das etwas umzubauen. Wir haben einen Griff an die Treppe gemacht (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ähm meine Schwester hat einen Duschsitz für die Badewanne organisiert damit ich mich duschen und waschen kann.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>unv.) ich war absolut auf meine Familie angewiesen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>da hat mir der Hausarzt geholfen und hat da etwas hingeschrieben ähm hat das geklappt</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>. Ich habe versucht schnell die Übungen alleine zu machen damit ich unabhängiger werde. Ich habe Medikamente, die das Blut verdünnen das Marcumar (...) da muss man seine Ernährung umstellen. Das sind alles Dinge, die sind mir erst zu Hause bewusstgeworden. Die Blutwerte müssen kontrolliert werden. Es gibt Lebensmittel die soll man meiden. (...) auswirken (...) es braucht halt viel Geduld</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>in der Wohnung kann ich mich ganz gut Fortbewegen.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Ansonsten hat die Beweglichkeit des Armes und der Hand sehr gut zugenommen. da habe ich viel geübt.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ich will die Hoffnung nicht aufgeben (...), weil von Pflegebedürftig bin ich in meiner Wohnung in meinem eigenen Umfeld schon wieder sehr selbstständig. (lange Pause) #00:15:23-9#</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p><i>Ressource Selbstbewertung von Beeinträchtigungen und Stressfaktoren im Kontext verhaltensbezogener Anstrengungen. Nimmt umgebungsbedingte Veränderungen war- Verbessertes Coping (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: Ohne meine Familie wäre ich nach der Entlassung komplett aufgeschmissen gewesen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Ohne meine Eltern und meine Schwester und meine Schwager hätte ich mich gar nicht versorgen / ich weiß gar nicht wie das hätte gehen sollen / da hat mir ganz klar / hat mich die Familie unterstützt durch diese schwere Zeit hindurchzukommen und auch ähm mich zu versorgen. (lange Pause) #00:16:35-9#</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p><i>B definiert klar den Unterstützungsbedarf, den er im Rahmen der Entlassung benötigt hätte. Er beschreibt die Bedarfssituation detailliert.</i></p> <p><i>Wenn meine Schwester sich nicht um die ganzen Papiere gekümmert hätte, die Anträge gestellt hätte / das kann man alleine nicht (...) dann weiß ich nicht / dann hätte ich alleine dagestanden (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>B: (lange Pause) Im Krankenhaus und in der Reha die Behandlung die die war sehr sehr gut. Da habe ich mich sehr gut aufgehoben gefühlt. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	<p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>ein Vater ist ein sehr zuversichtlicher fröhlicher Mensch der anderen Menschen in Not immer hilft und der auch viel Optimismus um sich herum verbreitet</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>die Ärztin hat uns sehr sehr viel Mut gemacht und hat erklärt, das wird ein sehr sehr langer Prozess (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>man weiß nicht, welche Dinge sich erholen</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich glaube, dass meine Mutter so viel bei ihm war in dieser schweren Zeit hat ihm was die körperliche Genesung angeht geholfen. (lange Pause) (seufzen) (bekommen)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wir hatten oft am Abend telefonischen Kontakt zu meiner Mutter und sind dann / ich bin mit meinem Bruder im Wechsel abends dorthin gefahren, habe mit den Ärzten gesprochen (seufzen) (bekommen)</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Meine Mutter berichtet er hätte tagsüber sehr sehr viel Untersuchungen, es käme ein Physiotherapeut zu ihm.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Er hat am zweiten Tag auch schon im Sessel gegessen.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Das mit dem Schlucken ging ganz gut</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Er war sehr müde und hat überwiegend geschlafen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Nach einigen Tagen wurde er dann von der Schlaganfallstation auf eine andere neurologische Station verlegt.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Die Sozialarbeiterin hat mit uns die Unterlagen für die Krankenkasse ausgearbeitet für den Rehantrag, das hat auch die Ärztin mit uns besprochen</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>wir hatten eine Haushaltshilfe, die uns von der Sozialstation über die Krankenkasse zugeteilt wurde.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>wir mussten ihn in die Kurzzeitpflege bringen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>in diesem Pflegeheim ist / hat uns dieser Einrichtungsleiter, mit dem hatten wir sehr viele Gespräche der hat uns auch sehr unterstützt. Er hat erklärt, warum sich Menschen nach so einer Erkrankung oft verändern so dass wir uns entschlossen haben ähm dauerhaft einen Platz für unseren Vater in diesem Pflegeheim zu suchen.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>. Wobei der Einrichtungsleiter Herr M. und dahingehend unterstützt hat / der Vater ist im Pflegeheim in professioneller Umgebung besser aufgehoben als zu Hause mit meiner Mutter die ihn / da ist keinem gedient die nicht in der Lage ist ihn zu versorgen (...) und sich die beiden den ganzen Tag anschreien. ähm er zu Hause immer wieder stürzt und damit seine Gesundheit noch mehr gefährdet ist, wenn er sich noch einen Oberschenkel Bruch zuzieht und im Krankenhaus operiert werden muss.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>er hat sich nach langer Zeit in dem Pflegeheim auch eingewöhnt. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Meine ähm meine Mutter besucht ihn mehrfach in der Woche. Mindestens an vier Tagen.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Er hat dort auch soziale Kontakte geschlossen. Es ist für meine Mutter auch besser, wenn sie dort ist geht sie mit ihm spazieren Sie kümmert sich um meinen Vater und muss nicht noch darum das ganze Leben organisieren, so dass sie / im Prinzip ist sie jetzt nicht mehr so oft bei ihm, aber wenn sie da ist, hat sie mehr Zeit für ihn als vorher. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>so dass diese Lösung letztendlich für alle das Beste war, Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Darüber brauchen wir uns jetzt nicht mehr zu beklagen es ist jetzt so wie es ist Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>danach hatte ich ein Gespräch mit dem Intensiv-Arzt im Arztzimmer. Im Rahmen der Narkose und dem operativen Eingriff am Gefäßsystem (Bein) kommt es zu einer lebensbedrohlichen Krise. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wir haben mit dem Hausarzt gesprochen und der erklärte uns so etwas könne durchaus vorkommen- das seien halt die Risiken. (...) Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Nach den Tagen auf der Intensivstation wurde sie auf die Schlaganfallstation verlegt (...) dort hat uns erstmals die Frau Dr. F. erklärt, wie es um die Mama bestellt ist. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Sie konnte mit dem Löffel so etwas Apfelmuss oder angedickte Flüssigkeiten in den Mund nehmen (...) sie hätte keine künstliche Ernährung gewollt. (...) #00:05:04-6#</p> <p>Die Patientin ist schwach, erholt sich nur langsam von dem Eingriff und den Folgen des Schlaganfalls. Sie benötigt Unterstützung bei allen pflegerischen Verrichtungen. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wir waren zwar technisch gut ausgestattet und vorbereitet <i>Das Pflegegeschehen wird überwiegend auf die pflegebedürftige Patientin fokussiert. Der Situation der Töchter, die pflegerische Laien sind, wird vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Memo).</i> Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Der Pflegedienst kam zum Waschen (seufzen) (beklommen) und um die Medikamente zu verabreichen. Der Pflegedienst vom Hospiz kam um ihm die Schmerzmittel zu geben. Die haben auch immer sehr viele Gespräche mit uns geführt. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Ich musste den Pflegedienst anrufen und den Nachbarn. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Wir denken wir schaffen das auch noch ein paar Monate. (lange Pause Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>lange Pause) der Palliativpflegedienst vom Hospiz (seufzen) (beklommen) hat uns noch zwei Frauen geschickt, die ehrenamtlich zu uns kommen damit wir zum Einkaufen können. lange Pause Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Mit den Schmerzmitteln ist sie jetzt gut eingestellt.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Sie weint und jammert nicht mehr (...).</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Die Schwester von dem Palliativ Pflegedienst schaut jetzt nach einem Seniorenpflegeheim, das sich auf Palliativpatienten ausgerichtet hat. Im Hospiz sind wir angemeldet,</p> <p><i>Aufgrund der komplexen hochaufwändigen Pflege sind die Töchter nicht in der Lage, die Versorgung im häuslichen Umfeld zu organisieren und sicher zu stellen. Sie stimmen einer Übersiedlung in ein Hospiz zu.</i></p> <p><i>das ist aktuell kein Platz frei (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wir machen es so gut es geht. #00:15:24-5#</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>lange Pause) sooo (...) so als iihhh im Roollstuhl sitze konnte (...) ähm mach / maache ich (...) so (...) so alle Übungen (unv.) (unv., #00:07:37-5#) mit.</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>l(ange Pause) liihh mit (...) mit / mit dem Rooller (unv.) gehen kkon (unv.)</p> <p>Broca Aphasie Telegrammstil mit kurzen ein-und Zweiwortsätzen. Möchte die Selbstbestimmung durch starke Beteiligung an der Therapie verbessern</p> <p>dachte iihh ich so (...) so (...) so ich will (...) kein (unv., #00:12:30-5#) sei</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Meiine gute (...) gute (...) gute Fraau so (...) gibt mir Kraaft so (...) so (...) Lebenswille (...). Sie kümmere sich so (...) so um lange Pause Papier (...) mit so (...) ((husten)) ((husten)) ((Singultus)) ((Singultus)) (lange Pause</p> <p>Stimmlage hochemotional "meine gute, gute, Frau" "gibt mir Kraft und Lebenswillen" "Sie kümmert sich so"</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>lih habe so (...) so (...) alles immer / immer mitmache (...) ((Husten)) ((scharfes Einatmen)) ich kann kann so (...) so mit Stocken gehen (...) so (...) so (...) hat miir gehoolfen das / das ich so (...) so kein Windelkaacker.</p> <p><i>Windelkacker- erleben von Abhängigkeit /Unterstützung brauchen bei der Ausscheidung Verlust von Würde und Selbstständigkeit (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Da so (...) so (...) „hat die Reeeha viel gehoolfen“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) (...) un meine Fraau(...).</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>(...) dass ich (...) so (...) so zu Haause wohne kann. lange Pause seufzen (beklommen) #00:14:54-8#</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10
	Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf	<p>ich (...) ähm habe Glück, dass ich keine keine großen Beeinträchtigungen habe.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>: hm (bejahend) In erster Linie hat mich mein Ehemann unterstützt</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>schluckt da wusste ich das zu Hause alles läuft und die Kinder gut versorgt sind. Er hält mir den Rücken frei. Auch meine Schwiegereltern (...) ((schluckt))</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>Ich habe mit meinem Chef telefoniert. Der hat mir empfohlen eine Wiedereingliederung also zuerst eine Reha und dann eine Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell zu starten und nach vielen Diskussionen werde ich mich darauf einlassen und werde zuerst diese Rehabilitation antreten / diese Anschlussheilbehandlung, um danach im Stufenmodell in den Beruf wieder einzusteigen.</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz nach längeren Krankheitsphasen während des Bezugs von Krankengeld.</p> <p>Auch wenn ich mich Moment leistungsfähig fühle und nicht das Gefühl habe, das da irgendwelche Einschränkungen auf mich zukommen.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>insgesamt bin ich froh, dass ich bisher ähm so aus dieser Erkrankung herauskomme und alles Weitere wird sich in der Zukunft zeigen. #00:07:38-0#</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 10</p>
	Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege	<p>Also ich kann mich an alles anpassen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich bin jetzt 85 Jahre alt und ich habe 3 Berufe gelernt. (...) Ich habe früher bei Saarstahl gelernt habe dann auf der "Eisenhütte „in Neunkirchen gearbeitet / (unv.) und habe drei Pleiten Firmen miterlebt. Da muss man immer wieder neu von vorne anfangen.</p> <p>Fähigkeit sich an neue Situationen anzupassen</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>lacht)) ((lacht)) (...) ((lacht)) (...) ((lacht)) Da habe ich schon einiges mitgemacht und es kommt immer etwas Neues. lange Pause</p> <p><i>Zurückgreifen auf Ressourcen, um existenzielle Situationen bewältigen zu können (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Da die Schwestern sind nett. (...)</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>hm (bejahend) auf der Hütte habe ich gearbeitet und Stahl gekocht habe ich. Da haben wir ganz lange hier in Neunkirchen gewohnt und die Kinder sind auch hier groß geworden. #00:01:34-8#</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: (lange Pause) Daheim muss ich mich um den Garten kümmern und um meine Frau und meine Kinder. (seufzen) (beklommen) Also die Kinder kommen jetzt nicht mehr so oft aber die Enkelkinder husten.</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Meine Frau, die muss mit dem großen Garten ja ganz viel alleine machen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B:(lange Pause) Die Familie, die Familie ist immer das einzige, wo drauf du dich verlassen kannst. Da haben wir auch immer großen Wert daraufgelegt. Wir hatten ja eine große Familie in Neunkirchen. Und da muss immer einer für den Anderen da sein. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Auf andere Leute brauchst du dich gar nicht zu verlassen. Das wird nichts / in der Regel und Blut ist dicker wie Wasser. husten und wenn es drauf ankommt, dann hilft dir nur deine Familie. Meine Frau und ich wir wursteln so vor uns hin. Die Tochter die hilft noch ein bisschen im Haushalt. (...) #00:03:38-1#</p> <p><i>Tiefes Vertrauen in die Ressource Familie (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>scharfes Einatmen)) Das war für mich damals / damals habe ich gemeint die Welt geht unter. Aber das ist ja nicht so, es geht ja immer irgendwie weiter ((lacht)).</p> <p><i>Ressource Bewältigung von kritischen Situationen und Herausforderungen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Und dann / dann ist ja später die andere Firma auch pleitegegangen und da musste ich noch einmal von vorne anfangen.</p> <p>Ressource sich nicht entmutigen lassen</p> <p>Aber da habe ich ja schon gewusst das da ist dir ja schon mal passiert und da kommt man auch irgendwie durch. Wir haben ja keine großen Ansprüche (...) #00:04:34-4#</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen)</p>	<p>(lange Pause) Daraufhin habe ich Ihm / ich bin Krankenschwester, den Blutdruck gemessen, der war 240 zu 140 und dann habe ich gleich den Notarzt gerufen. Also mein Mann hat den Notarzt angerufen. (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 2</p> <p>Ja dann wurde der H. in N. auf der Schlaganfallstation aufgenommen, bekam Medikamente zum Blutdruck senken und ähm bekam ein CT, wurde am Monitor überwacht (...) dass erst mal der Blutdruck noch mal (...) in Ruhe kommt. Wir hatten das Gefühl, dass er dort sehr gut aufgehoben ist. Er war auch etwas</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>durcheinander, das hat sich in den ersten Tagen dort gelegt. (...) #00:02:14-0#</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 2</p> <p>B: (lange Pause) (unv.) Wir hatten uns vor der Entlassung zusammen mit dem Schwiegervater vorher schon einmal unterhalten.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>hatten vorher schon einmal mit ihm gesprochen, ob er nicht in die Stadt ziehen soll. Er ist gerne aktiv unterwegs. Er hört gerne klassische Musik, er geht gerne viel ins Konzert und in das Theater und ähm das kann er von dort aus nicht.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>. Da ist er umgezogen mit unserer Hilfe.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>B: Die Beratung durch die eigene Familie. Die Schwester von meinem Mann ist Internistin mein (...) mein Mann / das ist die zweite Ehe, die erste Frau ist an Krebs verstorben, der kennt sich mit diesen ganzen Geschichten mit häuslicher Pflege auch sehr gut aus und die haben sich untereinander besprochen. Ich bin im Saarland gut vernetzt / hat mich dieses Netzwerk von Freunden und Bekannten, die auch im Gesundheitswesen tätig sind, sehr gut unterstützt da eine Lösung zu finden. #00:06:01-5#</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 6</p> <p>Jetzt haben wir ihm für das Heim eine neue Stereoanlage gekauft die kleiner ist und mit einem Kopfhörer- System. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 8</p> <p>Ein Teil hat die Familie noch mitgenommen. Die Tochter hat noch ein paar Sachen mitgenommen aber das meiste und das war für den H. das diese Sachen für andere überhaupt keinen Wert darstellen. #00:08:15-7#</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 8</p> <p>Was Terminabsprachen angeht, was nachfolgende Behandlungen angeht, bis man Rezepte und Termine hatte. Aber wir sind relativ gut aufgestellt und können uns sehr gut selbst helfen. #00:08:59-7#</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 10</p>
	<p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege</p>	<p>Die Sozialarbeiterin hat den Pflegeantrag und diese ganzen Sachen für den Papa gestellt und (...)</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>so langsam hat sich der Zustand gebessert.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>n der letzten Woche in der Rehaklinik / da hat er dann wirklich schon gute Fortschritte gemacht</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>da kam die Pflegedienstleitung aus dem Pflegeheim in Homburg und die schätzte die Situation neu ein / ne also es sieht so aus er ist nicht vollpflegebedürftig.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Sie würde empfehlen, dass sie ihn im betreuten Wohnen aufnimmt, und zwar nicht in dem Heim, dass ich ausgesucht hatte, sondern in einem anderen Heim von der gleichen Gruppe Pro Senjore dort wären mehr jüngere Männer so um die 60 im Alter meines Vaters damit er dort mehr Gesellschaft hat und mehr am sozialen Leben teilnehmen kann. hm (bejahend)</p> <p><i>Einschätzung des Pflegebedarfes und der Versorgungssituation durch die Pflegerische Fach Expertise (Pflegedienstleitung stationäre Pflege) (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: In erster Linie so rein technisch die Sozialarbeiterin</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 6</p> <p>ansonsten hat mich mein Partner extrem unterstützt durch diese schwere Zeit. Auch diese ganzen Entscheidungen zu treffen und und mit / damit klarzukommen. (...) #00:07:18-5#</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 6</p> <p>ich dachte Fremde Personen würden es dann gar nicht in seinem Sinne entscheiden und würden vermutlich die noch ähm falscheren Entscheidungen treffen als ich sie getroffen habe.</p> <p><i>Konflikt für einen anderen Menschen Entscheidungen treffen müssen (Memo)</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p> <p>B: lange Pause zurückblickend war es gut so wie es war, weil ganz ganz viel später der Papa mal zu mir gesagt hat es gehe ihm im betreuten Wohnen jetzt besser</p> <p><i>Coping- die Fähigkeit den Verlust des selbstbestimmten Lebens im eigenen Haushalt retrospektiv der verbesserten Versorgungssituation im betreuten Wohnen gegenüberzustellen und positive Veränderungen zu erkennen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 12</p> <p>Das kann er jetzt im betreuten Wohnen, weil er sich zumindest um seine Grundversorgung keine Gedanken mehr machen muss und immer andere Menschen um sich hat. #00:10:13-4#</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 12</p>
	Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege	<p>(seufzen) (beklommen) und sie war auf der Schlaganfallstation und der Arzt hat gesagt die Mama hat einen Schlaganfall. Sie konnte aber alles Bewegen</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Dann hat meine Nachbarin, die ist Krankenschwester (...) die hat mir so einen Termin gemacht da bei der Caritas so bei der Sozialunterstützung. seufzen (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>
	Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege	<p>Dann war sie von dem Beatmungsgerät weg und wurde wieder auf die Schlaganfallstation zurückgelegt. (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Aber wir haben immer das Gefühl, wenn wir bei ihr sind, dass sie uns wahrnimmt und dass sie froh ist, wenn ich oder mein Vater in ihrer Nähe sind. (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wir haben das Glück, dass wir ein großes Haus haben meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Deshalb haben wir uns entschlossen mit der Hilfe einer Pflegekraft und dem Pflegedienst die Mama nach Hause zu holen. #00:03:05-9#</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: Ich glaube die größte Unterstützung ist der Familienverband zwischen meinem Vater und mir und meinem Mann. (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Wir wollten uns gemeinsam um die Mama sorgen. Wollten (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>was uns besonders unterstützt, ist das meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind und sich gewisse Probleme nicht als Problem darstellen Zum Beispiel die Anstellung einer Pflegekraft bei uns zu Hause.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Geld / weil Geld ähm in der guten Pflege wirklich eine große Rolle spielt. Sei es bei der Einrichtung des Zimmers, beim Aussuchen eines Pflegedienstes. ähm Wir mussten vieles selbst bezahlen, das kann auch nicht jeder (...) hm (bejahend) ähm da konnten wir einiges beschleunigen, weil wir in Vorlage gegangen sind (...) ähm und das später eingereicht haben bei der Kasse. #00:06:25-3#</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Geholfen hat uns dabei (...) (seufzen) (beklommen) der Familienverband und unser Hausarzt, der uns auch immer bestärkt hat und alles erklärt hat. #00:08:17-8#</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
Herausforderungen und Stressoren	Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege	<p>wissen Sie mir ist oft so schwindelig im Kopf (...)</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>das dauert ja immer, bis die Schwester kommt (...)</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>kalt war (...) so kalt (...) kalt, kalt (...) Ich habe gemeint die hätten mich vergessen (...)</p> <p>Das Erleben von "körperlicher und emotionaler Kälte im Kontext von "vergessen worden sein".</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Da das ganze Unnötige (...) un jetzt wollte die wieder alles Untersuchen. (...) seufzen (beklommen) ja jetzt bin ich mal gefallen (...) seufzen (beklommen) ich lass mir nix mehr machen (...) da was sollte das da mit (...) da mit dem ganzen Gekabel (...) Ich konnte nicht aufstehen (...) kommt keiner, wenn ich rufe (...) aahh</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>(ungeduldig) das macht mich, das macht mich, das hat mich mich ganz nervös (...) Ich habe doch nichts (...) I #00:03:02-7#</p> <p><i>B reagiert ungehalten auf die Frage was er bei der Vorbereitung auf die Entlassung empfand. B verfügt nicht über die Ressourcen, sich an das Setting Stroke Unit anzupassen. insbesondere der Umgang mit den Monitorkabeln schränkt ihn in seiner Bewegungsfreiheit stark ein.</i></p> <p><i>In der Dokumentenanalyse wird im Entlassungsbrief beschrieben " der Patient drängt auf seine Entlassung nach Hause, deshalb wurde auf weitere Langzeituntersuchungen verzichtet". Im Pflegebericht beschreibt die Pflegekraft im Nachtdienst sie habe B. mehrfach in Folge wieder an das Monitoring angeschlossen. B habe die Monitorkabel nach kurzer Zeit selbst entfernt. Nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt habe sie auf das Monitoring verzichtet (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p>
	<p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>dann musste ich zu Hause und auf der Arbeit alles organisieren, um dann in die Klinik zu fahren (...)</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>und dann habe ich meinen Mann dort vorgefunden der völlig desorientiert war, der immer nur geschrien und gejammt hat, den ich gar nicht mehr verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>die Schwester war auch so hilflos</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Die hat gesagt sie hätte schon so oft versucht den Arzt anzurufen</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Es hat dann / ich musste ganz viel Nachdruck ausüben ähm damit überhaupt ein Arzt kam und mein Mann dann Medikamente bekommen hat. (...)</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Es war schrecklich, diese Hilflosigkeit. (...)</p> <p><i>B erlebt die Belastungssituation im Interview erneut. B ist sehr aufgebracht, die Stimme zittert und der Sprach Rhythmus ist sehr schnell. In einigen Passagen „den ich gar nicht mehr verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da und die Schwester war auch so hilflos. Die hat gesagt sie hätte schon so oft versucht den Arzt anzurufen und ich habe gesagt jetzt geben sie ihm doch bitte einmal etwas zur Beruhigung. (...)“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) überschlägt sich die Stimme (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich hatte auch das Gefühl, das er dort ganz ganz schlecht versorgt ist (...)</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Also ich bin dann nach der Arbeit immer so viel wie möglich und zwischendurch in die Klinik gefahren und habe versucht mit ihm Übungen zu machen, um ihn zu unterstützen, weil ich das Gefühl hatte das diese ganzen Therapeuten dort nicht ausreichend etwas tun</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: Die große Herausforderung war, überhaupt (...) überhaupt meinen Mann nach Hause zu bekommen ohne Krankenwagen. Man hat einfach gesagt ich soll ihn mitnehmen. Ich musste den irgendwie in das Auto bugsieren. Er hatte entsetzliche Schmerzen und ich habe mir schon gedacht, hoffentlich kommt der irgendwie die Treppe hoch.</p> <p><i>Versäumnis des Behandlungsteams, für einen sicheren Patiententransport zu sorgen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Meine Freundin hat versucht beim Hausarzt noch Rezepte für die Opiate zu bekommen. Das hat dann nicht mehr geklappt und ich musste noch länger arbeiten ich kann nicht einfach immer so aufhören wenn wenn irgendetwas ist. Dann hatten wir keine Medikamente. Ich musste den schwerkranken Mann mit nach Hause nehmen.(...) Dann hat meine Freundin über unseren Hausarzt doch noch die Medikamente bekommen und die Opiate der dann Freitags Abend um 18:00 Uhr und die Medikamente noch ausgehändigt hat und die Rezepte. Die größte Schwierigkeit war, ich musste ja weiterarbeiten gehen und ich musste meinen Mann zu Hause lassen. Mein Mann kann sich sehr schwer äußern seufzen (beklommen) er hat es auch morgens so geschafft aus dem Bett bis in seinen Sessel, ich habe ihn dann dort versorgt mit Getränken und habe ihm seine Tabletten gerichtet.</p> <p><i>B. beschreibt die häusliche Versorgungssituation in den ersten Tagen nach der Entlassung ohne Unterstützung durch den Pflegedienst. Eine sichere Versorgungssituation konnte in den ersten Tagen nicht hergestellt werden (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Dann haben die mir auch noch ein schlechtes Gewissen gemacht und haben noch gesagt, wie ich das machen könnte, das ich den armen Mann den ganzen Tag alleine zu Hause lassen sitzen soll</p> <p><i>B erlebt den Konflikt mit der eigenen Haltung "dem Partner zu Hause ein gutes Leben im häuslichen Umfeld ermöglichen" und der Notwendigkeit "die Finanzielle Versorgung für sich und den pflegebedürftigen Partner zu sichern" „aber diese Erkrankung hat uns schon sehr viel Geld gekostet auch Medikamente (Memo).</i> Mein Mann bekam kein er hat einen Rentenantrag gestellt das musste ich alles noch machen und wir bekamen ein halbes Jahr überhaupt kein Geld und ich kann doch nicht auch noch wegen der Pflege meinen Beruf aussetzen. Dann hätten wir ja zum Sozialfall geworden.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p> <p>aber diese Erkrankung hat uns schon sehr viel Geld gekostet auch Medikamente. Mein Mann bekam kein er hat einen Rentenantrag gestellt das musste ich alles noch machen und wir bekamen ein halbes Jahr überhaupt kein Geld und ich kann doch nicht auch noch wegen der Pflege meinen Beruf aussetzen. Dann hätten wir ja zum Sozialfall geworden. Und ich hatte auf der Arbeit immer ein ganz ganz schlechtes Gewissen, weil ich wusste mein Mann sitzt den ganzen Tag alleine zu Hause uns ich hoffte, das er wenn er zur Toilette musste das alleine schafft und das er nicht stürzt und wenn ich nach Hause komme liegt er irgendwo auf dem Boden. #00:06:26-4#</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>B: (lange Pause) es war insgesamt eine Situation, die mich an meine Grenzen gebracht hat. Dieses permanente schlechte Gewissen der Pflege nicht gerecht zu werden und ohne Hilfe dazustehen und zu wissen, wenn man arbeitet das der Partner zu Hause hilflos in einem Sessel sitzt und einen andere dafür auch noch verachten, weil man seinen Beruf dafür nicht aufgibt. Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p> <p>Es war eine ganz schlimme Situation. #00:07:37-7# Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p>
	<p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf</p>	<p>ich wusste nicht, was ich machen soll dann, dann sollte ich aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber das mit der Beantragung mit dieser Reha, das dauert unheimlich lange. Dann musste ,musste ich mich krankschreiben lassen und (...) musste ich zwischendurch wieder arbeiten gehen weil ich dachte ähm wenn ich in das Krankengeld komme verdiene ich weniger Geld</p> <p><i>Bei der Entlassung bestanden keine Selbstpflegedefizite. Trotzdem wäre eine individuelle Beratung und Begleitung durch den Sozialdienst notwendig gewesen. Hier sollten die beruflichen, finanziellen Bedarfe mit der Anschlussheilbehandlung abgestimmt werden (Memo)</i></p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>Aber es war für mich sehr schwierig, weil ich ja am Anfang nicht richtig sprechen konnte und diese Hilflosigkeit von meinem Freund und vor allem von meinem Vater ähm die hat mich ähm (...) irgendwie noch (...) (unv.) (unv., #00:03:17-1#) noch unsicherer gemacht</p> <p><i>Verstärkung der Unsicherheit durch die Reflexion der Hilflosigkeit der Angehörigen (Memo).</i></p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>B:(lange Pause) (unv.) die (seufzen) (beklommen) (seufzen) (beklommen) die größte Herausforderung war das ich erstens mal Angst hatte, dass ich nie wieder richtig sprechen kann</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>dass alles wieder neu zu lernen man hat so Angst ähm zu reden (...) weil man hört sich an als ähm (...) (unv.) wäre man behindert oder (unv.) wie ein Kleinkind</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>B: (lange Pause) scharfes Einatmen es ist schwierig, wenn man als so junge Frau wie ich an einer Erkrankung ähm (...) erkrankt, die sonst eher alte Leute trifft. ähm lange Pause das ist eine ganz besonders blöde Situation, mit der man zurechtkommen muss (lange Pause) (unv., #00:05:19-5#) lange Pause</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 12</p> <p>ich habe manchmal Angst scharfes Einatmen, dass ich nicht sehr alt werde (seufzen) (beklommen) #00:05:21-6#</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 12</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
	Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege	<p>(lange Pause) Wir wohnen bei Nürnberg ich musste mir zuerst Urlaub nehmen (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ähm es war schwierig wir bekamen irgendwie nicht richtige Aussagen</p> <p>Unsicherheit durch fehlende Informationen</p> <p>lange Pause bis wir die Ärztin gesprochen haben sind noch mal ein paar Tage ins Land gegangen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Die Mama sagte wir dürfen ihm nichts zu Trinken geben ähm hm Essen hat er bekommen und hing an Flaschen (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>es hat uns aber keiner erklärt wie ist denn so der Verlauf wie geht das so weiter (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>die haben immer gesagt ähm das können wir noch nicht sagen man muss kucken, wie sich das entwickelt (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>der Oberarzt hat immer gesagt die Mama müsse viel Geduld haben und ähm man könnte da ähm in dem Stadium noch ähm keine Prognose abgeben. hm (verneinend) meine Mama hat das alles nicht verstanden die hat sehr viel geweint (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>seufzen (beklommen) (...) und der (...) Papa hat viel gehustet auf der Station (...) ((scharfes Einatmen)) (lange Pause) #00:02:55-7#</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: hm (bejahend) (...) ähm wir hatten Angst vor der Entlassung</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>(...) ähm Die große Herausforderung für uns als Familie war die Ungewissheit, dass wir nicht wussten, wie es weitergeht.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wir wussten nicht ob die Mama den Papa zu Hause versorgen kann ähm, ob sie das schafft sie ist ja auch nicht mehr die Jüngste.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Ob die Mama einen Pflegedienst rufen muss ob das mit dem Pflegegrad und dem Pflegegeld bis dahin geklärt ist. Ob er nach der Reha in eine Kurzzeitpfleg muss ob die Mama das zu Hause überhaupt irgendwie schaffen kann und wie die Mama damit alleine zurechtkommen soll. (...) (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>wie wir das wie sollen wir das von Nürnberg aus organisieren? (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>wenn wir wissen die Mama ist zu Hause mit dem kranken Papa (lange Pause) hm (verneinend) ähm wir sind ja jetzt, wir haben Berufe und Kinder und arbeiten und das ist für uns war es ganz</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>schwierig in diesem Paragrafendschungel mit dieser Krankenkasse die Anträge zu stellen ähm dann bekommt man wochenlang keine Termine und weiß, man muss jetzt wieder nach Hause fahren, muss arbeiten und bekommt dann einen Termin den muss man einhalten</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>da kann man nicht sagen also es hat mir furchtbar Angst gemacht ähm als dieser medizinische Dienst zur Begutachtung kam (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>und ähm die Mama hat mich angerufen und ich habe gesagt ich kann unter Druck an diesem Tag so kurzfristig gar nicht Urlaub nehmen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Das geht nicht. Um zu ihr zu fahren und sie zu unterstützen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>ich hatte Angst dass das alles fürchterlich daneben geht, wenn ich nicht dabei bin scharfes Einatmen. Die Situation zu bewältigen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Eine weitere Herausforderung war ähm das das Thema Ernährung</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>ähm Das hat sich nach der Entlassung aus der Reha zu einem zentralen Problem dargestellt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>dann wurde in der Reha nochmal ein Schlucktest durchgeführt und die haben dann plötzlich gesagt der Papa dürfe nichts mehr essen, wir dürfen ihm überhaupt nichts mehr geben es würde alles in die Luftröhre kommen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>daraufhin hat man ihm ein eine ein eine Sonde eine Ernährungssonde durch die Nase gelegt (...)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>danach waren wir verzweifelt er hat uns so leidgetan wir dachten doch in der Reha geht es jetzt aufwärts nach vorne das wird alles besser in der Reha und dann wird das mit dem essen plötzlich schlechter.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Die Ärztin in der Rehaklinik hat gesagt ähm das kann sehr sehr lange dauern lange Pause also der Papa könne seinen Speichel nicht richtig schlucken (...) ähm (...) (seufzen) (bekommen) er hat auch schnell viel abgenommen immer mehr dann bekam er Astronautenkost über diese Sonde dann hat er viele Durchfälle bekommen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Das war schrecklich, weil er immer wieder frisch gemacht werden musste.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>n dieser Rehaklinik ist nicht so viel Personal wie im Krankenhaus. Die Mama musste oft helfen ihn frisch zu machen und wir konnten uns nicht vorstellen wie soll das denn zu Hause gehen?</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>ähm der Hausarzt hatte offensichtlich keine Ahnung der hat gesagt geben Sie dem Papa nebenbei noch Essen Apfelmus und Kartoffelbrei aber aufpassen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Die Mama sollte ihm einerseits essen geben andererseits sollte sie aufpassen das er sich nicht verschluckt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>die hat und gesagt das man das mit der Sonde in der Nase nicht lassen kann und er müsse noch einmal in das Krankenhaus für eine andere Sonde durch den Magen. (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>das nächste Problem war, das er sich immer verschluckt hat, dass er eine Lungenentzündung bekommen hat und der Arzt hat gesagt da kann man die Ernährungssonde nicht legen. Er war dann wieder im Krankenhaus, das ist gut ausgeheilt danach hat er die Ernährungssonde durch den Magen bekommen lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>da ging es ihm schon schlechter.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Sie musste ihm noch mehr helfen beim Waschen, beim Aufstehen, Anziehen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>dann musste die Mama wieder zum Hausarzt für die Beutel für die Nahrung. Das war aus unserer Sicht zu wenig, der Papa hatte ja schon furchtbar abgenommen. (seufzen) (beklommen) ähm dann haben wir zu dem Hausarzt gesagt wir hätten gerne mehr von dieser Sondenkost und dann hat er gesagt bei dem Gewicht, das der Papa hätte, wäre ähm das so berechnet und mehr kann er nicht verordnen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Fleisch so feste Sachen kann er nicht mehr essen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>dass das mit der Ernährung war die größte Herausforderung für uns.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Weil uns auch keiner sagen konnte, ähm / wie man / das macht also / ähm wann, wenn jemand Durchfall bekommt, was man überhaupt gibt und wie / wie man das mit dem Wasser auch macht. Wieviel Tee soll man dazu geben.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>wenn sie sehen, wie jemand wie so ein kräftiger vitaler Mann war der dann so abnimmt und der auch keine Kraft mehr hat und immer schwächer wird ähm weil er nicht genug Nahrung zu sich nehmen kann / das war entsetzlich. Wir dachten bisher, dass die Medizin auf einem Stand ist das solche Dinge relativ einfach (...) (seufzen)</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>(beklommen) auch erklärt werden und zu Hause durchzuführen sind und wir wussten auch nicht das alle so unter Zeitdruck stehen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Dass die Schwester aus dem Pflegedienst sich nicht so viel Zeit nehmen kann um uns das zu erklären.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Dass die Logopädie extrem begrenzt ist / dass die Mama bei dem Hausarzt betteln musste damit er nochmal ein Rezept verordnet hat, er hat gesagt er dürfe das nur bis zu einem gewissen Punkt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Wir mussten immer wieder ganz darauf hinwirken, dass das diese Therapien auch über die ganze Zeit immer wieder erfolgt sind.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege	<p>(seufzen) (beklommen) mir war bewusst (...), dass ich vermutlich einen Schlaganfall erlitten hatte.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>(seufzen) (beklommen) ich lebe allein (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>es war sehr schwierig auf meine Not aufmerksam zu machen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich dachte ich hätte laut um Hilfe gerufen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Vermutlich bin ich eingeschlafen oder bewusstlos geworden. Nach langer Zeit bin ich wieder aufgewacht (seufzen) (beklommen) dann habe ich versucht um Hilfe zu rufen. Ich konnte nicht laut rufen. Dann habe ich mich aus dem Bett gerollt und konnte mein Mobiltelefon erreichen. Ich konnte es aber nicht greifen und benutzen. (...) Ich habe wieder und wieder gerufen.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Es sind Gehirnzellen abgestorben weshalb ich meine rechte Seite nicht mehr richtig bewegen kann</p> <p><i>Körperbildstörung, Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen. Über die Fähigkeit verfügen Grenzen zu akzeptieren. Handlungen stimmen mit verbalen Äußerungen überein (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>lange Pause Am am Anfang war das grausam (...) weil ich jetzt behindert bin.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich machte mir Gedanken wie soll das denn überhaupt alles mit meinem Leben weitergehen</p> <p><i>Ressource die Hoffnung zu verstärken und die Sinnhaftigkeit des Lebens neu zu definieren (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>lange Pause) Ich hatte Lähmungen im rechten Arm und rechten Bein. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich hatte Probleme mit dem Sprechen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Manchmal habe ich noch Wortfindungsstörungen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich verwechsele links und rechts. (...) Ich gebe falsche Antworten (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich komme mir so dumm vor.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ein weiteres Problem war, das ich mir Dinge nicht mehr merken konnte (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich kam mit der Fachsprache der Ärzte nicht mit</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ähm es hat sehr lange gedauert, bis ich klar wurde was mit dieser Erkrankung mit mir passiert ist.</p> <p>Akzeptanz von Grenzen- Ressource Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung (lange Pause) (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich konnte nicht zur Toilette gehen (...) (seufzen) (beklommen) die Krankenschwestern haben einen Urinkatheter gelegt (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich habe mich so geschämt (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich kann mir das nicht erklären, ich bin jung, habe kein Übergewicht und mache viel Sport. (...) später wurde im Herzultraschall festgestellt, dass ich ein Loch im Herz habe und sich dort Blutklümpchen bilden die in das Gehirn eindringen können (...) ich wusste das nicht</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich konnte zwar gut sprechen konnte die Dinge jedoch nicht benennen ähm am Anfang hat sie mir Bilder gezeigt. Ich sollte sagen was ich auf dem Bild sehe, was das ist oder welchen Namen das hat. Ich kann mich an einen Ball erinnern den sie mir gezeigt hat. Ich wusste was das ist und was man damit tut aber ich ich konnte einfach ich konnte den Namen nicht nennen.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Leider habe ich Spastiken bekommen (...) in in einem Fuß (...) das ist sehr schmerzhaft (...) ähm und das hat mir große Schwierigkeiten bereitet ähm, weil ich nicht richtig gehen konnte. Das war diese Spastik im Fuß. Der Fuß, der der musste, gewickelt werden damit ich mit dem Krankengymnasten mit dem Rollwagen</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>die ersten Gehversuche machen konnte. (...) (seufzen) (beklommen) (</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>der Urinbeutel hat mich tierisch genervt (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>später bekam ich eine Schiene, die den Fuß stabilisierten, sollte zum Bein (...) das war schwierig, weil am Fuß da alles dick angeschwollen ist.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>da war ich in den ersten Wochen mit einem anderen Mann im Zimmer (...) ähm der der immer der sehr schwerhörig war und sehr laut gesprochen hat. Er hat nachts gerufen ähm so dass mir ein anderes Zimmer gegeben wurde. (lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Zu Hause habe ich festgestellt, dass ich, ich konnte immer noch nicht den ganzen Tag laufen und das meine Wohnung für den Rollstuhl zu eng ist. Drehen und wenden ging nicht. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ich habe mich zwischen den Möbeln durchgehangel.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>In der Wohnung war nichts verändert</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Bis dahin musste ich mich am Waschbecken waschen. (...) das war unangenehm. (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>. Ich konnte noch nicht einmal Einkaufen gehen. Ich kann nicht Auto fahren. Sie haben mich mitgenommen zum Einkaufen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>das war schlimm für mich mich mit der Behinderung in der Öffentlichkeit zu Zeigen. Die Leute schauen. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ein anderes Problem war, das das im Krankenhaus und in der Reha musste, ich mich um nichts kümmern. Jetzt zu Hause ähm musste ich für alles alles was ich brauche ähm muss man zum Hausarzt.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Krankenkasse (...) (unv.) da gab es Probleme mit der Fortsetzung der Krankengymnastik und der Ergotherapie (...), weil ich schon so lange in Reha war, wollte die Krankenkasse nicht zahlen (...)</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ich sollte dort in die Praxis zur Physio (...) das war schwierig das die zu mir nach Hause kommen. seufzen (beklommen) lange Pause.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Also das Gehen ist immer noch ein Problem</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>ähm die ist etwas ungeschickter die rechte Hand als die linke Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>ich habe Rückenschmerzen und in der Schulter. Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>. Wie gesagt in der Wohnung war nichts vorbereitet</p> <p>Wie stellt sich die Wohnsituation des Patient:innen dar? Gibt es Anpassungsbedarf im Wohnumfeld in Bezug auf die Mobilitätseinschränkungen? Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>manche Dinge, dass ich die Treppe ähm nicht hochkomme, ähm wie das mit der Dusche funktionieren soll / wer für mich einkauft (...) das waren Dinge, die wurden mit mir nicht besprochen und das ist mir zu Hause erst aufgegangen. Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>ich weiß ich hätte war (unv.) vielleicht hätte ich müssen in ein Pflegeheim? Ich kann es ihnen nicht sagen Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>später zu Hause als das von der Hausarztpraxis (unv.) ähm als ich da immer in diese Hausarztpraxis musste ist alle sehr kompliziert geworden. (...) seufzen (beklommen)</p> <p><i>Fehlende Unterstützung durch die Hausarztpraxis (Memo).</i> Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	<p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>ihn so an diesem Monitor in dem Bett zu sehen fast weggetreten. (...) Das er uns nicht erkannt hat war für mich ein sehr sehr großer Schock. Meine Mutter hat ähm meine Mutter hat nichts mehr gesprochen, die saß an dem Bett meines Vaters und hat nur immerzu den Kopf geschüttelt und hat geweint Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ähm ob er noch einmal selbstständig wird und wir müssten viel Geduld haben. Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ähm, aber das war nie konkret. Die Aussagen waren immer ähnlich. Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wir müssen Geduld haben, man muss abwarten. Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>. Das war dort etwas schwieriger, weil die Pflege dort nicht so ausgeprägt ist wie auf der Stroke Unit. Meine Mutter musste meinen Vater sehr viel mehr unterstützen. Er kam mit der Urinflasche nicht zurecht. So, dass meine Mutter gesagt hat, sie habe Angst nach Hause zu gehen, weil sie befürchte, er wäre nicht versorgt. Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Es kam im Verlauf immer wieder zu Konflikten zwischen den Krankenschwestern und meiner Mutter, weil meine Mutter uns erzählte die Pflegekräfte würden sich nicht so um den Vater kümmern, wie er es benötige. Da gab es häufig Konflikte. Ich verstehe, es ist ein Unterschied, ob eine Schwester sehr viele</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Patient:innen betreut oder ob man auf einer Spezialstation ist, wo sehr viele Pflegekräfte tätig sind. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>mein Vater hat eine Rehamaßnahme komplett verweigert. Er ist zwar körperlich eingeschränkt, aber geistig nicht.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Er hat entschieden er nimmt an keiner Rehamaßnahme teil, ich glaube er dachte meine Mutter wolle ihn in ein Pflegeheim abschieben, er wurde aggressiv er hat / er hat nicht mehr mit den Therapeuten gearbeitet. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Er hat mit der Ergotherapeutin hm (bejahend) (...) mit der hat er einfach nicht mehr gesprochen. Nach dem Physiotherapeuten / der ihn dann irgendwie motivieren wollte aus dem Bett auszusteigen / nach dem hat er geschlagen.</p> <p><i>Existenzielle emotionale Krise des Patient:innen die sich in "Herausforderndem Verhalten" zeigt, als letztes Mittel verzweifelt seinen Willen oder seine Ängste zu kommunizieren (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ja das war für mich und meinen Bruder sehr schwierig, weil wir dachten, er hätte das mit der Rehaklinik sicherlich versuchen sollen. (lange Pause) (seufzen) (beklommen) #00:05:05-9#</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>lange Pause) ((scharfes Einatmen)) Die ((scharfes Einatmen)) größte Herausforderung (...) in diesem Drama (...) war letztendlich die Entscheidung, ähm dass wir (...) seufzen (beklommen) für unseren Vater einen Platz im Pflegeheim suchen mussten.</p> <p>Das Erleben der pflegenden Angehörigen von vermeintlichem Versagen</p> <p>Er kam nach Hause, ähm es war sehr schnell klar, dass meine Mutter mit der Pflege körperlich und psychisch überfordert ist</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Meine Mutter ist eine sehr sehr starke Frau, ich hätte ihr auch zugetraut, dass sie das schafft aber (...) seufzen (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>mein Vater, der hat sich so in seinem Wesen verändert, der war / das war gar nicht mehr unser liebevoller Vater (...) er wurde total egoistisch ähm er hat meine Mutter den ganzen Tag herumkommandiert und und also aus unserer Sicht hätte er viel mehr machen können als er dann wirklich gemacht hat.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>ähm Er hat immerzu gejammert was er nicht mehr machen kann. Wenn sie versucht hat ihn einzubinden hat er immer gesagt er wäre schließlich krank und sie müsse sich um ihn kümmern.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>(...) Er hat es am Morgen gerade in den Sessel oder auf das Sofa geschafft und dann wirklich / und hat sich total hängen lassen und hat den ganzen Tag geschlafen. Meine Mutter musste ihn zum Essen wecken.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Er sagte dann er habe keinen Appetit und er möchte das gerade nicht essen. Dann hat sie ihm etwas Anderes zubereitet oder sie hat das noch einmal gewärmt. Und diese permanente Schikane und Aggressivität die hat meine Mutter innerhalb von 6 Wochen zu einem nervlichen Wrack gemacht. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Sie musste zum Arzt, sie sollte Medikamente zur Beruhigung einnehmen, sie hatte Angst sich dann nicht mehr um meinen Vater kümmern zu können. Der ist in der Nacht erst richtig aktiv geworden. Er hat sich versucht durch die Wohnung zu tasten hat dann die Orientierung verloren. Er ist mehrfach gestürzt (...) ähm die Nachbarn mussten in der Nacht ihn in sein Bett zu bringen. Er fand das Bad nicht, er weiß nicht dass es jetzt Nacht ist und meine Mutter schlafen muss.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Meine Mutter war total gestresst und fing irgendwann an ihn anzuschreien.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>wir müssen auch unserem Beruf nachgehen. Mein Bruder und ich wir können einmal am Tag dort vorbeischaun aber wir können unsere Mutter auch nicht bei der Pflege unterstützen.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Die meine Mutter in ihrem Perfektionismus / die Arbeiten nochmal gemacht hat / das war irgendwie für die Katz. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Und nach sechs Wochen hatte meine Mutter einen Nervenzusammenbruch und eine Blutdruckentgleisung. Sie musste in das Krankenhaus (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Ich habe versucht einige Tage den Vater zu Hause selbst zu versorgen, ähm das ging aber nicht</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Es war nicht einfach einen Platz zu finden. Es hat fast eine Woche gedauert, ich habe mich auf der Arbeit krankgemeldet. (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>mein Vater hat kein Wort mehr mit mir gesprochen (...)</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Es war für uns alle sehr sehr schwer, weil ähm, weil wir auch einen großen Konflikt und große Schuldgefühle hatten.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Inzwischen vermutet der Hausarzt eine fortschreitende / nach dem Schlaganfall eine fortschreitende Demenz hat</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>es bleibt aber ein bitterer Beigeschmack. Wir haben das Gefühl, dass wir versagt haben. (lange Pause) tja (...) ja so ist das (...) #00:12:34-9#</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>ähm und in dieser Kombination mit meiner Mutter / dass wir sie da zu Hause haben vor sich hin wursteln lassen seufzen (beklommen) war im Nachgang nicht / wir hätten uns da müssen mehr durchsetzen sollen.</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>. Wir wissen auch nicht, ob uns das einen entscheidenden Vorteil gebracht hätte</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege	<p>Auf der Intensivstation bin ich dann erschrocken, weil sie / sie war ganz apathisch sie hat nicht reagiert da ist mir aufgefallen, dass sie / das sie die linke Hand nicht bewegen kann. Sie hat auf meine Fragen nicht geantwortet.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Die Schwester hat gebeten ihr kein Wasser zu geben (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>s war ein Schock. Zuerst habe ich das auf die Operation und die Narkose geschoben (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Er hat erklärt sie hätte einen großen Schlaganfall erlitten während der Narkose.</p> <p><i>Im Rahmen der Narkose und dem operativen Eingriff am Gefäßsystem (Bein) kommt es zu einer lebensbedrohlichen Krise (Memo).</i></p> <p>(lange Pause) (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>(unv.) zuerst dachte mein Bruder, es wäre bei der Operation etwas schiefgegangen.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Der Chefarzt hat persönlich mit uns gesprochen und hat gesagt, dass sie sich vermutlich stabilisieren kann, dass die Situation jedoch sehr kritisch ist und dass sie im Rahmen der Folgen des Schlaganfalls dieser schweren schweren Einschränkungen auch versterben könnte. (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Entweder innerhalb der nächsten Tage oder vielleicht auch später an einer Lungenentzündung.</p> <p>Der Chefarzt glaubt nicht, dass die Patientin noch lange leben wird</p> <p>Er sagte wir sollen und beraten was die Mama gewollt hätte und ob wir eine künstliche Ernährung wünschen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wir haben uns in der Familie besprochen, weil die Mama auch eine Patientenverfügung hat. Der Zustand war ja sichtbar- wir haben zusammen mit den Ärzten beschlossen, dass sie keine künstliche Ernährung mehr bekommt.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p><i>Die Patientin ist schwach, erholt sich nur langsam von dem Eingriff und den Folgen des Schlaganfalls. Sie benötigt Unterstützung bei allen pflegerischen Verrichtungen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: Die eigentliche Herausforderung ähm bestand ((lacht ironisch)) nachher diese ganze Planung ((lacht ironisch)) auch in die Tat umzusetzen. Wir kamen sehr schnell an unsere Grenzen</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>im Nachhinein hätten wir uns die Pflege wie wir mit einer so schweren Erkrankung aber ganz anders vorgestellt.</p> <p><i>Das Pflegegeschehen wird überwiegend auf die pflegebedürftige Patientin fokussiert. Der Situation der Töchter, die pflegerische Laien sind, wird vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Dazwischen fühlten wir uns sehr alleine gelassen. Wir sind weder ich noch meine Schwester haben eine Ausbildung in Krankenpflege oder Sozialberufen.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Das fing mit banalen Sachen an, wie wenn die Mama eingestuhlt hatte das nochmal alles zu reinigen. Es wurde viel Bettwäsche gebraucht.</p> <p><i>Erforderliche Aufgaben in der Pflege können nicht bewältigt werden (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Sie hat gejammert und geschrien so dass wir nicht wussten / nicht gewagt haben sie richtig anzufassen. Sie ist manchmal sehr unruhig das war im Krankenhaus gar nicht so.</p> <p><i>Dysfunktionale Veränderung der Pflegeaktivitäten (Memo).</i></p> <p>Einmal ich erinnere mich / habe ich mich nur zu einer Tasse Kaffee an den Küchentisch gesetzt. Das ist eine Etage darunter und da habe ich plötzlich oben etwas gehört / sie ist aus dem Bett herausgefallen</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Manchmal habe ich Angst zur Toilette zu gehen und dusche erste wenn meine Schwester im Hause ist. (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Meine Schwester hatte vorher schon Probleme mit ihrem Rücken. Sie muss jetzt zur Krankengymnastik, weil sie es immer am Ischias hat.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Schlimm ist die Angst nicht mehr aus dem Haus gehen zu können.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Es ist sehr schwierig für uns und bringt uns an die Grenzen. Wir halten das durch, weil es begrenzt ist aber über mehrere Jahre wäre das unvorstellbar.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Mein Mann möchte schon gar nicht mehr nach Hause kommen und ich kann nicht mehr schlafen.</p> <p><i>Drohende eheliche Krise. Damit entwickelt sich die Ressource Ehepartner zu einer zusätzlichen emotionalen Belastungssituation und Unterbrechung der bisher kontinuierlichen Familienfunktionalität (Memo).</i></p> <p>(...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Die Gerüche, die Reinigung der Bettwäsche, der Handtücher. Die Küche sieht aus wie eine Krankenhausapotheke. Das haben wir uns nicht so vorgestellt.</p> <p><i>Überforderung, Gefühle von Ekel, Misserfolg die pflegerische Aufgabe nicht bewältigen zu können (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt ihre Mutter wird sehr bald sterben. Dass sich das so lange hinzieht, hätten wir nicht geglaubt und auch nicht, dass ein Mensch mit kaum Nahrung und Wasser so lange leben kann. seufzen (beklommen) wir haben uns darauf verlassen und uns darauf ausgerichtet, dass es ein begrenzter Zeitraum wird und waren erschrocken und haben jetzt nach 3 Wochen gedacht hm (verneinend) das (unv.) wie lange geht das denn noch?</p> <p><i>Wissensdefizit Sterbeprozess und fehlende Aufklärung durch das Behandlungsteam. Die pflegenden Angehörigen haben für einen Engen begrenzten Zeitraum geplant „B: Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt ihre Mutter wird sehr bald sterben.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). Eine abweichende Vorstellung von der Dauer des Sterbeprozesses ist für die Töchter aufgrund fehlender medizinisches Fachwissens unvorstellbar (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Dass das schaffen wir auf Dauer nicht (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wenn sie die ganze Nacht alleine am Bett ihrer Mutter sitzen (...) seufzen (beklommen) die so schwer eingeschränkt ist und stirbt seufzen (beklommen) (unv.) da ist das eben anders als man sich das vorher ausmalen kann, weil es viele Dinge gibt die man sich nicht so vorstellt</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>(unv., #00:03:15-7#) ich ihhh so iii dachte jetzt stereerbe (...) ich. liih so / so so ich (...) dachte (...) es ist alles vorbei. (lange Pause) (seufzen) (beklommen)</p> <p><i>Existenzielle Erfahrung. Todesangst (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>iiih wollte so (...) so allein lange Pause zum Klo lange Pause iihh</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>(...) ich dachte jetzt is sooo (...) vorbei. #00:06:35-7#</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>
	<p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf</p>	<p>ich musste mit meiner Familie telefonieren und zu Hause alles organisieren / wer die Kinder betreut. Mein Mann musste sich Urlaub nehmen. Er war sehr erschrocken und durcheinander. Irgendwie / ich wollte das ja nicht glauben, dass ich einen Schlaganfall habe.</p> <p>Die Diagnose Schlaganfall ist für B akut nicht zu verarbeiten. Als Verdrängungsmechanismus wird eine Fehldiagnose angenommen.</p> <p>(...) Ich ging davon aus, dass es sich um eine Fehldiagnose handelt. Dann kurz darauf / einige Tage später wurde wieder ein CT zur Kontrolle gemacht und da hat sich der Schlaganfall bestätigt</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>Ich habe große Angst einen neuen Schlaganfall zu erleiden</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>Das Taubheitsgefühl im Arm ist rückläufig (...). Von daher hat mich das insgesamt sehr verunsichert. So dass ich plötzlich ein kranker Mensch sein sollte. (lange Pause) #00:03:40-2#</p> <p><i>Fragen und Zweifel in Bezug auf das Selbstbild, das Selbstwertgefühl (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>B: Eine große Herausforderung war die Angst, dass (...) (seufzen) (beklommen) nun ja, wenn alle Ärzte und Schwestern ihnen sagen, dass sie krank sind und einen Schlaganfall hatten, und sie merken einige Tage später nichts mehr davon (...) den eingeschlafenen Arm hatte ich bereits öfter in der Nacht, wenn ich zu lange am PC gearbeitet habe. Da bekommen sie schon Angst, ob sie ihren Beruf wieder aufnehmen zu können. Ich hatte große Angst nicht mehr leistungsfähig zu sein oder Probleme am Arbeitsplatz zu bekommen. Ich bin Abteilungsleiterin einer großen Personalabteilung. Ich stehe unter Druck und bin hohem Stress ausgesetzt. (...) und konnte mir nicht vorstellen was in einer Reha / in einer beruflichen Reha / einer Anschlussheilbehandlung gemacht wird.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>schluckt)) Ich hatte Angst, wenn ich danach anfangen zu Arbeiten das dicke Erwachen kommt.</p> <p><i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können hierbei unterstützen, um beispielsweise den Arbeitsplatz anzupassen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>scharfes Einatmen)) Wir haben ein großes Haus gebaut, wir sind auf mein Gehalt angewiesen. Ich bin der Hauptverdiener mein Mann arbeitet in Teilzeit als selbständiger Musiklehrer und ähm wenn ich allzu lange / irgendwann ist das mit der Lohnfortzahlung mit dem Krankengeld (seufzen) (beklommen) geht das dann ja auch nicht mehr</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Da macht man sich schon Gedanken auch wie man sich für die Zukunft aufgestellt hat. Ob man alles richtiggemacht hat. (lange Pause)</p> <p><i>B stellt das bisherige Lebenskonzept in Frage (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>. Eine Restunsicherheit beleibt. (lange Pause) #00:06:56-3#</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege	<p>B: (unv., #00:03:42-3#) lange Pause scharfes Einatmen also als die Hütte zugemacht hat. Da bin ich arbeitslos geworden und da war ich noch jung und wir hatten neu gebaut. Da habe ich müssen einen ganz anderen Beruf lernen.</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen),	<p>Er wohnt alleine (...) auf dem Scheiter Berg in diesem riesengroßen Haus und jetzt ohne somit den ganzen Möbeln und allem alles was ihn an seine Frau erinnert</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>. Er ist abhängig er sieht auch sehr schlecht / er leidet an einer Makuladegeneration</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>Deshalb hatten wir vorher schon einmal mit ihm gesprochen, ob er sich nicht ein Apartment in der Stadt sucht oder irgendwo in der Stadt im betreuten Wohnen. scharfes Einatmen (seufzen) (beklommen)</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 4</p> <p>B: Ich glaube für uns alle und für den Schwiegervater war die größte Herausforderung, sich von dem bestehenden Haushalt zu trennen. Von einem großen Haus mit vielen Dingen und vielen Erinnerungen abzuwägen was man mitnimmt in den letzten Lebensabschnitt von einem 220 Quadratmeter Haus in ein zwei Zimmer Appartement. Für meinen Schwiegervater bestand die größte Herausforderung tatsächlich ähm seine Musikanlage. Er hört ja sehr schlecht, er konnte dort in S, in dem großen Haus die Musik sehr sehr laut hören.</p> <p><i>Coping- die Fähigkeit haben mit Verlusten umzugehen, hier die Trennung von liebgewonnenen vertrauten Gegenständen aus dem gemeinsamen Haushalt die in engem Bezug zur eigenen Biografie stehen. Die Fähigkeit haben Gewohnheiten an die Veränderte Situation anzupassen wie das Hören von Musik über die Kopfhörer (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 8</p> <p>Eine weitere Herausforderung bestand darin, er wollte unheimlich viele Sachen verschenken, die für ihn einen sehr sehr hohen Wert hatten, die er aber / die andere nicht wertschätzen / die keiner mehr haben wollte oder die man auch nicht verkaufen kann. Er hat immer gesagt das kann ich doch nicht alles wegwerfen. (seufzen) (beklommen) (...) Wir haben es dann letztendlich so geregelt, dass er Dinge mitnimmt / für einen Teil habe ich mir die Mühe gemacht und Dinge auf Ebay mit ihm zusammen verkauft.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 8</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Den Rest haben wir stehenlassen und haben entschieden, dass eine Firma die Sachen ausräumt und entsorgt.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege,</p>	<p>Sie müssen wissen, wir haben keinen besonders guten Kontakt zueinander.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 2</p> <p>Seit meine Mutter gestorben ist haben meine Schwester und ich fast keinen Kontakt mehr zu ihm. Das Verhältnis war nicht immer das Beste. Meine Schwester lebt weiter weg (...) in der Nähe von München so dass es wohl auch meine Pflicht ist sich um unseren Papa zu kümmern. (...) Ich war erschrocken, er hatte sehr stark abgebaut (...) mein Vater war immer ein sehr starker beherrschender Mann (...) und ihn so abgemagert und hilflos im Bett zu sehen hat mir schon weh getan und ich glaube er hat mich auch mit meiner Mutter verwechselt. Das war sehr schlimm und er hat auch immer "mein Liebes" zu mir gesagt / das hat er früher nicht gesagt also ich war emotional schon tief erschüttert. #00:01:38-3#</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 2</p> <p>Es ist sehr schwierig für einen anderen Menschen Entscheidungen zu treffen der Moment in einer Situation ist in der er verwirrt ist und selbst keine Wünsche äußern oder Entscheidungen treffen kann. Zu dem man kein gutes Verhältnis hat</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Problematisch war, dass noch gar nicht klar war wie der Papa / in welchem Zustand er sein wird.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Ob ein Wohnen im betreuten Wohnen möglich ist. Akut in dem Fall sah es aus als ob es auf eine Vollpflege-Bedürftigkeit hinausläuft. (...)</p> <p><i>Differenzierte Einschätzung des Pflegebedarfes durch die Pflegekräfte hätte erfolgen sollen. B kann diese Einschätzung nicht durchführen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Er hat sich gleich am ersten Abend auf der Suche nach einer Waschmaschine in dem Gebädetrakt verlaufen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Es war für ihn ein beängstigendes Erlebnis er hat erzählt er war total panisch, bis ihn ein ähm Mitpatient husten, der sich um ihn gekümmert hat damit er sein Zimmer wiederfindet</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Bei einer Laborkontrolle in der Rehaklinik wurde festgestellt, dass die Blutwerte sehr schlecht und viel zu niedrig sind. Er wurde in die Uniklinik verlegt (seufzen) (beklommen) (...) hat dort Blutkonserven bekommen und ist danach wieder in die Rehaklinik zurück</p> <p>Wiedereinweisung in ein Krankenhaus</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>ja und in der Zwischenzeit musste ich mich um seinen Hund kümmern, einen 13 Jahre alten Golden Retriever, den ich selbst nicht halten kann. (seufzen) (beklommen) den habe ich über eine Tierschutzorganisation in ein neues zu Hause vermittelt. Es war</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>fürchterlich den Hund dort abzugeben und ich wusste genau, dass mein Vater mich dafür hassen würde, wenn er seine Situation einschätzen kann. (lange Pause) #00:06:41-2#</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: Die besondere Herausforderung st (...) war st (...) für stellte für mich dar, wie ich am Anfang schon berichtet habe für jemanden die Verantwortung zu übernehmen ähm der eigentlich gar nicht will das man die Verantwortung für ihn übernimmt</p> <p><i>Konflikt für einen anderen Menschen Entscheidungen treffen müssen (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p> <p>Des Weiteren war die größte / eine Herausforderung war die Wohnung aufzulösen und zu entscheiden was er mitnehmen kann und was nicht. Auch jemanden die komplette Existenzgrundlage so plötzlich eine absolute Macht über jemanden zu haben und alle Entscheidungen zu treffen das (unv.) (...) ist sehr unangenehm</p> <p><i>Macht über einen anderen Menschen ausüben, auch wenn da ungewollt ist (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p> <p>auch noch den Hund über den Tierschutz weiterzuvermitteln (...) Das ist schlimm. Das ist echt schlimm. (...) zumal ich genau wusste, dass mein Vater mir das alles als Böswilligkeit auslegen würde. schluckt (...) #00:08:41-4#</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p> <p>Er hat zu Hause noch mit Holz geheizt. Er war sowieso in letzter Zeit nur damit beschäftigt seinen Lebensunterhalt zu sichern mit Einkaufen, Heizen, so dass er keine Zeit mehr hatte mit anderen Menschen Kontakt zu halten.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 12</p>
	<p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>oooooh Zögerungslaut ich ich ich habe gezittert von Kopf bis Fuß (...) ich ich bin ja selbst krank ich habe eine Angststörung und ich weiß auch gar / ja ich habe keinen Führerschein ich weiß ja auch nicht wie ich nach Neunkirchen immer hinkommen soll ähm (...) dann bin ich bin ich mit dem Bus nach Neunkirchen</p> <p>B ist selbst erkrankt und lebt mit gesundheitlichen Einschränkungen und ist in der Mobilität begrenzt.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>sie war nur furchtbar durcheinander und und hat viel geredet und hat gar nicht mehr aufgehört und manche Sachen habe ich nicht verstanden. (...) und dann dann war sie dort an denen ganzen / was sie dort an gekabelt. An, dort an dem Monitor und mit dem Herz und (seufzen) (beklommen) ich habe meine Tochter nicht erreicht. (...) Dann habe ich gesagt sie soll doch jetzt mal den Ball flach halten ich würde mich um alles kümmern.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ich bin zu ihr nach Hause habe ihre Sachen geholt, habe ihren Hund abgeholt und bin dann auch noch mal zu ihr in das Krankenhaus. Da hat sie mich im Halbstundentakt angerufen. Und das halten meine Nerven einfach nicht aus das Halten einfach meine Nerven</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>nicht mehr aus. (...) Das war für mich ganz ganz schwer, weil ich bin ja schon froh, dass ich mit mir selbst klarkomme. (...)</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Wissen Sie ich war es letzte ganze Jahr war ich schon krankgeschrieben wegen Burnout und ähm ich kann ja auch mich selbst kaum versorgen. Ich habe so einen Schein vom Arzt, dass ich Behördengänge nicht machen kann</p> <p><i>Psychische Überforderung. B kann im Bereich Umgang mit Behörden und administrativen Aufgaben nicht für sich selbst sorgen- geschweige denn für die pflegebedürftige Mutter (Memo).</i></p> <p>und und ja (...) ich komme ja auch nirgendwo hin.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich habe kein Auto, kein Internet ich habe nur ein Telefon und jetzt muss ich mich auch noch um die Mama kümmern. (lange Pause) #00:03:00-5#</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ich habe gesagt ich kann das nicht ich habe doch keinen Führerschein und kein Internet und ich bin doch auch krank.</p> <p><i>Ausüben von psychischem Druck durch die Ärztin (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Ich da habe ich gedacht ich kann nicht mehr ich kann nicht mehr.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Jetzt muss ich mich da drum auch noch kümmern und alle sagen immer ich muss mich darum kümmern ich muss mich darum kümmern und ich komme doch nirgendwo hin. (...) (lange Pause) Ich habe doch so furchtbar viel Angst (...)</p> <p><i>Überforderung durch die Situation die Verantwortung für die pflegebedürftige Mutter zu übernehmen (Memo).</i></p> <p>) und ich weiß gar nicht wie ich das schaffen soll. Und alle sagen immer ich muss das machen. seufzen (beklommen) #00:04:27-2#</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>B: Ich habe doch keinen. Mit meiner Tochter habe ich keinen Kontakt.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Die haben auch gesagt ich muss nach Ottweiler auf das Sozialamt mich darum kümmern und da muss ich ja / da bin ich ja den ganzen Tag unterwegs und ich ich schaffe ja noch im TEDI Markt. Ich muss ja irgendwann ja auch noch schaffe gehen.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>(...) ((oooooh Zögerungslaut)) Verstehen Sie? Verstehen Sie das das kann ich ja nicht alleine.</p> <p>Verzweiflung und Überforderung</p> <p>(...)</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Ja ich habe halt keinen und jetzt muss ich mich auch noch um die kümmern.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Die hat ihr ganzes Leben nie nach mir gefragt.</p> <p><i>Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Mutter werden nicht in den Blick genommen, es werden alte Familien Konflikte in der Argumentation, warum B für die Pflege der Mutter nicht Sorge tragen möchte (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Und ich habe doch kein Geld, ich kann mich nicht einfach in ein Taxi hocken und oder so Kurzzeitpflege bezahlen. (...) #00:05:46-4#</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Ich habe doch kein Internet und keine E-Mail. Ich habe ja nur Telefon (...) ich habe noch nicht mal einen Führerschein. Ich kann ja auch kein Auto fahren. Und dann bin ich ja auch immer den ganzen Tag unterwegs ((Zigarettenzug)) (...) und dann ruft die mich laufend an.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Dann ruft die mich alle Stunde an ((Zigarettenzug)) und ich weiß überhaupt nicht (...) dann zittere ich von Kopf bis Fuß. Ich schaffe das nicht. Ich schaffe das einfach nicht ((Zigarettenzug)) ((Zigarettenzug)) (...)</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>Er informierte uns darüber, dass der Schlaganfall sehr groß wäre und das die Mama Probleme mit dem Atmen hätte und wir müssten jetzt entscheiden ob wir wollen das sie auf die Intensivstation verlegt wird</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Man müsse ihr beim Atmen helfen. Der Arzt hat gefragt, ob es eine Patientenverfügung gibt oder ob sich meine Mutter einmal dahingehend geäußert hätte. Mein Vater war völlig entsetzt über diese Fragen. (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Er hat gesagt die Ärzte sollen alles tun was menschenmöglich ist. (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>ähm Mit dieser Problematik hatten sich unserer Eltern bereits auch einmal auseinandergesetzt, aber jetzt akut plötzlich hat mein Vater die Nerven verloren und war so verzweifelt so dass wir dann einer Verlegung auf die Intensivstation zugestimmt haben. (lange Pause)</p> <p><i>Missachtung der Patientenverfügung durch den Ehemann (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Auf der Schlaganfallstation war sie nicht lange. (...) Der Intensivaufenthalt hat sich über zwei Wochen hingezogen und sie hat einen Luftröhrenschnitt bekommen damit sie besser Luft bekommt</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>ich kann nicht sagen was sie mitbekommt und was sie nicht mitbekommt. Sie kann nicht schlucken, sie man muss und regelmäßig den Speichel absaugen. Da ist nicht gut. (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Zwischendurch dachten wir, dass sie das gar nicht überlebt und jetzt hat sie das überlebt und ist in einem Zustand, den sie selbst so wahrscheinlich nicht gewollt hätte.</p> <p><i>Kritische Reflexion des Behandlungsergebnisses durch B (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B: Die größte Herausforderung war rückblickend damit umzugehen, dass ich meinem Vater allein die Entscheidung überlassen habe, dass sie auf der Intensivstation behandelt wird. Das wollte die Mama eigentlich nicht.</p> <p><i>Reflexion Patient:innen Outcome im Kontext der Missachtung der Patientenverfügung (Memo).</i></p> <p>Ich hätte mich da klarer positionieren müssen. Ich hätte mich mehr durchsetzen sollen.</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>(...) Die zweite große Herausforderung war, die komplette Pflege zu organisieren und zu planen, ähm auch so, dass der Papa maximal entlastet ist. Weil ähm die Pflege zu Hause von der Mama, die so hilflos ist und in allem Pflege braucht</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Das ist allerdings ein großer Eingriff in die Privatsphäre. Der Papa verliert fast seine ganze Privatsphäre, weil immer doch fremde Menschen bei ihm in der Wohnung sind. Da muss man erst mal Vertrauen aufbauen. Das war für uns auch eine große Herausforderung zuzulassen, dass wir als Familie nur auf uns angewiesen sind, sondern auf andere Menschen, die wir bezahlen die uns unterstützen (...) ja ja ähm und auch (...) (seufzen) (bekommen) ja und die die wir für Geld anstellen müssen.</p> <p><i>Leistungen gegen Bezahlung annahmen müssen. Verlust der Selbstständigkeit im Familienverband (Memo).</i></p> <p>Wir können das nicht selbst leisten können. (...)</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
Verbesserungspotentiale Entlassungsmanagement	Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege	<p>B: (...) Besuchen Sie mich doch mal (...) da (...) im Barbaraheim (...) da müssen Sie mal vorbeikommen (...) da müssen sie mal schauen da ist was los I #00:06:32-7#</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p>
	Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege	<p>B: zuallererst hätte das Behandlungsteam mich rechtzeitig informieren können damit ich mich auf die Entlassung vorbereiten kann. Dann hätte das Behandlungsteam mich können unterstützen indem es mir die Medikamente für die ersten Tage über das</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Wochenende mitgegeben hätte und nicht nur gesagt hätte ich hätte mir beim Arzt irgendwelche Rezepte besorgen</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>sie hätten mir müssen mir früher sagen, wann mein Mann nach Hause kommt, dann hätte ich auch noch eine Betreuungsperson organisieren können. (lange Pause) #00:07:05-9#</p> <p><i>B benennt konkret die Maßnahmen, die vom Behandlungsteam hätten durchgeführt werden müssen. Zusammenfassend sind entsprechen die Verbesserungsvorschläge den Anforderungen eines strukturierten Entlassungsmanagements (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	<p>Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf</p>	<p>B: ähm lange Pause die Schwestern waren sehr nett und haben (...) viel erklärt (...) auch der Arzt. lange Pause da gibt es nicht viel zu verbessern ich ähm sehe ja (unv.) welchen Stress die Schwestern haben wieviel die zu tun haben aber die ähm waren immer für mich da und (...)</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 10</p> <p>alle meine Fragen wurden ähm beantwortet. lange Pause #00:05:01-9#</p> <p><i>Obwohl sich die Versorgungssituation nach der Entlassung für B zur Herausforderung entwickelte „ich wusste nicht was ich machen soll dann“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4), „musste ich zwischendurch wieder arbeiten gehen, weil ich dachte ähm, wenn ich in das Krankengeld komme, verdiene ich weniger Geld“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4) werden auf die gezielte Frage keine Verbesserungsvorschläge gemacht (Memo).</i></p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 10</p>
	<p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege</p>	<p>B: hm (bejahend) für meinen Papa wäre es eine Unterstützung gewesen, wenn man im Krankenhaus schon festgestellt hätte, dass diese Schluckstörung schwerwiegender ist als man später in der Reha festgestellt hat. scharfes Einatmen (...) (seufzen) (beklommen)</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>seufzen) (beklommen) wir hätten eine Beratung von jemand gebraucht, der sich mit dieser mit dieser Ernährung über diesen Magenschlauch gut auskennt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Man hätte die Mama müssen schulen man hätte ihr sagen müssen wieviel Kalorien diese Dinge haben, wie wir mit / wie wir das ähm bei dem Hausarzt bestellen.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Wie wir das mit der Kostenerstattung machen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>wie man diesen Verband an dieser Bauchsonde wechseln.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Wir hätten zu Hause vieles besser machen können, wenn wenn uns ein Fachmann erklärt hätte, wie man das mit dem essen / wie man das mit dem essen / mit dem Schlucken übt welches essen man am besten gibt</p> <p>Beratung, Anleitung und Schulung zum Thema Ernährung und Umgang mit Ernährungssonde und Sondenkost.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>dass es auch Hoffnung gibt das der Papa irgendwann wieder selbst essen kann</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Wir hatten das Gefühl, nachdem der Papa aus der Reha zurück war / dass die alle Gedacht haben gut jetzt sind die zu Hause, aus den Augen aus dem Sinn. Da kümmert sich keiner mehr richtig darum und / ganz ehrlich der Hausarzt ähm der hatte nicht viel Ahnung</p> <p>Pflegende Angehörige fühlen sich „allein gelassen“</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>B: Wir hätten und die Begleitung in diesem Gesundheits-Krankenhaussystem einfach besser vorgestellt. Da ist man sehr auf sich alleine gestellt und wenn man nicht in der Lage ist sich selbst da ähm Informationen zu verschaffen und seine Eltern unterstützt</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>und auch mit viel Energie dranbleibt dann ist man zu Hause / (...) hatten wir das Gefühl ziemlich verlassen zu sein.</p> <p>Erwartungen in Bezug auf die Leistungen im Gesundheitswesen wurden nicht erfüllt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p> <p>B: Ganz klar sollte in der in der Reha geplant werden, wie man sich zu Hause weiter versorgen soll.</p>
	<p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>B: Ganz klar sollte in der in der Reha geplant werden, wie man sich zu Hause weiter versorgen soll.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Man müsste in der Reha gezielt abfragen, wie es bei mir / wie ich wohne wie es zu Hause aussieht wie ich dusche / wie die Versorgung ist und ähm hätte das vorher mit dem Hausarzt besprechen müssen.</p> <p><i>B definiert klar den Unterstützungsbedarf, den er im Rahmen der Entlassung benötigt hätte. Er beschreibt die Bedarfssituation detailliert (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	<p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege</p>	<p>hinterher ist man immer schlauer. Im Nachhinein hätten die Ärzte viel mehr auf uns und unsere Eltern einwirken müssen und hätten müssen stärker versuchen das mein Vater in diese Rehaklinik geht</p> <p>Der Wunsch nach einer stärkeren Einwirkung durch das Behandlungsteam ist kritisch zu sehen. Die Aufgabe der Behandlungsteams ist Beratung und Unterstützung um zu einer guten Entscheidung für die beteiligten Akteure zu kommen. Es ist nicht die Aufgabe Druck auszuüben, wenn die Beratung von den zu beratenden nicht angenommen werden.</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Heute sage ich hätten wir diese Rehamaßnahme / hätte er die gemacht wäre der Verlauf vielleicht ein anderer gewesen. (...) Die Entscheidung haben unsere Eltern getroffen. #00:14:05-2#</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
	Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege	<p>Pause Vielleicht sollte den Angehörigen in so einer Situation besser und ehrlicher erklärt werden was auf sie zukommt, wenn sie ihre Eltern mit nach Hause nehmen</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wie schwer das ist auch mit / mit Unterstützung von Pflegediensten, weil letztendlich bleibt die Pflege der Mama doch größtenteils an uns Hängen. Wir hätten gedacht wir hätten mehr Unterstützung. (...)</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>
	Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege	<p>B: so (...) so (...) aalle (...) haben so (...) so viiel geholfte Singultus husten (...) daanke (unv., #00:15:30-9#)</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p>
	Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege	<p>B: ooooooh Zögerungslaut scharfes Einatmen War eigentlich alles in Ordnung so weit. lange Pause</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>a was soll ich sagen. Man will ja nicht rummeckern. ((scharfes Einatmen)) (...)</p> <p><i>B. zeigt sich insgesamt zufrieden mit dem Entlassungsregime. Der Nachsatz „Ja was soll ich sagen. Man will ja nicht rummeckern.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10) lässt Rückschlüsse auf einen nicht näher benannten Optimierungsbedarf zu. Darauf deutet auch die Aussage „War eigentlich alles in Ordnung soweit.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10). "Eigentlich" verstärkt oder relativiert in Sätzen Anteilnahme oder Vorwürfe (Memo).</i></p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>
	Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen)	<p>B: Verbesserungsvorschläge hätte ich sehr viele. Aber die / keine konkreten jetzt für die Krankenhausentlassung, das sind Schwierigkeiten, die aus dem System Krankenhaus aktuell entstehen, die uns so ein paar Vorgänge schwierig gemacht haben.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 10</p> <p>:(lange Pause) Nein ich danke Ihnen für Ihr Interesse.</p>

Hauptkategorie	Befragter (Quelle)	Textstelle
		<p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 12</p> <hr/> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege</p> <p>B: (seufzen) (beklommen) Die hätten sich selbst darum kümmern können, wie das mit der Mama weitergeht.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Die hätten mir können helfen, die hätten mir müssen sagen was ich machen soll.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wo wo wo ich die ganzen Anträge stellen muss und (...) ich kann das ja nicht ausfüllen.</p> <p>Übernahme des Entlassungsprozesses und die Einleitung einer professionellen Betreuung über das Betreuungsgericht</p> <p> </p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wie als mein Vater tot in der Wohnung gelegen hat (...) ((Zigarettenzug))</p> <p>Rückgriff auf in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen im Kontext der Familie</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>

Anlage 3 Kategoriensystem mit Definition und Ankerbeispielen aus dem Material

Hauptkategorie	Subkategorie	Definition	Beispiele aus dem Material (Ankerbeispiele)
Aufnahmesituation (30)	Existenzielle Erfahrungen des Lebens (12)	Die Patient:innen können die Beeinträchtigungen, Anzeichen und Symptome nicht interpretieren. In der Regel können die Betroffenen nicht auf Vorerfahrungen zurückgreifen. Ihr Erleben beinhaltet Gefühle von Todesangst	„ich ihhh so iii dachte jetzt stereerbe (...) ich. liih so / so so ich (...) dachte (...) es ist alles vorbei.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ ich dachte jetzt is sooo (...) vorbei.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).
		Die Akutsituation wird häufig mit dem Empfinden von Angst, Kälte und Verlassens-Ängsten wie "sich nicht bemerkbar machen können" beschrieben	„kalt war (...) so kalt (...) kalt, kalt (...) Ich habe gemeint die hätten mich vergessen“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „es hat mir wahnsinnige Angst gemacht.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2), „es war sehr schwierig auf meine Not aufmerksam zu machen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich dachte ich hätte laut um Hilfe gerufen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich habe wieder und wieder gerufen.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).
		Die Akutphase/ Schockphase versetzt eine Betroffene in einen Zustand der Verdrängung	Er war sehr erschrocken und durcheinander. Irgendwie / ich wollte das ja nicht glauben, dass ich einen Schlaganfall habe.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2).
		Mit dem Erhalt der Erstdiagnose "Schlaganfall " wird ein akuter Krankenhausaufenthalt notwendig. In dieser Phase setzt die erste Auseinandersetzung mit der Erkrankung ein. Den Betroffenen wird bewusst, dass sie Ihre Lebenssituation an die Erkrankung und an die zu erwartenden	„Der (...) Schlaganfall war sehr schwer (...). E hat mich (...) hart getroffen (...)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „seufzen) (beklommen) mir war bewusst (...) das ich vermutlich einen Schlaganfall erlitten hatte.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

		Beeinträchtigungen anpassen müssen	
		Mit der Diagnosestellung entwickeln die Betroffenen ausgeprägte Zukunftsängste	„ich habe manchmal Angst scharfes Einatmen, dass ich nicht sehr alt werde #00:05:21-6#“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 12), „es ist schwierig, wenn man als so junge Frau wie ich an einer Erkrankung ähm (...) erkrankt, die sonst eher alte Leute trifft. ähm lange Pause das ist eine ganz besonders blöde Situation, mit der man zurecht kommen muss“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 12)
	Umstände des Krankenseintritts (26)	Alle Betroffenen wurden im Rahmen einer akuten Notfallsituation auf der Stroke Unit aufgenommen. Sie berichten, wie Sie die stationäre Aufnahme auf der Stroke Unit erlebt haben. In Aufnahmesituation erleben Patient:innen und Angehörige häufig einen Zustand der Ohnmacht, der Orientierungslosigkeit und der Handlungsunfähigkeit Die Befragten berichten von der Versorgung durch den Notarzt	„B: ich weiß gar nicht mehr, wie ich das beschreiben soll, es war schrecklich.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „- Die Mama konnte mir dazu auch nicht viel sagen sie hat nur gesagt ähm er wäre an Geräte angeschlossen“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „Irgendwann kamen die Sanitäter und der Notarzt. Ich habe eine Nadel und eine Spritze bekommen. Zum Glück wurde ich direkt auf die Schlaganfallstation in N. gebracht. (...) Ich wurde dort aufgenommen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)
	Versorgungs- und soziale Lebenssituation vor der Aufnahme auf der Stroke Unit (14)	Jüngere Betroffene leben in der Regel selbstständig mit ihren Familien zusammen und gehen bis zum Ereignis einer Berufstätigkeit nach. Die Mehrheit der älteren Betroffenen benötigt vor dem Ereignis einen geringen Unterstützungsbedarf durch die Angehörigen. Die Unterstützung beschränkt sich meistens auf die Hilfe bei der Haushaltsführung und zum Einkaufen.	„Meine Mama wohnt in E“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich muss mich um ihren Hund kümmern und ihre Sachen mitbringen.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „ich lebe allein“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich bin am Abend wie sonst zu Bett gegangen so wie immer“

		<p>Betroffene die vor dem Schlaganfall kognitive Einschränkungen aufzeigen werden in der häuslichen Versorgung mit Kombileistungen versorgt. Hierbei unterstützen die Angehörigen und es kommen Unterstützungsangebote durch Pflege- und Betreuungsdienste zum Einsatz.</p>	<p>Sie hat sich bis dahin selbst versorgt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).</p> <p>„Ich wollte aufstehen und etwas aus dem Schrank holen “ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).</p>
<p>Beurteilung Entlassungsmanagement (71)</p>	<p>Krankheitsbedingte kognitive und funktionelle Beeinträchtigung (51)</p>	<p>Nicht alle Betroffenen erleben kognitive oder funktionelle Beeinträchtigungen</p> <p>Betroffene, die sich ihrer kognitiven Beeinträchtigungen bewusst sind, erleben einen ausgeprägten Leidensdruck. Verlust der Fähigkeit sich an neue Situationen anzupassen stellt die Akteure in der Therapie und in der häuslichen Versorgung vor komplexe Herausforderungen</p>	<p>„ich (...) ähm habe Glück, dass ich keine keine großen Beeinträchtigungen habe.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2), „Das habe ich aber abgelehnt / weil ich an sich (...) ja so gar keine Ausfälle habe. Ich habe keine Symptome mehr.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4)</p> <p>„Ein weiteres Problem war, das ich mir Dinge nicht mehr merken konnte“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Ich verwechsle links und rechts“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich gebe falsche Antworten“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „also die Zeit zur Aufnahme das nehme ich verschwommen war“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Manchmal habe ich noch Wortfindungsstörungen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).</p>
	<p>Emotionale Reaktionen und Verhalten von Angehörigen und Patient:innen (19)</p>	<p>Die Befragten erleben eine große Bandbreite an unterschiedlichen Emotionen. Das emotionale Erleben ist eng mit dem psychischen Wohlbefinden verbunden.</p>	

		<p>1. Das Erleben von Unsicherheit und Furcht</p>	<p>B erlebt Unsicherheit und Furcht. Er verfügt nicht über die Fähigkeit sich an die neue Situation im Krankenhaus anzupassen. Er reagiert ungehalten „Was soll man dabei fühlen? Ich will nach Hause, ich wollte einfach nur nach Hause.“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4) und reagiert mit dem Wunsch " Flucht nach Hause" „In der Dokumentenanalyse wird im Entlassungsbrief beschrieben " der Patient drängt auf seine Entlassung nach Hause, deshalb wurde auf weitere Langzeituntersuchungen verzichtet".</p> <p>„meine Mama hat das alles nicht verstanden die hat sehr viel geweint “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p>
		<p>2. Weinen als Ausdruck von Trauer</p>	<p>„wir hatten Angst vor der Entlassung“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „B: (lange Pause) (unv.) die (seufzen) (beklommen) (seufzen) (beklommen) die größte Herausforderung war das ich erstens mal Angst hatte, dass ich nie wieder richtig sprechen kann“ (Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8)</p>
		<p>3. Angst, Furcht, Besorgnis</p>	<p>„Am am Anfang war das grausam (...), weil ich jetzt behindert bin.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich komme mir so dumm vor.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „ich habe mich so geschämt“ (Interv. Nr.</p>

		<p>4. Verlust des Selbstwertgefühls und Veränderung der Gefühle</p> <p>6. Das Erleben von Gefühlen des Versagens</p> <p>7. Reflexion von getroffenen Entscheidungen</p> <p>8. Emotionale Überforderung und Rückgriff auf frühere Erfahrungen</p>	<p>5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)</p> <p>„es bleibt aber ein bitterer Beigeschmack. Wir haben das Gefühl, dass wir versagt haben.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)</p> <p>„Im Nachhinein war es wohl ein Fehler, meine Mutter hat sich bereit erklärt meinen Vater mit nach Hause zu nehmen (...) ohne Reha.“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)</p> <p>„((aahh ungeduldig)) Ich schaffe das einfach nicht, das kann man doch nicht von einem verlangen. (...) Das kann man doch einfach nicht von einem Verlangen. Warum muss ich mich dann da immer / was kann denn da passieren, wenn ich sage, wenn ich sage, ich kümmer mich nicht darum, dann kommt die Kripo irgendwann.“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10),</p> <p>„Das war sehr schlimm und er hat auch immer "mein Liebes" zu mir gesagt / das hat er früher nicht gesagt also ich war emotional schon tief erschüttert.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 2)</p>
	<p>Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes (29)</p>	<p>Unsicherheiten beziehen bei jungen Berufstätigen Personen auf die zukünftige berufliche Leistungsfähigkeit, die Wiedereingliederung in</p>	<p>„ich wusste nicht, was ich machen soll dann, dann sollte ich aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber das mit der Beantragung mit dieser</p>

		<p>das Berufsleben und einer drohenden Verschlechterung der Erkrankung.</p> <p>Pflegende Angehörige und Patient:innen: erleben große Unsicherheit, weil sie "nicht wissen, wie es weitergeht" Es handelt sich um Zentrale Fragestellungen aus der Patient:innen- und Angehörigenperspektive zum weiteren Krankheitsverlauf und dem daraus entstehenden Versorgungsbedarf. Sie haben eine ausgeprägte Motivation die Pflege im häuslichen Umfeld zu gewährleisten, haben Wissenslücken, um die Pflege zu planen und zu organisieren. Analog dazu stellt sich die Frage in welchem Umfang eine häusliche Versorgung geplant werden kann, wenn der zukünftige Pflegebedarf noch nicht einzuschätzen ist.</p>	<p>Reha, das dauert unheimlich lange.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4)</p> <p>„Ich hatte Angst, wenn ich danach anfangen zu Arbeiten das dicke Erwachen kommt.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8)</p> <p>„Die große Herausforderung für uns als Familie war die Ungewissheit, dass wir nicht wussten, wie es weitergeht.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p> <p>„Wir wussten nicht ob die Mama den Papa zu Hause versorgen kann ähm, ob sie das schafft sie ist ja auch nicht mehr die Jüngste.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p> <p>„Ob die Mama einen Pflegedienst rufen muss, ob das mit dem Pflegegrad und dem Pflegegeld bis dahin geklärt ist. Ob er nach der Reha in eine Kurzzeitpfleg muss ob die Mama das zu Hause überhaupt irgendwie schaffen kann und wie die Mama damit alleine zurecht kommen soll.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p> <p>„ich machte mir Gedanken wie soll das denn überhaupt alles mit meinem Leben weitergehen“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)</p> <p>die haben immer gesagt ähm das können wir noch nicht sagen man muss kucken, wie sich das entwickelt “ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p>
--	--	---	--

	<p>Vorbereitung der Entlassung in den nachbetreuenden Sektor (62)</p>	<p>1. Fehlende Informationen zum Entlassungszeitpunkt und fehlende Vorbereitungszeit. Die Betroffenen erleben eine überstürzte Entlassung oder können sich nicht auf den Entlassungszeitpunkt vorbereiten. Fehlende Hilfsmittel, Medikamente und ein defizitäres Wissen in der Durchführung der Pflege stellen pflegende Angehörige vor komplexe Herausforderungen und gefährden die Patientensicherheit durch drohende Versorgungseinbrüche.</p> <p>2. Fehlende Unterstützung/ Versäumnisse durch das Behandlungsteam (Pfleger, Sozialdienst, Ärzte, Therapeuten) um eine sichere Versorgungssituation zu planen</p>	<p>„Wir konnten das irgendwie gar nicht planen“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Also diese Entlassung die kam dann sehr überstürzt. Die kam sehr sehr schnell“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6),</p> <p>„er wird morgen entlassen ich muss ihn dann mitnehmen.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „B erlebt eine ungeplante "blutige Entlassung".“ (Memo in: Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)</p> <p>„wir wussten auch noch gar nicht wie das zu Hause gehen soll und was ich (...) und wie wir das zu Hause anstellen sollten.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p> <p>„Die große Herausforderung war, überhaupt (...) überhaupt meinen Mann nach Hause zu bekommen ohne Krankenwagen. Man hat einfach gesagt ich soll ihn mitnehmen. Ich musste den irgendwie in das Auto bugsieren. Er hatte entsetzliche Schmerzen und ich habe mir schon gedacht, hoffentlich kommt der irgendwie die Treppe hoch.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p> <p>„Die Sozialarbeiterin hat mit uns die Unterlagen für die Krankenkasse ausgearbeitet für den Rehantrag, das hat auch die Ärztin mit uns besprochen“ (Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)</p> <p>„dann hat mir der Arzt gesagt ich soll noch eine</p>
--	---	---	--

		<p>Im Gegensatz zu einer unorganisierten unstrukturierten Entlassung erlebt ein großer Teil der Befragten die Vorbereitung auf die Entlassung in einem strukturierten Entlassungsmanagement . Hier wird der Entlassungszeitpunkt vorab geplant und die Betroffenen werden unterstützt, um eine sichere Versorgungssituation aufzubauen.</p>	<p>Reha machen. Das hat die Sozialarbeiterin alles mit mir in die Wege geleitet.“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4)</p> <p>„Dann kam der Entlassungstermin (...) zur Reha (...) dort wurde ich mit einem Krankenwagen hingebacht (...) ich wurde auf der Trage transportiert “ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „In der Reha, die wussten auch ganz genau welche Medikamente ich bekomme und ähm da war ein Arztbericht dabei in dem stand alles drin ähm was funktioniert hat.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Die Sozialarbeiterin die hat das alles vorbereitet</p>
<p>Ressourcen und Potentiale (142)</p>	<p>Unterstützung durch externe Akteure im Gesundheitswesen (60)</p>	<p>Um die Herausforderungen in der häuslichen Pflege zu bewältigen und die Anforderungen und die Fähigkeiten zum Aufbau einer sichern Versorgungssituation leisten zu können benötigen Patient:innen und Angehörige die Unterstützung der professionellen Akteure im Gesundheitswesen.</p>	<p>Tagespflege und Seniorentreff</p> <p>„ich gehe da ins Barbara (...) da dreimal nachmittags in der Woche “ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Dafür wechselt er begeistert zu der detaillierten Beschreibung seiner Nachmittage im Seniorentreff in der Tagespflege in der Einrichtung St. Barbara Seniorenresidenz. Trotz der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen haben soziale Interaktionen während die Kinder ihrer Berufstätigkeit nachgehen einen hohen Stellenwert. Dies drückt sich in der Aussage "da bin ich nicht so alleine" aus.“ (aus Memo in: Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8), „Besuchen Sie mich doch mal (...) da (...) im Barbaraheim (...) da müssen Sie mal vorbeikommen (...) da müssen sie mal schauen da ist was los “ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 12)</p>

			<p>„Der Pflegedienst kam zum Waschen (seufzen) (bekommen) und um die Medikamente zu verabreichen. Der Pflegedienst vom Hospiz kam um um die Schmerzmittel zu geben. Die haben auch immer sehr viele Gespräche mit uns geführt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Ich musste den Pflegedienst anrufen und den Nachbarn.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „der Palliativpflegedienst vom Hospiz (seufzen) (bekommen) hat uns noch zwei Frauen geschickt, die ehrenamtlich zu uns kommen damit wir zum Einkaufen können.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6),</p>
	<p>Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten Versorgungsanforderungen bewältigen zu können (22)</p>	<p>Codiert wurden alle Textstellen zu Äußerungen der Befragten in Bezug auf das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten Versorgungsanforderungen bewältigen zu können. Inkludiert wurden in diesem Code auch die Fragen nach finanziellen Ressourcen oder Herausforderungen. Über die entsprechenden finanziellen Ressourcen verfügen können ist ein Element, um eine kontinuierliche Versorgungssituation sicherzustellen.</p>	<p>Für sich selbst sorgen können</p> <p>„. Ich habe versucht schnell die Übungen alleine zu machen damit ich unabhängiger werde.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p> <p>„mit / mit dem Rooller (unv.) gehen kkon (unv.) dachte iihh ich so (...) so (...) so ich will (...) kein (unv., #00:12:30-5#) sei“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p> <p>„(...) dass ich (...) so (...) so zu Haause wohne kann.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10)</p> <p>„... Ich habe selbst dann im Internet recherchiert und habe Nahrung dazu gekauft“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)“ (Kommentar zu Code: Ressourcen und Potentiale — Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten Versorgungsanforderungen bewältigen zu</p>

			können/Finanzielle Ressourcen/Finanzielle Herausforderungen)
	<p>Coping- die Fähigkeit mit der neuen Lebenssituation umgehen zu können (27)</p>	<p>Codiert werden alle Textstellen in Bezug auf die Fähigkeit sich an die gesundheitlichen Beeinträchtigungen anzupassen und mit der neuen Lebenssituation umzugehen</p> <p>Die Befragten gehen unterschiedlich mit ihren Beeinträchtigungen um. Eine Ressource sind Bewältigungsstrategien wie die Bereitschaft für eine bessere Resilienz oder die Bereitschaft für eine verbesserte Selbstbestimmung.</p>	<p>Ressource verbessertes Selbstkonzept</p> <p>„ich bin sehr jung. Ich arbeite auch noch“ (Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4), „Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben“ (Memo in: Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4)</p> <p>Ressource das Erlangen einer höheren Selbstbestimmung</p> <p>„Normalerweise halte ich mich an dem Rollator fest.“ (Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) „Verbesserung der Unabhängigkeit und Mobilität“ (Memo in: Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)</p> <p>„inzwischen mache ich das so oder habe ich das so gemacht, wenn mir Worte nicht einfallen beschreibe ich die. Mit der Zeit wird man da sehr geschickt, so dass das Gegenüber das manchmal nicht merkt.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Bewusste Steuerung zur Verbesserung des Wohlbefindens- Ressource Identifikation von eigenen Potentialen, um die Beeinträchtigung zu kompensieren aus dem Wunsch heraus mehr Selbstbestimmung zurückzugewinnen“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p> <p>Coping-Strategien</p> <p>„ich will die Hoffnung nicht aufgeben (...), weil von Pflegebedürftig bin ich in meiner Wohnung in</p>

			<p>meinem eigenen Umfeld schon wieder sehr selbstständig.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Ressource Selbstbewertung von Beeinträchtigungen und Stressfaktoren im Kontext verhaltensbezogener Anstrengungen. Nimmt umgebungsbedingte Veränderungen war-Verbessertes Coping“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p>
	<p>Unterstützung im sozialen Umfeld durch Familie, Freunde, Partner (51)</p>	<p>Pflegende Angehörige spielen eine zentrale Rolle in der häuslichen Versorgung nach einem Schlaganfall. Die Bereitschaft die Pflege für die Pflegebedürftigen zu leisten, entscheidet darüber ob der Betroffene in seinem häuslichen Umfeld oder in der stationären Langzeitpflege versorgt wird. Neben der Organisation der Versorgungssituation z.B. Koordination der externen Dienstleister, Behördengänge, Durchführung der Pflege, Betreuungsaufwand usw. stellen Partner, Familienangehörige und Freunde die Hauptressource in der emotionalen und organisatorischen Unterstützung im häuslichen Setting dar. Bei komplexem Pflegebedarf kann die Unterstützung durch pflegende Angehörige zu einem hochkomplexen Versorgungsmanagement aufwachsen.</p>	<p>„Meine gute (...) gute (...) gute Frau so (...) gibt mir Kraft so (...) so (...) Lebenswille (...). Sie kümmere sich so (...) so um lange Pause Papier (...) mit so (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4), „Stimmliche hochemotionale "meine gute, gute, Frau" "gibt mir Kraft und Lebenswillen" "Sie kümmert sich so"" (Memo in: Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p> <p>„In erster Linie hat mich mein Ehemann unterstützt“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6), „da wusste ich das zu Hause alles läuft und die Kinder gut versorgt sind. Er hält mir den Rücken frei.“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6)</p> <p>„ansonsten hat mich mein Partner extrem unterstützt durch diese schwere Zeit. Auch diese ganzen Entscheidungen zu treffen und und mit / damit klarzukommen.“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 6)</p>
<p>Herausforderungen und Stressoren (210)</p>	<p>Herausforderungen bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld (11)</p>	<p>Während des Klinik- und Reha Aufenthalt sind die Betroffenen eng auf die Wiedererlangung ihrer Fähigkeiten fokussiert. Eine Anpassung an die</p>	<p>„Bis dahin musste ich mich am Waschbecken waschen. (...) das war unangenehm. (...)“ (Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4), „. Wie</p>

		<p>Beeinträchtigungen hat noch nicht stattgefunden. Deshalb werden notwendige Veränderungen im häuslichen Umfeld ausgeblendet und nicht wahrgenommen.</p>	<p>gesagt in der Wohnung war nichts vorbereitet“ (Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 6), „Wie stellt sich die Wohnsituation des Patient:innen dar? Gibt es Anpassungsbedarf im Wohnumfeld in Bezug auf die Mobilitätseinschränkungen?“ (Memo in: Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 6)</p> <p>„manche Dinge, dass ich die Treppe ähm nicht hochkomme, ähm wie das mit der Dusche funktionieren soll / wer für mich einkauft (...) das waren Dinge, die wurden mit mir nicht besprochen und das ist mir zu Hause erst aufgegangen.“ (Interv. Nr. 5_m</p>
	<p>Das Erleben von Belastungssituationen (89)</p>	<p>Krankheit und Pflege von Angehörigen stellt die Betroffenen vor unterschiedliche Belastungssituationen.</p> <p>Die Befragten berichten von Gefühlen der Hilflosigkeit. Sie müssen die Krankheit und die Beeinträchtigungen ihres Familienmitgliedes mit ansehen. Im Rahmen von wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten sind die Pflegenden Angehörigen besorgt über eine mögliche Institutionalisierung und sorgen sich um die adäquate Erbringung der Pflege innerhalb der Zeiträume, in denen sie selbst nicht anwesend sind. Es kommt teilweise zur Überkontrolle der Gesundheitsdienstleister mit folgenden Konflikten.</p> <p>Das Treffen von Entscheidungen für eine andere Person, die selbst ihren Willen nicht mehr äußern kann wird als besonders ausgeprägte Belastung empfunden. Die Befragten auch bei klar ausformulierten</p>	<p>„ich hatte auch das Gefühl, das er dort ganz ganz schlecht versorgt ist“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)</p> <p>„Wir mussten immer wieder ganz darauf hinwirken, dass diese Therapien auch über die ganze Zeit immer wieder erfolgt sind.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10)</p>

		Patientenverfügungen unsicher in der Entscheidung.	„Alle haben versucht auf uns einzuwirken und letztendlich haben wir der Entscheidung auch nachgegeben, weil wir sagten, es ist die Entscheidung unserer Eltern, die sich jetzt so entschieden haben“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Eltern-Kind Konflikt“ (Memo in: Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2)
	Das ständige erleben eines hohen Abhängigkeitsgrades der Patient:innen (33)	<p>Pflegebedürftige und Angehörige erleben Konflikte, wenn pflegende Angehörige den Aufgaben, Erwartungen und den erwünschten Verhaltensweisen auf Dauer nicht nachkommen können.</p> <p>Eine 24/7 Pflege ist von Angehörigen, ohne externe familiäre Unterstützung nicht zu leisten. Ein hoher Risikofaktor ist die Doppelbelastung in der Verantwortung für die Durchführung der Pflege und der Berufstätigkeit, um die Versorgungssituation sicherzustellen.</p>	<p>Das war schrecklich, weil er immer wieder frisch gemacht werden musste.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>ihn so an diesem Monitor in dem Bett zu sehen fast weggetreten. (...) Das er uns nicht erkannt hat war für mich ein sehr großer Schock. Meine Mutter hat ähm meine Mutter hat nichts mehr gesprochen, die saß an dem Bett meines Vaters und hat nur immerzu den Kopf geschüttelt und hat geweint</p> <p>Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>„Die größte Schwierigkeit war, ich musste ja weiterarbeiten gehen und ich musste meinen Mann zu Hause lassen. Mein Mann kann sich sehr schwer äußern seufzen (bekommen) er hat es auch morgens so geschafft aus dem Bett bis in seinen Sessel, ich habe ihn dann dort versorgt mit Getränken und habe ihm seine Tabletten gerichtet.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p>
	Unrealistische Vorstellungen von der Verantwortung und der	In den Interviews fällt auf, dass einige Befragte das Fachwissen, den Zeitaufwand und die	„im Nachhinein hätten wir uns die Pflege wie wie mit einer so schweren Erkrankung aber ganz

	Belastung in der häuslichen Pflege (44)	physischen und psychischen Belastungen in der häuslichen Pflege nicht adäquat einschätzen und es zu Überlastungen der pflegenden Bezugspersonen kommt.	anders vorgestellt.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6) „Sie hat gejammert und geschrien so dass wir nicht wussten / nicht gewagt haben sie richtig anzufassen. Sie ist manchmal sehr unruhig das war im Krankenhaus gar nicht so.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)
Verbesserungspotential im Entlassungsmanagement (29)	Strukturen für eine sichere, stabile Versorgungssituation schaffen (13)	Die inadäquate Vorbereitung zur Entlassung in Bezug auf die Versorgung mit Medikamenten liegt in der Verantwortung des entlassenden Versorgers. Auch gibt es gesetzliche Regelungen, die in einigen Fällen nicht erfüllt wurden, Die Defizite im Entlassungsmanagement werden nicht auf das Behandlungsteam, sondern auf das "System Gesundheitswirtschaft".	„Dann hätte das Behandlungsteam mich können unterstützen indem es mir die Medikamente für die ersten Tage über das Wochenende mitgegeben hätte und nicht nur gesagt hätte ich hätte mir beim Arzt irgendwelche Rezepte besorgen“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10). „Man müsste in der Reha gezielt abfragen, wie es bei mir / wie ich wohne wie es zu Hause aussieht wie ich dusche / wie die Versorgung ist und ähm hätte das vorher mit dem Hausarzt besprechen müssen.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) „B: Verbesserungsvorschläge hätte ich sehr viele. Aber die / keine konkreten jetzt für die Krankenhausentlassung, das sind Schwierigkeiten, die aus dem System Krankenhaus aktuell entstehen, die uns so ein paar Vorgänge schwierig gemacht haben.“ (Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 10)
	Eduktion und Befähigung zum Selbstmanagement und zum Umgang mit	Insbesondere wird mehr Aufklärung, Beratung und Schulung eingefordert um komplexe Versorgungssituationen	„wir hätten eine Beratung von jemand gebraucht, der sich mit dieser mit dieser Ernährung über diesen Magenschlauch gut

	<p>Krankheit und Beeinträchtigungen (15)</p>	<p>im häuslichen Setting handeln zu können.</p>	<p>auskennt“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10)</p> <p>„Man hätte die Mama müssen schulen man hätte ihr sagen müssen wie viele Kalorien diese Dinge haben, wie wir mit / wie wir das ähm bei dem Hausarzt bestellen.“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10)</p> <p>„Wir hatten das Gefühl, nachdem der Papa aus der Reha zurück war / dass die alle Gedacht haben gut jetzt sind die zu Hause, aus den Augen aus dem Sinn. Da kümmert sich keiner mehr richtig darum und / ganz ehrlich der Hausarzt ähm der hatte nicht viel Ahnung“ (Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10),</p>
	<p>Das Bedürfnis in Kontakt zu bleiben (1)</p>	<p>Patient:innen und Angehörige äußern das Bedürfnis nach der Entlassung mit den Bezugspersonen aus dem Stationären Setting in Kontakt zu bleiben, um ihren individuellen Verlauf zurückzumelden. Sie möchten als Person war genommen werden.</p>	<p>„B: (...) Besuchen Sie mich doch mal (...) da (...) im Barbaraheim (...) da müssen Sie mal vorbeikommen (...) da müssen sie mal schauen da ist was los I #00:06:32-7#</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p>
	<p>Rechtzeitige Bekanntgabe des Entlassungszeitpunktes (2)</p>	<p>Fehlende Informationen zum Entlassungszeitpunkt sind ein Fehler der entlassenden Station bzw. Rehaklinik.</p>	<p>„B: zuallererst hätte das Behandlungsteam mich rechtzeitig informieren können damit ich mich auf die Entlassung vorbereiten kann.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10)</p> <p>„sie hätten mir müssen mir früher sagen, wann mein Mann nach Hause kommt, dann hätte ich auch noch eine Betreuungsperson organisieren können.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10),</p>

Anlage 4 Themenmatrix

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
Aufnahmesituation				
<i>Existenzielle Erfahrungen des Lebens</i>		<p>Notwendigkeit der Evaluation der häuslichen Versorgungssituation</p> <p>Angst, Furcht vor dem Sterbeprozess</p> <p>Verleugnung der Realität</p> <p>Die Angst anderen zur Last zu fallen, das Empfinden von Abhängigkeit und Minderwertigkeitsgefühlen</p>	<p>Das Erleben von "körperlicher und emotionaler Kälte im Kontext von " vergessen worden sein". Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Existenzielle Erfahrung. Todesangst Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Die Diagnose Schlaganfall ist für B akut nicht zu verarbeiten. Als Verdrängungsmechanismus wird eine Fehldiagnose angenommen. Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 2</p> <p>Das Empfinden von Abhängigkeit (Unterstützung bei der Ausscheidung) wird mit dem Sterben in einem Satz genannt. Ich bin so dankbar, dass ich nicht sterben muss und kein so Windelkacker... Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>	<p>Prüfen der Versorgungssituation im Pflege und Betreuungsprozess</p> <p>Psychosoziale Intervention, erlernt Strategien zur Angstbewältigung, erlernt die Fähigkeit über die Angst zu sprechen- Krisenintervention</p> <p>Themenzentriertes Therapeutisches Pflegefachgespräch mit dem Ziel Strategien zur Krankheitsbewältigung zu führen</p> <p>Themenzentriertes Therapeutisches Pflegefachgespräch, Patient:innen erlernen Verhaltensweisen um ihre Situation differenziert einzuschätzen und die Angehörigen entwickeln eine Haltung auf Augenhöhe, um die Emotionen des Betroffenen zu verstehen</p>
<i>Umstände des Krankenseintritts</i>		Gefahr eines Frailty - Syndrom im Alter. Progrediente Verschlechterung in	Die Patientin ist 83 Jahr alt und lebt allein. Sie ist selbstständig ist für die Haushaltsführung, das Waschen, das Kochen und den Einkauf zuständig.	Präventionsmaßnahmen

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		mehreren Gesundheitsbereichen	Seit einigen Jahren leidet sie unter Venenentzündungen. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2	Klärung welche Unterstützungsmaßnahmen benötigt werden, um die Versorgung zu Hause sicherzustellen
	<i>Versorgungs- und Lebenssituation vor der Aufnahme auf der Stroke Unit</i>	Gefahr eine selbstbestimmte und sichere Umgebung nicht auf Dauer erhalten zu können	Die Patientin ist 83 Jahr alt und lebt allein. Sie ist selbstständig ist für die Haushaltsführung, das Waschen, das Kochen und den Einkauf zuständig. Seit einigen Jahren leidet sie unter Venenentzündungen. Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2	Identifikation von Ressourcen und Unterstützenden Faktoren die zusätzlich eingesetzt werden können Erhöhung der Sicherheit im häuslichen Umfeld, vorhandene Strukturen nutzen und ausbauen
Beurteilung Entlassungsmanagement		Gefahr unzureichender sozialer Interaktion und beeinträchtigte soziale Beziehungen durch die therapeutische Isolation im Krankenhaus Unfähigkeit Bedürfnisse zu formulieren. Erleben von Isolation und	Auf die Frage zur Vorbereitung der Entlassung geht B nur kurz mit einem "es wäre alles in Ordnung gewesen „ein. Dafür wechselt er begeistert zu der detaillierten Beschreibung seiner Nachmittage im Seniorentreff in der Tagespflege in der Einrichtung St. Barbara Seniorenresidenz. Trotz der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen haben soziale Interaktionen während die Kinder ihrer Berufstätigkeit nachgehen einen hohen Stellenwert. Dies drückt sich in der Aussage "da bin ich nicht so alleine" aus. Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8 B. überlegt offenbar, wie er die Frage von I in Bezug auf Verbesserungsvorschläge beantworten soll und springt nach einem Zögerungslaut direkt in die mit tiefer Überzeugung vorgebrachte Aussage "seine Kinder kümmern sich um ihn. Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10	Förderung von sozialer Interaktion. Aufbau einer das Vertrauen fördernden Versorgungssituation. Stabile Beziehungen durch gleichbleibende Bezugspersonen herstellen Identifikation von Strukturen in der Familie, im Freundeskreis oder dem Betreuerteam Patient:innen aktiv am Behandlungsprozess beteiligen. Patient:innen befähigen die eigenen Bedürfnisse auszudrücken und einzufordern

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Sehnsucht nach familiärer Beziehung Gefahr der Vereinsamung</p> <p>Traumatisches Erleben negativer Emotionen/Hilflosigkeit</p> <p>Fehlende entwicklungsfördernde Umgebung</p>	<p><i>B erlebt eine ungeplante "blutige Entlassung".</i> <i>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</i></p> <p><i>Falsches Setting</i> <i>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</i></p>	<p>Erlernen von Problem/Bewältigungsstrategien. Patient:innen und Angehörige bauen Vertrauen zum Behandlungsteam auf.</p> <p>Selbstpflegedefizit und Setting müssen aufeinander abgestimmt sein. Ressourcenfördernde Umgebung schaffen.</p>
	<i>Krankheitsbedingte und kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen</i>	<p>Unsicherheit, wie es nach dem Klinikaufenthalt weitergeht</p>	<p><i>B steht mitten im Erwerbsleben. Richtig ist der Ansatz die Erwerbsfähigkeit im Hinblick auf bestehende Defizite zu prüfen und anzupassen.</i> <i>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</i></p>	<p>Patientenedukation. Beratung und Bereitstellung von Informationsmaterial und Handlungsanleitung für spezifische Zielgruppen</p>
	<i>Emotionale Reaktionen und Verhalten von Patient:innen und Angehörigen</i>	<p>Überforderung der Angehörigen durch fehlendes Wissen</p> <p>Unwillkürliche emotionale Ausbrüche im Rahmen kognitiver Beeinträchtigung</p>	<p><i>Rückgriff auf in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen im Kontext der Familie</i> <i>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</i></p> <p><i>B reagiert ungehalten auf die Frage was er bei der Vorbereitung auf die Entlassung empfand. B verfügt nicht über die Ressourcen, sich an das Setting Stroke Unit anzupassen. insbesondere</i></p>	<p>Wiedererkennen von Schemata und vorhandenen oder fehlenden Bewältigungsstrategien aus biografischen Erlebnissen</p> <p>Sicherstellung einer unterstützenden sozialen Versorgungssituation. KH Aufenthalt so kurz wie möglich halten. Verzicht auf Sedativa</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Unfähigkeit sich neuen Situationen anzupassen</p> <p>Angst die erforderliche Pflegeleistung nicht erbringen zu können</p> <p>Fehlende Fähigkeit zu zielorientiertem Verhalten. Rollenüberlastung der Pflegenden angehörigen</p>	<p>der Umgang mit den Monitorkabeln schränkt ihn in seiner Bewegungsfreiheit stark ein.</p> <p>Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Mutter werden nicht in den Blick genommen alte Familien Konflikte in der Argumentation, warum B für die Pflege der Mutter nicht Sorge tragen, möchte</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Fehlende Fähigkeit sich an die neue Situation anzupassen. B ist sich darüber bewusst, verlässt sich auf seine Frau, die ihm das alles erklären wird.</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>	<p>Mangelnde Bereitschaft die Pflege für den Pflegeempfänger zu übernehmen. Institutionalisierung vs. Kritische Versorgungssituation in der häusl. Pflege. Stressüberlastung der Angehörigen</p> <p>Ressourcenorientierte Förderung zur Nutzung von Strategien die soziale Unterstützung verbessern. Klientenzentriertes Pflegefachgespräch zur Analyse von Defiziten und zur Entwicklung von Lösungsansätzen. Fähigkeiten erhalten</p>
<p><i>Unsicherheit bezüglich unterschiedlicher Aspekte des Krankheits- und Versorgungsverlaufes</i></p>		<p>Ausgeprägte Selbstpflegedefizite im Rahmen einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit dem Risiko der Schwerstpflegebedürftigkeit</p> <p>Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit. Wiedereingliederung in das Arbeitsleben</p>	<p>Im Rahmen der Narkose und dem operativen Eingriff am Gefäßsystem (Bein) kommt es zu einer lebensbedrohlichen Krise.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können hierbei unterstützen, um beispielsweise den Arbeitsplatz anzupassen.</p>	<p>Abstimmung der Therapie, Notfallvorausplanung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuung</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Drohendes Immobilitätssyndrom</p> <p>Beeinträchtigter Gesundheitszustand der Pflegenden Angehörigen. Fehlende Entlastung und fehlende Fähigkeit die Pflege zu erbringen</p>	<p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>Die Patientin ist schwach, erholt sich nur langsam von dem Eingriff und den Folgen des Schlaganfalls. Sie benötigt Unterstützung bei allen pflegerischen Verrichtungen.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>B ist selbst erkrankt und lebt mit gesundheitlichen Einschränkungen und ist in der Mobilität begrenzt.</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>	<p>Besprechung und Planung der AHB oder Rehabilitationsmaßnahme. Die Fähigkeit zur Mobilisation der eigenen Motivation erlernen.</p> <p>Einschätzung des zukünftigen Unterstützungsbedarfs. Entscheidung das zukünftige Pflegesetting</p> <p>Vermeidung der Rollenüberlastung der pflegenden Angehörigen. Zu klären sind die Aufgaben, Erwartungen und die Ressourcen der Angehörigen</p>
<p>Vorbereitung der Entlassung in den nachsorgenden Sektor</p>		<p>Patient wird in die Rehabilitation entlassen. Die Reha-Einrichtung ist nicht auf die Bedürfnisse des Patient:innen eingerichtet</p> <p>Die Rollenüberlastung der pflegenden Angehörigen und eine gestörte Familienfunktionalität mit ineffektiven Beziehungsmustern</p>	<p>Defizite in der Vorbereitung in die nachsorgende Versorgungsumgebung.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>B fühlt sich von der Ärztin stark unter Druck gesetzt. Ein Hilfsangebot über den Sozialdienst erfolgt nicht. Ausüben von psychischem Druck durch die Ärztin</p>	<p>Effektive Gestaltung der Prozesse beim Übergang in die Reha-Einrichtung. Dies bedeutet die Abstimmung der Entlassungsprozesse mit der nachsorgenden Versorgungseinrichtung unter Einbezug der Patient:innenbedürfnisse und der Angehörigen</p> <p>Einbezug des Hausarztes und der Sozialbehörden, um eine sichere Versorgungssituation für die Pflegebedürftige Person zu schaffen</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Fehlende Beratung der Patient:innen ohne Selbstpflegedefizite in Bezug auf die Optionen in der Gesundheitsversorgung</p> <p>Inadäquate Entlassungsplanung</p> <p>Fokussiert wird die Versorgungssituation der Patient:innen. Eine mögliche Institutionalisierung der Patient:innen wird aus Sorge um das Wohlbefinden der Patient:innen nicht reflektiert. Dabei wird nicht berücksichtigt, ob die Betreuenden über die Fähigkeiten und die Kompetenzen verfügen, um eine adäquate Pflegeleistung zu erbringen</p>	<p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Bei der Entlassung bestanden keine Selbstpflegedefizite. Trotzdem wäre eine individuelle Beratung und Begleitung durch den Sozialdienst notwendig gewesen. Hier sollten die beruflichen, finanziellen Bedarfe mit der Anschlussheilbehandlung abgestimmt werden.</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>Versäumnis des Behandlungsteam, für einen sicheren Patient:innentransport zu sorgen</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Im Vordergrund steht die palliative Pflege der Patientin. Aufgrund der hohen Bereitschaft der Töchter die Pflege zu leisten, wird die Pflege in einem Hospiz erst gar nicht in Erwägung gezogen.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Das Pflegegeschehen wird überwiegend auf die pflegebedürftige Patientin fokussiert. Der Situation der Töchter, die pflegerische Laien sind, wird vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>	<p>Unterstützung in selbstbestimmter Entscheidungsfindung. Um Zugang zu den passenden Leistungen zu bekommen, sollte der Hausarzt durch den Sozialdienst unmittelbar in den Entlassungsprozess einbezogen werden</p> <p>Geplante Entlassung, Evaluation der Entlassungsplanung 24 h vor Entlassung</p> <p>Sicherstellung einer kontinuierlich qualitativ hochwertigen Versorgungssituation in einer hochkomplexen Pflegesituation. Themenzentriertes Pflegefachgespräch mit den pflegenden Angehörigen. Interdisziplinäres Teamgespräch zur Planung des Pflegesettings mit Hausarzt, SAPV Team, Sozialdienst und Angehörigen. Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zur Herstellung einer adäquaten Versorgungsleistung</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Fehlende Beratung der Patient:innen ohne Selbstpflegedefizite in Bezug auf die Optionen in der Gesundheitsversorgung</p>	<p>B steht mitten im Erwerbsleben. Richtig ist der Ansatz die Erwerbsfähigkeit im Hinblick auf bestehende Defizite zu prüfen und anzupassen. Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p>	<p>Unterstützung in selbstbestimmter Entscheidungsfindung. Um Zugang zu den passenden Leistungen zu bekommen, sollte der Hausarzt durch den Sozialdienst unmittelbar in den Entlassungsprozess einbezogen werden</p>
<p>Ressourcen und Potentiale</p>	<p>Patient:innen entwickeln Strategien, um eigene Energien zu mobilisieren. Ziel ist die Verbesserung der Selbstpflegedefizite und definierte Ziele zu planen und zu erreichen</p> <p>Patient:innen erlangen eine verbesserte Selbstbestimmung indem sie Veränderungen wahrnehmen und bewusst reflektieren. Sie identifizieren Verbesserungspotentiale und wirken aktiv an Entscheidungen zu ihrer Zielerreichung mit</p> <p>Die Fähigkeit auf die erfolgreichen</p>	<p>Ressource die Hoffnung zu verstärken und die Sinnhaftigkeit des Lebens neu zu definieren Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Erleben einer höheren Selbstbestimmung und das Wiedererlangen der Kontinenz. Ressource mehr Selbstbestimmung durch größere Mobilität und einem geringeren Unterstützungsbedarf durch andere Personen. Hohe Eigenmotivation Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p>	<p>Themenzentriertes Pflegefachgespräch. Die Befähigung der Patient:innen die Spiritualität und die Verbundenheit mit der Umwelt zu verbessern</p> <p>Themenzentriertes Pflegefachgespräch um die Patient:innen zu befähigen sich an Veränderungen und Entscheidungen zu beteiligen. Themenzentriertes (Haus)ärztliches Fachgespräch, um die Mitbestimmung an individuellen Gesundheitsentscheidungen zu verbessern.</p>	

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Bewältigungsstrategien biografisch kritischer Ereignisse zurückzugreifen</p>	<p>Ressource Bewältigung von kritischen Situationen und Herausforderungen Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Themenzentriertes Pflegefachgespräch. Befähigung Verhaltensmuster und Ressourcen an einen dynamisch verlaufenden Gesundheitsprozess anzupassen und Ziele aus verfügbaren Stärken zu generieren. Stichwort Salutogenese</p>
<p><i>Unterstützung durch externe Akteure im Gesundheitswesen</i></p>		<p>Externe Akteure haben aus Sicht der Patient:innen einen ausgeprägten Einfluss auf die Verbesserung der Versorgungssituation</p> <p>Verbesserung bei Beeinträchtigung in der verbalen Kommunikation</p> <p>Kommunikation</p> <p>Selbstpflegedefizite</p> <p>Steuerung von Leistungsprozessen</p>	<p>Broca Aphasie Telegrammstil mit kurzen ein- und Zweiwortsätzen. Möchte die Selbstbestimmung durch starke Beteiligung an der Therapie verbessern Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Sozialarbeiterin hat uns gut unterstützt. Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Zuerst war eine Logopädin bei uns zu Hause Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>dann haben wir das mit diesem ambulanten Pflegedienst geholt. Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Patient:innen haben eine ausgeprägte Bereitschaft ihre Selbstversorgung und ihre Selbstpflegedefizite zu verbessern.</p> <p>Sie nutzen Unterstützungsangebote, um ihre Unabhängigkeit und Selbstbestimmung wiederzuerlangen und entwickeln ausgeprägte Fähigkeiten, um ihre persönlichen Ziele zu erreichen</p> <p>Hierbei können die unterschiedlichen Berufsgruppen einen hohen Beitrag zu der Erreichung der Patient:innenziele leisten.</p> <p>Hausärzte Professionelle Pflege Sozialarbeiter Logopäden Physiotherapeuten Apotheken</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
	<p>Patientenedukation</p> <p>Ernährung</p> <p>Schluckstörung</p> <p>Zugang zu Leistungen- welche Leistungen stehen den Patient:innen zu</p> <p>Durchführung von Pflegeassessments</p> <p>Pflegefachgespräch</p>	<p>Beratung, Anleitung und Schulung zum Thema Ernährung und Umgang mit Ernährungssonde und Sondenkost.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz nach längeren Krankheitsphasen während des Bezugs von Krankengeld.</p> <p>Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>Einschätzung des Pflegebedarfes und der Versorgungssituation durch die Pflegerische Fach Expertise (Pflegedienstleitung stationäre Pflege)</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p>	<p>Beratungsstellen</p> <p>Psychologen</p> <p>Sanitätshäuser</p> <p>Ehrenamtliche</p>	
<p><i>Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten Versorgungsanforderungen bewältigen zu können</i></p>	<p>Patient:innen beschreiben ihre Bereitschaft zur Verbesserung ihres individuellen Selbst Konzepts. Sie vertrauen ihren eigenen Fähigkeiten und nutzen die Ressourcen vor der Beeinträchtigung.</p>	<p>Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p> <p>Die Hoffnung haben, die Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme zu verbessern und erreichbare Ziele zu anzustreben (Ernährungssonde entfernen)</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Themenzentriertes therapeutisches Pflegefachgespräch oder psychologische Betreuung. Ziel ist die Befähigung der Patient:innen zur Steigerung ihres Selbstwertgefühls, sowie dem Wiedererlangen eines kongruenten Körperbildes und Vertrauensbildung in die eigenen Fähigkeiten im Kontext eines selbstbestimmten guten Lebens.</p>	

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Anwendung von Problembewältigungs-Strategien auf früheren erfolgreich bewältigten Krisen</p> <p>Patient:innen erleben die Akzeptanz ihrer Beeinträchtigungen. Sie entwickeln ein verbessertes Rollenverhalten, indem sie ihre Stärken und Schwächen akzeptieren.</p>	<p>Auf Ressourcen vor der Schluckstörung zurückgreifen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Zurückgreifen auf Ressourcen, um existenzielle Situationen bewältigen zu können</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Bewusste Steuerung zur Verbesserung des Wohlbefindens- Ressource Identifikation von eigenen Potentialen, um die Beeinträchtigung zu kompensieren aus dem Wunsch heraus mehr Selbstbestimmung zurückzugewinnen</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 4</p>	
<p><i>Coping- die Fähigkeit mit neuen Lebenssituationen umzugehen</i></p>		<p>Patient:innen zeigen Fähigkeiten für ein verbessertes Management von Nebenwirkungen und den erlittenen Beeinträchtigungen. Sie entwickeln Anpassungsstrategien, um mit der neuen Lebenssituation umzugehen.</p>	<p>Coping- die Fähigkeit haben mit Verlusten umzugehen, hier die Trennung von liebgewonnenen vertrauten Gegenständen aus dem gemeinsamen Haushalt die in engem Bezug zur eigenen Biografie stehen. Die Fähigkeit haben Gewohnheiten an die Veränderte Situation anzupassen wie das Hören von Musik über die Kopfhörer.</p> <p>Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen), Absatz 8</p>	<p>Unterstützung der Anpassungsprozesse und Befähigung die verfügbaren Ressourcen zu identifizieren und effektiv zu Nutzen.</p> <p>Themenzentriertes Pflegefachgespräch</p> <p>Stärkung der Resilienz und die Unterstützung von Coping-Strategien</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Entwickelt die Fähigkeit die neue Lebenssituation zu reflektieren und nimmt Veränderungen im positiven Sinne war.</p> <p>Verstärkung bestehender Fähigkeiten</p> <p>Gefühl der Machtlosigkeit und des Schamgefühls wird überwunden durch die Fähigkeit die Strategien zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit anzuwenden</p> <p>Überwindung der negativen Emotionen (Ablehnung des eigenen Körpers) im Zusammenhang mit einem veränderten Körperbild.</p>	<p>Coping- die Fähigkeit den Verlust des selbstbestimmten Lebens im eigenen Haushalt retrospektiv der verbesserten Versorgungssituation im betreuten Wohnen gegenüberzustellen und positive Veränderungen zu erkennen.</p> <p>Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 12</p> <p>Verbesserung der Unabhängigkeit und Mobilität</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Kontrollverlust und Schamgefühl- Versucht die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, wendet Strategien an, um die eigenen Ressourcen zu verbessern, nimmt Einfluss auf Veränderungsmöglichkeiten</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 8</p> <p>Körperbildstörung, Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen. Über die Fähigkeit verfügen Grenzen zu akzeptieren. Handlungen stimmen mit verbalen Äußerungen überein.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 2</p>	<p>Festlegung einer Bezugsperson zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung</p> <p>Unterstützung beim Aufbau von sozialen- und Gruppenkontakten</p> <p>Klientenzentriertes therapeutisches Gesprächsangebot</p> <p>Klientenzentriertes therapeutisches Gespräch zur Bewältigung der körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
			<p>Akzeptanz von Grenzen- Ressource Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Ressource Selbstbewertung von Beeinträchtigungen und Stressfaktoren im Kontext verhaltensbezogener Anstrengungen. Nimmt umgebungsbedingte Veränderungen wahr- Verbessertes Coping</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Fähigkeit sich an neue Situationen anzupassen</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>	
<p><i>Unterstützung im sozialen Umfeld durch Familie, Freunde, Partner</i></p>	<p>Geringes Selbstwertgefühl und die Angst aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Belastung für die Kinder oder den Partner zu sein.</p> <p>Akzeptanz der Unterstützung durch die Familie. Akzeptanz der Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen und die Bereitschaft auch externe Dienstleistungen zur Entlastung der Familie zurückzugreifen</p>	<p>Angst, den Kindern zur Last zu fallen. Überschreibung von Grund- und Boden als Gegenleistung für die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld.</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>B. überlegt offenbar, wie er die Frage von I in Bezug auf Verbesserungsvorschläge beantworten soll und springt nach einem Zögerungslaut direkt in die mit tiefer Überzeugung vorgebrachte Aussage "seine Kinder kümmern sich um ihn.</p> <p>Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>	<p>Themenzentriertes therapeutisches Pflegefachgespräch mit Patient:innen und Angehörigen führen</p> <p>Unterstützung beim Aufbau einer belastbaren stabilen Versorgungssituation</p>	

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Patient:innen erleben eine sehr enge Bindung an ihre Betreuungspersonen. Besonders ausgeprägt stellt sich die Situation bei Ehe- oder Lebenspartnern dar.</p>	<p>Stimmungslage hochemotional "meine gute, gute, Frau" "gibt mir Kraft und Lebenswillen" "Sie kümmert sich so"</p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Die Ehefrau des Patient:innen trägt die zentrale Verantwortung in der Familie. Neben der Pflege des Ehemanns muss Sie dafür Sorge tragen, dass sich ihre Kinder nicht zu sehr mit der Verantwortung für den pflegebedürftigen Vater als auch um sie selbst belasten.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Ressource Erfüllung emotionaler Bedürfnisse für beide Partner nutzbar machen, um die Partnerschaft zu stärken</p> <p>Entlastungsangebote durch externe Gesundheitsdienstleister anbieten. Fokussierung des pflegenden Angehörigen durch die Pflege Fachkräfte und den Hausarzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Urlaub von der Pflege ○ Haushaltshilfe ○ Ehrenamtliche Betreuung
<p>Herausforderungen und Stressoren</p>		<p>Angehörige erleben eine hohe Unsicherheit in der Versorgungssituation. Sie haben Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen.</p> <p>Häufig entsprechen die Anforderungen an das „Gesundheitssystem“ nicht den Erwartungen</p>	<p>Pflegende Angehörige fühlen sich „allein gelassen"</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Erwartungen in Bezug auf die Leistungen im Gesundheitswesen wurden nicht erfüllt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p>	<p>Patient:innen und pflegende Angehörige sollten mit Informationen und Wissen zum erwartenden pflegerischen Unterstützungsbedarf, dem zu vermutenden Krankheitsverlauf aufgeklärt werden.</p> <p>Hierzu gehört der Einbezug der Angehörigen in die Entlassungsplanung. Das Behandlung Team sollte frühzeitig den Hausarzt und den Sozialdienst einbeziehen</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Überforderung und Unzufriedenheit mit der Entscheidung für ein bestimmtes Setting oder eine bestimmte Leistung.</p>	<p>Der Wunsch nach einer stärkeren Einwirkung durch das Behandlungsteam ist kritisch zu sehen. Die Aufgabe der Behandlungsteams ist Beratung und Unterstützung, um zu einer guten Entscheidung für die beteiligten Akteure zu kommen. Es ist nicht die Aufgabe Druck auszuüben, wenn die Beratung von den zu beratenden nicht angenommen werden.</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Pflegende Angehörige sollten bereits während des Klinikaufenthaltes von Pflegepersonal geschult werden und an die praktische Pflegetätigkeit herangeführt werden, um sich ein Bild von den Herausforderungen in der Pflege zu machen</p>
<p><i>Herausforderungen bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld</i></p>		<p>Unfähigkeit die ausgewählte Versorgungssituation zu bewältigen und in das Familienleben zu integrieren</p> <p>Fehleinschätzung des Hilfsmittel Bedarfes in der häuslichen Pflege. Anpassungsbedarf fällt erst bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld auf</p> <p>Tradierte Vorstellungen von der Bewältigung familiärer Pflegesituationen</p>	<p>B. beschreibt die häusliche Versorgungssituation in den ersten Tagen nach der Entlassung ohne Unterstützung durch den Pflegedienst. Eine sichere Versorgungssituation konnte in den ersten Tagen nicht hergestellt werden.</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Wie stellt sich die Wohnsituation des Patient:innen dar? Gibt es Anpassungsbedarf im Wohnumfeld in Bezug auf die Mobilitätseinschränkungen?</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 6</p>	<p>Entlassungsmanagement durch spezialisierte Fachkräfte z.B. Case Manager:innen</p> <p>Verantwortung für das Entlassungsmanagement in der Verantwortung der Pflegefachkräfte</p> <p>Konzeptentwicklung für ein multidisziplinäres Team welches für die Entlassungsplanung verantwortlich ist. Hierbei spielen Hausarzt, Pflege und Sozialdienst eine zentrale Rolle</p> <p>Aufbau verbindlicher Kommunikations- und Kooperationsstrukturen</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Fehlende Beratung und Kooperation in der ärztlichen Versorgung</p> <p>Pflegende Angehörige erleben ausgeprägte Entscheidungskonflikte. Die eigene Haltung und die eigenen Moralvorstellungen sind mit den Handlungen in der Realität nicht zu vereinbaren. Individuelle moralische Prinzipien werden bis zur Selbstaufgabe aufrechterhalten</p> <p>Unsicherheit durch fehlende oder Gegensätzliche Informationen oder sich widersprechende Aussagen</p>	<p>Leistungen gegen Bezahlung annehmen müssen. Verlust der Selbstständigkeit im Familienverband</p> <p>Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Fehlende Unterstützung durch die Hausarztpraxis</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>B erlebt den Konflikt mit der eigenen Haltung "dem Partner zu Hause ein gutes Leben im häuslichen Umfeld ermöglichen" und der Notwendigkeit "die Finanzielle Versorgung für sich und den pflegebedürftigen Partner zu sichern" „aber diese Erkrankung hat uns schon sehr viel Geld gekostet auch Medikamente. Mein Mann bekam kein er hat einen Rentenantrag gestellt das musste ich alles noch machen und wir bekamen ein halbes Jahr überhaupt kein Geld und ich kann doch nicht auch noch wegen der Pflege meinen Beruf aussetzen. Dann hätten wir ja zum Sozialfall geworden.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Unsicherheit durch fehlende Informationen</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>	<p>Entwicklung von Assessments zur Identifikation des individuellen Nachsorgebedarfs der Patient:innen</p> <p>Qualifizierung der Fachkräfte in Bezug auf die Fähigkeiten und Kompetenzen im Entlassungsmanagement</p> <p>Entwicklung und Implementierung von Schulungs- und Beratungskonzepten als strukturell festgeschriebener Prozess in der Patientenversorgung.</p> <p>Die Schulungs- und Beratungskonzepte sollten sowohl für die häusliche Versorgung als auch den ambulanten und den stationären Bereich der pflegerischen Versorgung implementiert werden.</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Rollenüberlastung durch die Unfähigkeit die Anforderungen zu erfüllen</p>	<p>Wiedereinweisung in ein Krankenhaus Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4</p> <p>Psychische Überforderung. B kann im Bereich Umgang mit Behörden und administrativen Aufgaben nicht für sich selbst sorgen-geschweige denn für die pflegebedürftige Mutter. Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>	<p>Hauptfelder im Bereich Anleitung, Beratung und Schulung sind das Entlassungsmanagement in der stationären Krankenversorgung, in der ambulanten Versorgung und in der häuslichen Versorgung durch pflegende Angehörige</p>
<p><i>Das Erleben von Belastungssituationen</i></p>	<p>Ethisch -moralische Konflikte durch unzureichenden Respekt vor der Autonomie des Individuums.</p> <p>Das Erleben der Unfähigkeit mit Veränderungen und traumatischen Erlebnissen in der Familie umzugehen</p> <p>Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen durch nicht verarbeitete</p>	<p>Reflexion Patient:innen Outcome im Kontext der Missachtung der Patientenverfügung Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p>Verstärkung der Unsicherheit durch die Reflexion der Hilflosigkeit der Angehörigen Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>B erlebt die Belastungssituation im Interview erneut. B ist sehr aufgebracht, die Stimme zittert und der Sprach Rhythmus ist sehr schnell. In einigen Passagen „den ich gar nicht mehr</p>	<p>Förderung von Kompetenzen der Patient:innen und Angehörigen. Pflegende Angehörige müssen das Wissen die Fähigkeiten zur Durchführung komplexer pflegerischer Versorgungssituationen erlernen.</p> <p>Darüber hinaus müssen sie wissen wo sie sich bei Überforderung und Unsicherheit Hilfe einfordern können. Direkter Ansprechpartner ist hierbei die Hausarztpraxis oder der Pflegedienst.</p> <p>Eine Zukunftsvision wäre die Implementierung von Community Health Nursing, die Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonal</p> <p>Psychosoziale Unterstützung durch Psychologen und/-oder Sozialdienst</p>	

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>hochemotionale Erlebnisse</p>	<p>verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da und die Schwester war auch so hilflos. Die hat gesagt sie hätte schon so oft versucht den Arzt anzurufen und ich habe gesagt jetzt geben sie ihm doch bitte einmal etwas zur Beruhigung. (...)“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) überschlägt sich die Stimme. Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Konflikt für einen anderen Menschen Entscheidungen treffen müssen Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p>	
<p><i>Das ständige Erleben eines hohen Abhängigkeitsgrades der Patient:innen</i></p>	<p>Das Erleben von Machtlosigkeit durch Stigmatisierung und defizitäres Wissen. Gestörte Familien- und Kommunikationsprozesse</p> <p>Fehlende Kommunikationsfähigkeit und der Verlust der Fähigkeit sich an Veränderungen anzupassen. Kognitiv beeinträchtigte Personen</p>	<p>Verstärkung der Unsicherheit durch die Reflexion der Hilflosigkeit der Angehörigen Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 6</p> <p>Existenzielle emotionale Krise des Patient:innen die sich in "Herausforderndem Verhalten" zeigt, als letztes Mittel verzweifelt seinen Willen oder seine Ängste zu kommunizieren. Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p>	<p>Sicherstellung des Therapie-Managements, um komplexe Therapiekonzepte sicher umzusetzen.</p> <p>Einbezug der sozioökonomischen Faktoren bei chronischen Krankheitsverläufen. Dafür Sorge tragen, dass eine stabile Versorgungssituation gestaltet werden kann. Dazu gehörten der Aufbau und die Entwicklung tragfähiger und partizipativer Beziehungen zu den pflegenden Angehörigen und den Patient:innen.</p>	

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Angehörige stehen unter hoher Anspannung, sind oft unfähig eine Entscheidung zu treffen. Gründe können in Abweichungen von den eigenen Überzeugungen in der Entscheidung für den betreuten liegen</p> <p>Patient:innen erleben ein hohes Konfliktpotential in der Entscheidungsfindung. Ursachen können Fehlendes Selbstvertrauen oder mangelndes Vertrauen in das Behandlung Team, fehlendes Wissen zu optionalen Handlungsalternativen oder dysfunktionale Beziehungs- und Familienprozesse sein.</p> <p>Patient:innen zeigen eine Beeinträchtigung der Selbstachtung. Sie werten sich selbst ab, indem sie in geringschätziger Art und Weise von sich selbst sprechen. Scham und fehlende Selbstachtung</p>	<p>Konflikt für einen anderen Menschen Entscheidungen treffen müssen Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p> <p>Macht über einen anderen Menschen ausüben, auch wenn da ungewollt ist Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Befähigung der Patient:innen und ihren Angehörigen emanzipierte Entscheidungsprozesse durchführen zu können.</p> <p>Förderung von Empowerment und Autonomie, um den Betroffenen entsprechende Handlungsspielräume zugänglich zu machen</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>im Kontext der Beeinträchtigung beispielsweise bei der Ausscheidung führen zum empfundenen Verlust der Menschenwürde.</p>	<p><i>Windelkacker- erleben von Abhängigkeit /Unterstützung brauchen bei der Ausscheidung Verlust von Würde und Selbstständigkeit</i></p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p><i>Das Empfinden von Abhängigkeit (Unterstützung bei der Ausscheidung) wird mit dem Sterben in einem Satz genannt. Ich bin so dankbar, dass ich nicht sterben muss und kein so Windelkacker...</i></p> <p>Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>	<p>Einbezug der Patient:innenperspektive. Hier können die Haltungen und Einstellungen einen hohen Beitrag zum Gelingen einer angepassten Lebensgestaltung leisten.</p> <p>Unterstützend kann hier das themenzentrierte Pflegefachgespräch in Bezug auf einen Realisierung- und Akzeptanz Prozess geführt werden. Ziel ist der Aufbau zu einer Bezugsperson, mit der die Emotionen zu veränderten selbst Konzepten, Lebenssituationen besprochen werden können.</p>
<p><i>Unrealistische Vorstellungen von der Verantwortung und Belastung in der häuslichen Pflege</i></p>		<p>Komplexe Pflegesituation findet in einem ungeeigneten Setting statt. Für die pflegenden Angehörigen ist die Erbringung einer 24/7 Pflege nicht zu erbringen</p> <p>Die erforderlichen Pflegeleistungen können durch die Angehörigen nicht erbracht werden.</p>	<p><i>Aufgrund der komplexen hochaufwändigen Pflege sind die Töchter nicht in der Lage, die Versorgung im häuslichen Umfeld zu organisieren und sicher zu stellen. Sie stimmen einer Übersiedlung in ein Hospiz zu.</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p> <p><i>Überforderung, Gefühle von Ekel, Misserfolg die pflegerische Aufgabe nicht bewältigen zu können.</i></p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p><i>Psychische Überforderung. B kann im Bereich Umgang mit Behörden und administrativen Aufgaben nicht für sich selbst sorgen-geschweige denn für die pflegebedürftige Mutter.</i></p>	<p>Implementierung von Konzepten zur Durchführung der Patientenedukation und Angehörigenedukation.</p> <p>Bei der Entlassung sollen Patient:innen und pflegende Angehörige mit den notwendigen Informationen und Kenntnissen ausgestattet sein. Dies beinhaltet das Wissen um die Therapiekonzepte, den Umgang mit dem Medikamentenmanagement und das Management von Symptomen und Nebenwirkungen.</p> <p>Der weitere Verlauf sollte festgeschrieben werden. Dies bedeutet die Festlegung der Termine beim Hausarzt oder Facharzt, die Unterstützung bei der Anforderung von Leistungen bei der Krankenkasse und Sozialbehörden</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Gestörte Beziehungs- und Familienprozesse durch die hohe Belastung in der Pflegesituation</p> <p>Selbstüberschätzung und tradierte Vorstellungen von häuslicher Krankenpflege. Die Möglichkeit der praktischen Umsetzung der Pflege wird nicht hinterfragt.</p>	<p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2</p> <p>Dysfunktionale Veränderung der Pflegeaktivitäten</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Drohende eheliche Krise. Damit entwickelt sich die Ressource Ehepartner zu einer zusätzlichen emotionalen Belastungssituation und Unterbrechung der bisher kontinuierlichen Familienfunktionalität.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p> <p>Im Vordergrund steht die palliative Pflege der Patientin. Aufgrund der hohen Bereitschaft der Töchter die Pflege zu leisten, wird die Pflege in einem Hospiz erst gar nicht in Erwägung gezogen.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4</p> <p>Erforderliche Aufgaben in der Pflege können nicht bewältigt werden</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6</p>	<p>Wissensvermittlung zu Handlungsanweisungen und theoretischem Wissen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen.</p> <p>Handlungsanleitungen zum Erhalt der Gesundheit pflegender Angehöriger, gesunder Familienprozesse und zur Krisenintervention</p> <p>Evaluation des aktuellen pflegerischen Settings und Unterstützung in Entscheidungsprozessen, um Versorgungsdefizite zu erkennen und drohende Versorgungseinbrüche zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zur Verhinderung einzuleiten.</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
		<p>Pflegende Angehörige erleben eine Erschöpfungssituation durch den lange andauernden Krankheits- und Sterbeprozess. Pflegende Angehörige geraten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit</p>	<p>Wissensdefizit Sterbeprozess und fehlende Aufklärung durch das Behandlungsteam. Die pflegenden Angehörigen haben für einen Engen begrenzten Zeitraum geplant „B: Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt ihre Mutter wird sehr bald sterben.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). Eine abweichende Vorstellung von der Dauer des Sterbeprozesses ist für die Töchter aufgrund fehlender medizinisches Fachwissens unvorstellbar.</p> <p>Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Vermittlung von Konzepten zur geplanten Entlastung von pflegenden Angehörigen und Unterstützung bei der Entwicklung von Exit-Strategien bei dauerhafter Überforderung</p>
<p>Verbesserungen im Entlassungsmanagement</p>			<p>B benennt konkret die Maßnahmen, die vom Behandlungsteam hätten durchgeführt werden müssen. Zusammenfassend entsprechen die Verbesserungsvorschläge den Anforderungen eines strukturierten Entlassungsmanagements.</p> <p>Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Erwartungen in Bezug auf die Leistungen im Gesundheitswesen wurden nicht erfüllt.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 12</p> <p>B. zeigt sich insgesamt zufrieden mit dem Entlassungsregime. Der Nachsatz „Ja was soll ich sagen. Man will ja nicht rummeckern.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10) lässt Rückschlüsse auf einen nicht näher benannten Optimierungsbedarf zu. Darauf deutet auch die Aussage „War eigentlich alles in Ordnung so</p>	<p>Konsequente Umsetzung des geforderten Entlassungsmanagements. Ein Teil der Bedürfnisse werden im Rahmen des gesetzlich geforderten Entlassungsmanagement erfüllt</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
			<p>weit.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10). "Eigentlich" verstärkt oder relativiert in Sätzen Anteilnahme oder Vorwürfe.</p> <p>Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p>	
	<p><i>Edukation zum Selbstmanagement und zum Umgang mit Krankheit und Beeinträchtigung</i></p>		<p>Obwohl sich die Versorgungssituation nach der Entlassung für B zur Herausforderung entwickelte „ich wusste nicht was ich machen soll dann“ (Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4), „musste ich zwischendurch wieder arbeiten gehen, weil ich dachte ähm, wenn ich in das Krankengeld komme verdiene ich weniger Geld“ (Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4) werden auf die gezielte Frage keine Verbesserungsvorschläge gemacht.</p> <p>Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 10</p> <p>Beratung, Anleitung und Schulung zum Thema Ernährung und Umgang mit Ernährungssonde und Sondenkost.</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>B definiert klar den Unterstützungsbedarf, den er im Rahmen der Entlassung benötigt hätte. Er beschreibt die Bedarfssituation detailliert.</p> <p>Interv. Nr. 5_m Entl. Häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Entwicklung von Versorgungsstrukturen, welche Konzepte wie Adherence und Resilienz der Patient:innen und deren Angehörigen fördern. Stichwort Salutogenese</p> <p>Entwicklung von Programmen zur Patientenedukation und Angehörigenedukation</p>

Kategorie	Subkategorie	Beobachtung/Phänomen	Interview Memos	Konsequenz für das Entlassungsmanagement
			<p>Übernahme des Entlassungsprozesses und die Einleitung einer professionellen Betreuung über das Betreuungsgericht</p> <p>Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	
	<i>Das Bedürfnis in Kontakt zu bleiben</i>		<p>Pflegende Angehörige fühlen sich „allein gelassen“</p> <p>Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 10</p> <p>Der Wunsch nach einer stärkeren Einwirkung durch das Behandlungsteam ist kritisch zu sehen. Die Aufgabe der Behandlungsteams ist Beratung und Unterstützung, um zu einer guten Entscheidung für die beteiligten Akteure zu kommen. Es ist nicht die Aufgabe Druck auszuüben, wenn die Beratung von den zu beratenden nicht angenommen werden.</p> <p>Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8</p>	<p>Implementierung von Case Management Konzepten um die Patient:innen nach der Entlassung kontinuierlich zu begleiten. Dies erfordert die Erweiterung des Blickwinkels über die Akutversorgung hinaus in den nachsorgenden Sektor</p>
	<i>Rechtzeitige Bekanntgabe des Entlassungszeitpunktes</i>		<p>Bei der Entlassung bestanden keine Selbstpflegedefizite. Trotzdem wäre eine individuelle Beratung und Begleitung durch den Sozialdienst notwendig gewesen. Hier sollten die beruflichen, finanziellen Bedarfe mit der Anschlussheilbehandlung abgestimmt werden.</p> <p>Interv. N. 3_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4</p>	

Anlage 5 Patient:inneninterviews - Memos und Kommentare

Interv. Nr. 1_m Entl. häusl. Pflege

I: So ich fange mal einfach an. Versetzen sie sich bitte nochmal zurück zu dem Zeitpunkt als sie auf der Stroke Unit auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Können Sie mir erzählen, wie sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:19-7#

B: (...) ich bin (...) morgens aufgestanden (...) ich stehe morgens immer um dieselbe Zeit auf. (...) da bin ich einfach (...) umgefallen (...) wissen Sie mir ist oft so schwindelig im Kopf (...) Ich wollte aufstehen und etwas aus dem Schrank holen (...). Normalerweise halte ich mich an dem Rollator fest.

Verbesserung der Unabhängigkeit und Mobilität

(...) das dauert ja immer, bis die Schwester kommt (...) kalt war (...) so kalt (...) kalt, kalt (...) Ich habe gemeint die hätten mich vergessen (...)

Das Erleben von "körperlicher und emotionaler Kälte im Kontext von "vergessen worden sein".

Bis dann der Notarzt gekommen ist (...) (seufzen) (beklommen). #00:01:44-3#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung während dem Krankenhausaufenthalt? Was fühlten Sie dabei? #00:01:54-6#

B: (...) Was soll man dabei fühlen? Ich will nach Hause, ich wollte einfach nur nach Hause. (...) Da das ganze Unnötige (...) und jetzt wollte die wieder alles untersuchen. (...) seufzen (beklommen) ja jetzt bin ich mal gefallen (...) seufzen (beklommen) ich lass mir nix mehr machen (...) da was sollte das damit (...) da mit dem ganzen Gekabel (...) Ich konnte nicht aufstehen (...) kommt keiner, wenn ich rufe (...) aahh (ungeduldig) das macht mich, das macht mich, das hat mich ganz nervös (...) Ich habe doch nichts (...) I #00:03:02-7#

B reagiert ungehalten auf die Frage was er bei der Vorbereitung auf die Entlassung empfand. B verfügt nicht über die Ressourcen, sich an das Setting Stroke Unit anzupassen. insbesondere der Umgang mit den Monitorkabeln schränkt ihn in seiner Bewegungsfreiheit stark ein.

In der Dokumentenanalyse wird im Entlassungsbrief beschrieben " der Patient drängt auf seine Entlassung nach Hause, deshalb wurde auf weitere Langzeituntersuchungen verzichtet". Im Pflegebericht beschreibt die Pflegekraft im Nachtdienst sie habe B. mehrfach in Folge wieder an das Monitoring angeschlossen. B habe die Monitorkabel nach kurzer Zeit selbst entfernt. Nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt habe sie auf das Monitoring verzichtet.

I: Wer hat Sie denn bei der Entlassung besonders unterstützt? (...) Was hat Ihnen gutgetan. Können Sie mir darüber erzählen? #00:03:12-8#

B: (...) ähm meine Kinder (...) da mein Sohn, der wohnt nebenan (...) meinem Sohn dem (...) habe ich das Haus überschrieben (...). Die Schwiebertochter (...) die schaut (...) nach mit (...) deshalb habe ich dem (...) Sohn ja das Haus überschrieben (...). Die bringt mittags essen (...) Mein Sohn, der arbeitet so viel (...) aber die schauen nach mir (...) #00:04:20-6#

Angst, den Kindern zur Last zu fallen. Überschreibung von Grund- und Boden als Gegenleistung für die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld.

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? (...) Was hat Ihnen geholfen, um diese Situation zu bewältigen? #00:04:33-5#

B: (...) (unv., #00:04:34-2#) (...) das ist alles in Ordnung. (...) ich gehe da ins Barbara (...) da dreimal nachmittags in der Woche (...). Sie sollten mal sehen (...) wie ich da rumzische (...) lacht da sind lacht da sind auch Frauen (...) da sind da sind (...) zwei Frauen lacht mit denen verstehe ich mich gut (...). Da kann man mittags, da macht man (...) da gibts Kaffee (...) da gibts auch Kuchen (...) da bin ich nicht so allein (...) (unv., #00:05:37-2#) (...) da ist die Ingeborg mit der verstehe ich mich saugut (...) (unv., #00:05:48-2#) (...) #00:05:52-5#

Auf die Frage zur Vorbereitung der Entlassung geht B nur kurz mit einem "es wäre alles in Ordnung gewesen „ein. Dafür wechselt er begeistert zu der detaillierten Beschreibung seiner Nachmittage im Seniorentreff in der Tagespflege in der Einrichtung St. Barbara Seniorenresidenz. Trotz der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen haben soziale Interaktionen während die Kinder ihrer Berufstätigkeit nachgehen einen hohen Stellenwert. Dies drückt sich in der Aussage "da bin ich nicht so alleine" aus.

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? (...) Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:05:59-2#

B: (...) (unv., #00:06:00-2#) (...) oooooh Zögerungslaut meine Kinder kümmern sich ja um mich (...) #00:06:16-2#

B. überlegt offenbar, wie er die Frage von I in Bezug auf Verbesserungsvorschläge beantworten soll und springt nach einem Zögerungslaut direkt in die mit tiefer Überzeugung vorgebrachte Aussage "seine Kinder kümmern sich um ihn.

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:06:17-4#

B: (...) Besuchen Sie mich doch mal (...) da (...) im Barbaraheim (...) da müssen Sie mal vorbeikommen (...) da müssen sie mal schauen da ist was los I #00:06:32-7#

Kommentar

Männlich, Entlassung zurück in die häusliche Pflege mit Unterstützung der Angehörigen. Auf eigenen Wunsch vorzeitig entlassen.

Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege

I: Okay, ich fange dann einfach mal an. Versetzen Sie sich bitte einmal zurück in den Zeitpunkt, als sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden beziehungsweise als Ihr Mann dort aufgenommen wurde. Erzählen Sie mir, wie sie den Aufenthalt erlebt haben. #00:00:27-0# #00:00:27-0#

B: (seufzen) (bekommen) ich weiß gar nicht mehr, wie ich das beschreiben soll, es war schrecklich. Ich habe ja gar nicht mitbekommen wie mein Mann dort aufgenommen wurde und er hat mich irgendwann angerufen und hat geschrien am Telefon und ich habe ihn überhaupt nicht mehr verstanden und ich war auf der Arbeit und ich konnte nicht weg und es war auch kein Arzt zu sprechen (...) und dann musste ich zu Hause und auf der Arbeit alles organisieren um dann in die Klinik zu fahren (...) und dann habe ich meinen Mann dort vorgefunden der völlig desorientiert war, der immer nur geschrien und gejammert hat, den ich gar nicht mehr verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da und die Schwester war auch so hilflos. Die hat gesagt sie hätte schon so oft versucht den Arzt anzurufen und ich habe gesagt jetzt geben sie ihm doch bitte einmal etwas zur Beruhigung. (...) Es hat dann / ich musste ganz viel Nachdruck ausüben ähm damit überhaupt ein Arzt kam und mein Mann dann Medikamente bekommen hat. (...) Es war schrecklich, diese Hilflosigkeit. (...)

B erlebt die Belastungssituation im Interview erneut. B ist sehr aufgebracht, die Stimme zittert und der Sprach- Rhythmus ist sehr schnell. In einigen Passagen „den ich gar nicht mehr verstanden habe, der so hilflos war und es war kein Arzt da und die Schwester war auch so hilflos. Die hat gesagt sie hätte schon so oft versucht den Arzt anzurufen und ich habe gesagt jetzt geben sie ihm doch bitte einmal etwas zur Beruhigung. (...)“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2) überschlägt sich die Stimme. #00:01:53-7#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes. Was fühlten Sie dabei? #00:01:57-8#

B: Die Entlassung konnten wir überhaupt nicht abschätzen. Ich wusste überhaupt nicht, ob mein Mann jetzt noch 3 Wochen in der Klinik bleibt oder ob er sehr schnell entlassen wird. Ich hatte auch das Gefühl, das er dort eher schlecht versorgt ist, (...) Also ich bin dann nach der Arbeit immer so viel wie möglich und zwischendurch in die Klinik gefahren und habe versucht mit ihm Übungen zu machen, um ihn zu unterstützen, weil ich das Gefühl hatte das diese ganzen Therapeuten dort nicht ausreichend etwas tun. ähm Mein Mann, der ist sehr fixiert auf mich und ich auch auf ihn. (...) Wir konnten das irgendwie gar nicht planen wir wussten auch noch gar nicht wie das zu Hause gehen soll und was ich (...) und wie wir das zu Hause anstellen sollten. (...) #00:02:56-4#

I: Wer oder was hat sie bei der Entlassung besonders unterstützt und was hat ihnen gutgetan? Erzählen Sie mir davon? #00:03:01-1#

B: Also diese Entlassung, die kam dann sehr überstürzt. Die kam sehr schnell und mein Mann der hatte ja auch noch Medikamente, der hatte ja auch noch Schmerzmittel er war ja auch gestützt und hatte noch diese Verletzung am Bein und bekam auch noch Opiate und dann hat man die

einfach abgesetzt und gesagt die muss man jetzt weglassen er wird morgen entlassen ich muss ihn dann mitnehmen. lange Pause

B erlebt eine ungeplante "blutige Entlassung".

Unterstützt hat mich dabei meine Freundin. Die ist Krankenschwester, die arbeitet dort in der Klinik und die hat immer versucht noch irgendwelche Dinge zu regeln oder hat für mich vorab schon mal Rezepte besorgt und Dinge organisiert, bevor wir nach Hause kommen wie Termine beim Hausarzt dann, weil ich das gar nicht alleine hinbekommen hätte. #00:03:59-1#

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen diese Situation zu bewältigen? #00:04:06-8#

B: Die große Herausforderung war, überhaupt (...) überhaupt meinen Mann nach Hause zu bekommen ohne Krankenwagen. Man hat einfach gesagt ich soll ihn mitnehmen. Ich musste den irgendwie in das Auto bugsieren. Er hatte entsetzliche Schmerzen und ich habe mir schon gedacht, hoffentlich kommt der irgendwie die Treppe hoch.

Versäumnis des Behandlungsteams, für einen sicheren Patiententransport zu sorgen

Wir haben dann einen Teil der Medikamente mitbekommen. Meine Freundin hat versucht beim Hausarzt noch Rezepte für die Opiate zu bekommen. Das hat dann nicht mehr geklappt und ich musste noch länger arbeiten ich kann nicht einfach immer so aufhören, wenn irgendetwas ist. Dann hatten wir keine Medikamente ich musste den schwerkranken Mann mit nach Hause nehmen. (...)Dann hat meine Freundin über unseren Hausarzt doch noch die Medikamente bekommen und die Opiate der dann freitags Abend um 18:00 Uhr und die Medikamente noch ausgehändigt hat und die Rezepte. Die größte Schwierigkeit war, ich musste ja weiterarbeiten gehen und ich musste meinen Mann zu Hause lassen. Mein Mann kann sich sehr schwer äußern seufzen (beklommen) er hat es auch morgens so geschafft aus dem Bett bis in seinen Sessel, ich habe ihn dann dort versorgt mit Getränken und habe ihm seine Tabletten gerichtet.

B. beschreibt die häusliche Versorgungssituation in den ersten Tagen nach der Entlassung ohne Unterstützung durch den Pflegedienst. Eine sichere Versorgungssituation konnte in den ersten Tagen nicht hergestellt werden.

Dann kamen ja einmal am Tag die Haushälterin und die Frau vom Pflegedienst. Dann haben die mir auch noch ein schlechtes Gewissen gemacht und haben noch gesagt, wie ich das machen könnte, das ich den armen Mann den ganzen Tag alleine zu Hause lassen sitzen soll

B erlebt den Konflikt mit der eigenen Haltung "dem Partner zu Hause ein gutes Leben im häuslichen Umfeld ermöglichen" und der Notwendigkeit "die Finanzielle Versorgung für sich und den pflegebedürftigen Partner zu sichern" „aber diese Erkrankung hat uns schon sehr viel Geld gekostet auch Medikamente. Mein Mann bekam kein er hat einen Rentenantrag gestellt das musste ich alles noch machen und wir bekamen ein halbes Jahr überhaupt kein Geld und ich kann doch nicht auch noch wegen der Pflege meinen Beruf aussetzen. Dann hätten wir ja zum Sozialfall geworden.“ (Interv. Nr. 2_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)

aber diese Erkrankung hat uns schon sehr viel Geld gekostet auch Medikamente. Mein Mann bekam kein er hat einen Rentenantrag gestellt das

musste ich alles noch machen und wir bekamen ein halbes Jahr überhaupt kein Geld und ich kann doch nicht auch noch wegen der Pflege meinen Beruf aussetzen. Dann hätten wir zum Sozialfall geworden. Und ich hatte auf der Arbeit immer ein ganz schlechtes Gewissen, weil ich wusste mein Mann sitzt den ganzen Tag alleine zu Hause und ich hoffte, dass er wenn er zur Toilette musste das alleine schafft und das er nicht stürzt und wenn ich nach Hause komme liegt er irgendwo auf dem Boden. #00:06:26-4#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie besser unterstützen können. Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:06:30-2#

B: zuallererst hätte das Behandlungsteam mich rechtzeitig informieren können damit ich mich auf die Entlassung vorbereiten kann. Dann hätte das Behandlungsteam mich können unterstützen indem es mir die Medikamente für die ersten Tage über das Wochenende mitgegeben hätte und nicht nur gesagt hätte ich hätte mir beim Arzt irgendwelche Rezepte besorgen und sie hätten mir müssen mir früher sagen, wann mein Mann nach Hause kommt dann hätte ich auch noch eine Betreuungsperson organisieren können. (lange Pause) #00:07:05-9#

B benennt konkret die Maßnahmen, die vom Behandlungsteam hätten durchgeführt werden müssen. Zusammenfassend sind entsprechen die Verbesserungsvorschläge den Anforderungen eines strukturierten Entlassungsmanagements.

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:07:05-9#

B: (lange Pause) es war insgesamt eine Situation, die mich an meine Grenzen gebracht hat. Dieses permanente schlechte Gewissen der Pflege nicht gerecht zu werden und ohne Hilfe dazustehen und zu wissen, wenn man arbeitet das der Partner zu Hause hilflos in einem Sessel sitzt und einen andere dafür auch noch verachten, weil man seinen Beruf dafür nicht aufgibt. Es war eine ganz schlimme Situation. #00:07:37-7#

I: Vielen Dank für das Interview. #00:07:37-7#

Kommentar

Angehörige weiblich. B. erlebt eine Belastungssituation mit hoher Ausprägung und nachhaltig andauernden negativen Emotionen. In diesem Interview zeigt sich wie wichtig es ist die pflegenden Angehörigen stärker in den Fokus zu nehmen. Auch wenn B. die Fähigkeiten besitzt eine stabile Versorgungssituation herzustellen hätte die häusliche Versorgungssituation im Rahmen des Entlassungsmanagements mit der Angehörigen ausführlich besprochen werden sollen und ein ambulanter Pflegedienst vor der Entlassung eingeschaltet werden müssen.

Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf

I: Okay das Mikrophon ist eingeschaltet ich fange jetzt einfach mal an. Versetzen Sie sich bitte noch einmal in den Zeitpunkt als Sie in der Stroke Unit aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:15-8#

B: Das war so, im Dezember lange Pause ich kann mich an keinen Unfall erinnern, da habe ich einen leichten Schlaganfall erlitten. (...) ich konnte plötzlich nicht mehr sprechen. (lange Pause) es hat mir wahnsinnige Angst gemacht. (seufzen) (beklommen) ich litt mehrere Tage unter starken Kopfschmerzen (...) ja extremen Kopfschmerzen. Dann habe ich immer wieder Tabletten eingenommen gegen die Kopfschmerzen, aber die gingen nicht richtig weg (seufzen) (beklommen) (scharfes Einatmen) und da bin ich zu meinem Hausarzt. Der hat mich direkt in die Klinik für Schlaganfälle nach N. eingewiesen. Ich habe dort ungefähr eine Woche verbracht und danach wurde ich direkt auf die Neurologie verlegt. (...) von der Neurologie direkt nach Hause. #00:01:25-8#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes, was fühlten Sie dabei? #00:01:36-0#

B: ähm es hat mich sehr beunruhigt (...) ich bin sehr jung. Ich arbeite auch noch

Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben

(...) und ähm dann hat mir der Arzt gesagt ich soll noch eine Reha machen. Das hat die Sozialarbeiterin alles mit mir in die Wege geleitet. (...) aber ich wusste nicht, was ich machen soll dann, dann sollte ich aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber das mit der Beantragung mit dieser Reha, das dauert unheimlich lange. Dann musste, musste ich mich krankschreiben lassen und (...) musste ich zwischendurch wieder arbeiten gehen, weil ich dachte ähm, wenn ich in das Krankengeld komme verdiene ich weniger Geld

Bei der Entlassung bestanden keine Selbstpflegedefizite. Trotzdem wäre eine individuelle Beratung und Begleitung durch den Sozialdienst notwendig gewesen. Hier sollten die beruflichen, finanziellen Bedarfe mit der Anschlussheilbehandlung abgestimmt werden. C #00:02:39-4#

I: Wer oder was hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt? Was hat Ihnen besonders gutgetan? Können Sie mir davon erzählen? #00:02:49-1#

B: hm (bejahend) meine Eltern und mein Partner haben mich sehr unterstützt. Sie haben mich jeden Tag im Krankenhaus besucht. Aber es war für mich sehr schwierig, weil ich ja am Anfang nicht richtig sprechen konnte und diese Hilflosigkeit von meinem Freund und vor allem von meinem Vater ähm die hat mich ähm (...) irgendwie noch (...) (unv.) (unv., #00:03:17-1#) noch unsicherer gemacht. Aber es hat mir gutgetan, dass ich weiß, dass ich eine Familie habe, und dass die bei mir ist und dass die mich unterstützen und zu mir halten. #00:03:34-4#

Verstärkung der Unsicherheit durch die Reflexion der Hilflosigkeit der Angehörigen

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen diese Situation zu bewältigen? #00:03:41-4#

B: I(lange Pause) (unv.) die (seufzen) (beklommen) (seufzen) (beklommen) die größte Herausforderung war das ich erstens mal Angst hatte dass ich nie wieder richtig sprechen kann und dann (...) das alles wieder neu zu lernen man hat so Angst ähm zu reden (...) weil man hört sich an als ähm (...) (unv.) wäre man behindert oder (unv.) wie ein Kleinkind und ich habe viel mit der (...) Logopädin (unv.) geübt (unv., #00:04:09-9#) und

dabei hat mir geholfen dass ich zu Hause mit meinem Freund geübt habe dort konnte ich diese komischen ähm Geräusche (...) die Anfangs aus meinem (unv.) Mund kamen da konnte ich üben (...) ohne dass es ähm mir peinlich sein musste. hm (bejahend)

Kontrollverlust und Schamgefühl- Versucht die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, wendet Strategien an, um die eigenen Ressourcen zu verbessern, nimmt Einfluss auf Veränderungsmöglichkeiten

Das hätte ich ohne meinen Freund nicht geschafft. (lange Pause) #00:04:31-9#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben?
#00:04:38-2#

B: ähm lange Pause die Schwestern waren sehr nett und haben (...) viel erklärt (...) auch der Arzt. lange Pause da gibt es nicht viel zu verbessern ich ähm sehe ja (unv.) welchen Stress die Schwestern haben wieviel die zu tun haben aber die ähm waren immer für mich da und (...) alle meine Fragen wurden ähm beantwortet. lange Pause #00:05:01-9#

Obwohl sich die Versorgungssituation nach der Entlassung für B zur Herausforderung entwickelte „ich wusste nicht was ich machen soll dann“ (Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4), „musste ich zwischendurch wieder arbeiten gehen, weil ich dachte ähm, wenn ich in das Krankengeld komme, verdiene ich weniger Geld“ (Interv. N. 3 _w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4) werden auf die gezielte Frage keine Verbesserungsvorschläge gemacht.

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:05:01-9#

B: (lange Pause) scharfes Einatmen es ist schwierig, wenn man als so junge Frau wie ich an einer Erkrankung ähm (...) erkrankt, die sonst eher alte Leute trifft. ähm lange Pause das ist eine ganz besonders blöde Situation, mit der man zurechtkommen muss (lange Pause) (unv., #00:05:19-5#) lange Pause ich habe manchmal Angst scharfes Einatmen, dass ich nicht sehr alt werde (seufzen) (beklommen) #00:05:21-6#

Kommentar

Die Versorgungssituation nach der Entlassung in das gewohnte soziale Umfeld stellt auch bei fehlenden Selbstpflegedefiziten eine Herausforderung für die Betroffene dar. Hier könnte über den Sozialdienst ein Assessment für berufstätige Patient:innen entwickelt werden, um den Betroffenen einen Leitfaden für die poststationäre Phase an die Hand zu geben.

Interv. Nr. 4_w Entl. häusl. Pflege

I: Okay das Mikrophon ist eingeschaltet, ich fange jetzt einfach mal an scharfes Einatmen. Versetzen Sie sich bitte noch einmal zurück zu dem Zeitpunkt als Ihr Vater auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurde. Erzählen Sie mir wie sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:24-9#

B: (lange Pause) ((scharfes Einatmen)) die Mama hat mich angerufen. (...) der Papa ähm der hatte da ja schon auf der Schlaganfallstation gelegen als wir kamen. (...) Das war schon einige Tage vorher passiert. (lange Pause) Wir wohnen bei Nürnberg ich musste mir zuerst Urlaub nehmen (...). Die Mama konnte mir dazu auch nicht viel sagen sie hat nur gesagt ähm er wäre an Geräte angeschlossen (...). Wir waren sehr beunruhigt waren dann aber doch erleichtert als wir ankamen, weil er hat uns angeschaut (...) er hatte bisschen Probleme mit dem Sprechen. Im Großen und Ganzen konnten wir uns gut mit ihm unterhalten. lange Pause ähm es war schwierig wir bekamen irgendwie nicht richtige Aussagen

Unsicherheit durch fehlende Informationen

lange Pause bis wir die Ärztin gesprochen haben sind noch mal ein paar Tage ins Land gegangen. Die Mama sagte wir dürfen ihm nichts zu Trinken geben ähm hm Essen hat er bekommen und hing an Flaschen (seufzen) (beklommen) es waren Therapeuten da wir sollten ihm nichts geben das würde die Schwester machen. (seufzen) (beklommen) (lange Pause) #00:01:40-2#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? #00:01:51-0#

B: So über die Entlassung hat man mit der Mama geredet. Es gäbe eine Sozialarbeiterin, die war bei der Mama und hat die Formalitäten mit ihr für die Früher (unv.) Früh Reha die man die da dann hatte er auch sehr schnell einen Platz. (seufzen) (beklommen). Das habe ich mit der Krankenkasse alles geregelt mit der Kostenzusage also da hat uns da hat man uns vorher ähm schon alles erklärt (...) es hat uns aber keiner erklärt wie ist denn so der Verlauf wie geht das so weiter (...) die haben immer gesagt ähm das können wir noch nicht sagen man muss kucken, wie sich das entwickelt (...) der Oberarzt hat immer gesagt die Mama müsse viel Geduld haben und ähm man könnte da ähm in dem Stadium noch ähm keine Prognose abgeben. hm (verneinend) meine Mama hat das alles nicht verstanden die hat sehr viel geweint (...) seufzen (beklommen) (...) und der (...) Papa hat viel gehustet auf der Station (...) ((scharfes Einatmen)) (lange Pause) #00:02:55-7#

I: Wer oder was hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt. Was hat Ihnen besonders gutgetan. Können Sie mir davon erzählen? #00:03:06-0#

B: hm (bejahend) (...) ähm wir hatten Angst vor der Entlassung. Sicherheit hat uns gegeben, dass nach der Entlassung erst ein Reha Aufenthalt erfolgt und wir hatten ganz große Hoffnung, dass der Papa sich dort noch besser erholt. (...) Er konnte mit Hilfe aufstehen und die Krankenschwester hat gesagt, die Schluckstörung wäre nicht so schlimm das würde wieder besser. Er dürfe essen, er würde Brei essen und pürierte Kost zu Mittag lange Pause und ähm (...) ja der Übertritt in die Früh Reha da hat uns die Sozialarbeiterin und die Ärztin gut beraten und wir ähm wussten, dass jetzt zu Hause keine Pflege ansteht (lange Pause) #00:03:58-1#

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen diese Situation zu bewältigen? #00:04:05-2#

B: (lange Pause) hm (bejahend) Das Pfl egeteam auf dieser Schlaganfallstation hat der Mama ganz viel erklärt und sie getröstet die haben ihr gezeigt, wie man das mit dem Essen gibt, dass er sich nicht verschluckt. Die Sozialarbeiterin hat uns gut unterstützt. (...) ähm Die große Herausforderung für uns als Familie war die Ungewissheit, dass wir nicht wussten, wie es weitergeht. Wir wussten nicht ob die Mama den Papa zu Hause

versorgen kann ähm, ob sie das schafft sie ist ja auch nicht mehr die Jüngste. Ob die Mama einen Pflegedienst rufen muss, ob das mit dem Pflegegrad und dem Pflegegeld bis dahin geklärt ist. Ob er nach der Reha in eine Kurzzeitpfleg muss ob die Mama das zu Hause überhaupt irgendwie schaffen kann und wie die Mama damit alleine zurechtkommen soll. (...) (seufzen) (beklommen) und wie wir das wie sollen wir das von Nürnberg aus organisieren? (...) wenn wir wissen die Mama ist zu Hause mit dem kranken Papa (lange Pause) hm (verneinend) ähm wir sind ja jetzt, wir haben Berufe und Kinder und arbeiten und das ist für uns war es ganz schwierig in diesem Paragrafenschungel mit dieser Krankenkasse die Anträge zu stellen ähm dann bekommt man wochenlang keine Termine und weiß man muss jetzt wieder nach Hause fahren, muss arbeiten und bekommt dann einen Termin den muss man einhalten da kann man nicht sagen also es hat mir furchtbar Angst gemacht ähm als dieser medizinische Dienst zur Begutachtung kam (...) und ähm die Mama hat mich angerufen und ich habe gesagt ich kann unter Druck an diesem Tag so kurzfristig gar nicht Urlaub nehmen. Das geht nicht. Um zu ihr zu fahren und sie zu unterstützen und ich hatte Angst, dass das alles fürchterlich danebengeht, wenn ich nicht dabei bin scharfes Einatmen. Die Situation zu bewältigen (...) ähm hat uns geholfen, dass die Mama sonst immer sehr vernünftig ist und uns auch beruhigt hat und dass wir Geschwister untereinander immer viel telefoniert, haben (...)

Die Ehefrau des Patienten trägt die zentrale Verantwortung in der Familie. Neben der Pflege des Ehemanns muss Sie dafür Sorge tragen, dass sich ihre Kinder nicht zu sehr mit der Verantwortung für den pflegebedürftigen Vater als auch um sie selbst belasten.

Eine weitere Herausforderung war ähm das das Thema Ernährung. ähm Das hat sich nach der Entlassung aus der Reha zu einem zentralen Problem dargestellt. Also im Krankenhaus hat die Logopädin noch gesagt und die Schwestern sie hätten einen Schlucktest durchgeführt und der Papa könne weiche Kost zu sich nehmen und das wäre inzwischen alles unproblematisch und dann wurde in der Reha nochmal ein Schlucktest durchgeführt und die haben dann plötzlich gesagt der Papa dürfe nichts mehr essen, wir dürfen ihm überhaupt nichts mehr geben es würde alles in die Luftröhre kommen. scharfes Einatmen (...) daraufhin hat man ihm ein eine ein eine Sonde eine Ernährungssonde durch die Nase gelegt (...) danach waren wir verzweifelt er hat uns so leidgetan wir dachten doch in der Reha geht es jetzt aufwärts nach vorne das wird alles besser in der Reha und dann wird das mit dem Essen plötzlich schlechter. Die Ärztin in der Rehaklinik hat gesagt ähm das kann sehr lange dauern lange Pause also der Papa könne seinen Speichel nicht richtig schlucken (...) ähm (...) (seufzen) (beklommen) er hat auch schnell viel abgenommen immer mehr dann bekam er Astronautenkost über diese Sonde dann hat er viele Durchfälle bekommen. Das war schrecklich, weil er immer wieder frisch gemacht werden musste. In dieser Rehaklinik ist nicht so viel Personal wie im Krankenhaus. Die Mama musste oft helfen ihn frisch zu machen und wir konnten uns nicht vorstellen wie soll das denn zu Hause gehen? Also der Papa ist dann nach Hause entlassen worden von der Rehaklinik. Wir hatten zwei von diesen Beuteln mit der Nahrung dabei ähm der Hausarzt hatte offensichtlich keine Ahnung der hat gesagt geben Sie dem Papa nebenbei noch Essen Apfelmus und Kartoffelbrei aber aufpassen. Die Mama sollte ihm einerseits essen geben andererseits sollte sie aufpassen das er sich nicht verschluckt. Zuerst war eine Logopädin bei uns zu Hause die hat und gesagt das man das mit der Sonde in der Nase nicht lassen kann und er müsse noch einmal in das Krankenhaus für eine andere Sonde durch den Magen. (seufzen) (beklommen) das nächste Problem war, das er sich immer verschluckt hat, dass er eine Lungenentzündung bekommen hat und der Arzt hat gesagt da kann man die Ernährungssonde nicht legen. Er war dann wieder im Krankenhaus, das ist gut ausgeheilt danach hat er die Ernährungssonde durch den Magen bekommen lange Pause und dann hat die Mama ihn wieder nach Hause genommen. lange Pause da ging es ihm schon schlechter. Sie musste ihm noch mehr

helfen beim Waschen, beim Aufstehen, Anziehen dann haben wir das mit diesem ambulanten Pflegedienst geholt. Die haben die Mama sehr unterstützt. Die haben genau gewusst, wo wir bei der Krankenkasse Dinge beantragen müssen, haben das für uns auch zum Teil übernommen hm (bejahend) Die Logopädin ist nochmal gekommen und ähm (...) (seufzen) (beklommen) dann musst die Mama wieder zum Hausarzt für die Beutel für die Nahrung. Das war aus unserer Sicht zu wenig, der Papa hatte ja schon furchtbar abgenommen. (seufzen) (beklommen) ähm dann haben wir zu dem Hausarzt gesagt wir hätten gerne mehr von dieser Sondenkost und dann hat er gesagt bei dem Gewicht, das der Papa hätte, wäre ähm das so berechnet und mehr kann er nicht verordnen. Ich habe selbst dann im Internet recherchiert und habe Nahrung dazu gekauft. Die Logopädin hat uns da auch einiges erklärt was man noch geben kann (...) und (...) dann nach sechs Wochen konnte er Brei schlucken und inzwischen ist es so, dass er viele Sachen zusätzlich essen kann. Die Mama kocht Nudeln, Kartoffeln so Fisch ohne Gräten mit Soße und püriert das. (...) Spinat geht ähm Eintöpfe, Suppen, die passiert sind. Fleisch so feste Sachen kann er nicht mehr essen. Es scheint jetzt doch so, er hält sein Gewicht und dass wir vielleicht in ein paar Monaten, wenn sich das stabilisiert, diese ähm Sonde am Bauch nochmal entfernen können. Wir haben jetzt nochmal einen Antrag auf ähm Logopädie gestellt damit nochmal das Schlucken geübt wird und ähm, wenn er dann auf Dauer essen kann, kann der Magenschlauch wieder entfernt werden. seufzen (beklommen)

Die Hoffnung haben, die Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme zu verbessern und erreichbare Ziele zu anzustreben (Ernährungssonde entfernen)

Dass das mit der Ernährung war die größte Herausforderung für uns. Weil uns auch keiner sagen konnte, ähm / wie man / das macht also / ähm wann, wenn jemand Durchfall bekommt was man überhaupt gibt und wie / wie man das mit dem Wasser auch macht. Wieviel Tee soll man dazu geben. Das hat uns später die Krankenschwester vom ambulanten Pflegedienst beigebracht. (lange Pause) #00:12:17-0#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben?
#00:12:22-2#

B: hm (bejahend) für meinen Papa wäre es eine Unterstützung gewesen, wenn man im Krankenhaus schon festgestellt hätte, dass diese Schluckstörung schwerwiegender ist als man später in der Reha festgestellt hat. scharfes Einatmen (...) (seufzen) (beklommen) (seufzen) (beklommen) wir hätten eine Beratung von jemand gebraucht, der sich mit dieser mit dieser Ernährung über diesen Magenschlauch gut auskennt. Man hätte die Mama müssen schulen man hätte ihr sagen müssen wieviel Kalorien diese Dinge haben, wie wir mit / wie wir das ähm bei dem Hausarzt bestellen. Wie wir das mit der Kostenerstattung machen, wie man diesen Verband an dieser Bauchsonde wechseln. Wir hätten zu Hause vieles besser machen können, wenn uns ein Fachmann erklärt hätte, wie man das mit dem Essen / wie man das mit dem Essen / mit dem Schlucken übt, welches Essen man am besten gibt

Beratung, Anleitung und Schulung zum Thema Ernährung und Umgang mit Ernährungssonde und Sondenkost.

und dass es auch Hoffnung gibt das der Papa irgendwann wieder selbst essen kann. Weil für den Papa war, essen immer ganz wichtig

Auf Ressourcen vor der Schluckstörung zurückgreifen

(...) und wenn sie sehen, wie jemand wie sie ein kräftiger vitaler Mann war, der dann so abnimmt und der auch keine Kraft mehr hat und immer schwächer wird ähm, weil er nicht genug Nahrung zu sich nehmen kann / das war entsetzlich. Wir dachten bisher, dass die Medizin auf einem Stand ist das solche Dinge relativ einfach (...) (seufzen) (beklommen) auch erklärt werden und zu Hause durchzuführen sind und wir wussten auch nicht, dass alle so unter Zeitdruck stehen. Dass die Schwester aus dem Pflegedienst sich nicht so viel Zeit nehmen kann, um uns das zu erklären. Dass die Logopädie extrem begrenzt ist / dass die Mama bei dem Hausarzt betteln musste damit er noch einmal ein Rezept verordnet hat, er hat gesagt er dürfe das nur bis zu einem gewissen Punkt. Wir mussten immer wieder ganz darauf hinwirken, dass diese Therapien auch über die ganze Zeit immer wieder erfolgt sind. Wir hatten das Gefühl, nachdem der Papa aus der Reha zurück war / dass die alle Gedacht haben gut jetzt sind die zu Hause, aus den Augen aus dem Sinn. Da kümmert sich keiner mehr richtig darum und / ganz ehrlich der Hausarzt ähm der hatte nicht viel Ahnung.

Pflegende Angehörige fühlen sich „allein gelassen“

Aber jetzt geht es ja wieder Aufwärts und wir hoffen das die Bauchsonde bald entfernt werden kann. lange Pause #00:15:07-5#

I: Mochten Sie sonst noch etwas sagen? #00:15:07-9#

B: Wir hätten und die Begleitung in diesem Gesundheits-Krankenhaussystem einfach besser vorgestellt. Da ist man sehr auf sich alleine gestellt und wenn man nicht in der Lage ist sich selbst da ähm Informationen zu verschaffen und seine Eltern unterstützt und auch mit viel Energie dran bleibt dann ist man zu Hause / (...) hatten wir das Gefühl ziemlich verlassen zu sein.

Erwartungen in Bezug auf die Leistungen im Gesundheitswesen wurden nicht erfüllt.

Kommentar

Hochkomplexe Pflegesituation mit Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Es wäre eine individuelle Beratung, Anleitung und Schulung zur Vermeidung einer Mangelernährung notwendig gewesen. Hier wäre die Fachexpertise der Gesundheits- und Krankenpflege gefragt gewesen.

Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege

I: Okay das Mikrofon ist eingeschaltet. Ich beginne mit dem Interview. (...) Versetzen Sie sich bitte einmal zurück zu dem Zeitpunkt als Sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:22-2#

B: lange Pause Es passierte in der Nacht / es passierte in einer Nacht im Januar (...) ich kann das genaue Datum nicht nennen. Ich bin am Abend wie sonst zu Bett gegangen so wie immer, ich hatte keine Beschwerden, ich habe nichts bemerkt, ich hatte keine Kopfschmerzen. Ich bin am Morgen wach geworden und habe bemerkt, dass ich meinen rechten Arm und mein rechtes Bein nicht mehr bewegen konnte. Die gesamte rechte

Seite war gelähmt. (...) (seufzen) (beklommen) mir war bewusst (...), dass ich vermutlich einen Schlaganfall erlitten hatte. (seufzen) (beklommen) ich lebe allein (...) es war sehr schwierig auf meine Not aufmerksam zu machen. (...) Ich dachte ich hätte laut um Hilfe gerufen. (...) vermutlich bin ich eingeschlafen oder bewusstlos geworden. Nach langer Zeit bin ich wieder aufgewacht (seufzen) (beklommen) dann habe ich versucht um Hilfe zu rufen. Ich konnte nicht laut rufen. Dann habe ich mich aus dem Bett gerollt und konnte mein Mobiltelefon erreichen. Ich konnte es aber nicht greifen und benutzen. (...) Ich habe wieder und wieder gerufen. Offenbar hat mich die Nachbarin gehört. Sie hat einen Schlüssel zu meiner Wohnung, weil sie manchmal meine Katze versorgt, wenn ich beruflich unterwegs bin. (...) Die Nachbarin hat den Notarzt gerufen und versucht mich zurück in das Bett zu schaffen (...) das hat sie aber nicht geschafft mit mir zusammen. Irgendwann kamen die Sanitäter und der Notarzt. Ich habe eine Nadel und eine Spritze bekommen. Zum Glück wurde ich direkt auf die Schlaganfallstation in N. gebracht. (...) Ich wurde dort aufgenommen (...). Auf der Schlaganfallstation wurden zuerst viele Untersuchungen geführt, ein CT gemacht vom Kopf. Der Schlaganfall wurde bestätigt (...) links (...) und (...) der war wohl in der Nacht geschehen. Es war zu spät den Blutpfropf aufzulösen ähm da / da war die Zeit abgelaufen. Es sind Gehirnzellen abgestorben weshalb ich meine rechte Seite nicht mehr richtig bewegen kann

Körperbildstörung, Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen. Über die Fähigkeit verfügen Grenzen zu akzeptieren. Handlungen stimmen mit verbalen Äußerungen überein.

. lange Pause Am Anfang war das grausam (...), weil ich jetzt behindert bin. (...) ich machte mir Gedanken wie soll das denn überhaupt alles mit meinem Leben weitergehen. Im zweiten Schritt habe ich (...) habe ich mir überlegt (...) dass ich überhaupt überlebt habe (...) es sollen einige der Menschen den Schlaganfall nicht überleben hat der Arzt erklärt.

Ressource die Hoffnung zu verstärken und die Sinnhaftigkeit des Lebens neu zu definieren

(lange Pause) Ich hatte Lähmungen im rechten Arm und rechten Bein. (...) Ich hatte Probleme mit dem Sprechen. Manchmal habe ich noch Wortfindungsstörungen. (...) Ich verwechsele links und rechts. (...) Ich gebe falsche Antworten (...) ich komme mir so dumm vor. (lange Pause) Ein weiteres Problem war, das ich mir Dinge nicht mehr merken konnte, (...) ich kam mit der Fachsprache der Ärzte nicht mit ähm es hat sehr lange gedauert, bis ich klar wurde was mit dieser Erkrankung mit mir passiert ist.

Akzeptanz von Grenzen- Ressource Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung

(lange Pause) (seufzen) (beklommen). Ich konnte nicht zur Toilette gehen (...) (seufzen) (beklommen) die Krankenschwestern haben einen Urinkatheter gelegt (...) ich habe mich so geschämt (...) und (...) auf der Station (...) wurde ich an einen Herzmonitor angeschlossen lange Pause Ich kann mir das nicht erklären, ich bin jung, habe kein Übergewicht und mache viel Sport. (...) später wurde im Herzultraschall festgestellt, dass ich ein Loch im Herz habe und sich dort Blutklümpchen bilden, die in das Gehirn eindringen können, (...) ich wusste das nicht. Der Arzt erklärt einige Menschen haben das und merken es nicht, leben damit gut. lange Pause ja so war das bei dieser / also die Zeit zur Aufnahme das nehme ich verschwommen war. lange Pause #00:05:46-0#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten Sie dabei? #00:05:54-3#

B: Ich wurde dann nach ein paar Tagen auf eine neurologische Station verlegt. (...) dort begann die Rehabilitation (...) es kam die Logopädin, die sich sehr viel Mühe mit mir gemacht hat, (...) ich konnte zwar gut sprechen konnte die Dinge jedoch nicht benennen ähm am Anfang hat sie mir Bilder gezeigt. Ich sollte sagen was ich auf dem Bild sehe, was das ist oder welchen Namen das hat. Ich kann mich an einen Ball erinnern, den sie mir gezeigt hat. Ich wusste was das ist und was man damit tut, aber ich konnte einfach ich konnte den Namen nicht nennen. (...) scharfes Einatmen später hat sie mir dann (...) ähm Bilder gezeigt ähm (...) ich hatte am Anfang sogar manchmal zweimal am Tag Unterricht von der Logopädin. Schlucken konnte ich gut (...) und (...) inzwischen mache ich das so oder habe ich das so gemacht, wenn mir Worte nicht einfallen, beschreibe ich die. Mit der Zeit wird man da sehr geschickt, so dass das Gegenüber das manchmal nicht merkt. (...)

Bewusste Steuerung zur Verbesserung des Wohlbefindens- Ressource Identifikation von eigenen Potentialen, um die Beeinträchtigung zu kompensieren aus dem Wunsch heraus mehr Selbstbestimmung zurückzugewinnen

so nach und nach der Physiotherapeut, der war jeden Tag bei mir dann hat sich die Muskulatur etwas erholt. Die Muskeln waren hatten wieder mehr Kraft etwas zu tun. ähm Leider habe ich Spastiken bekommen (...) in einem Fuß (...) das ist sehr schmerzhaft (...) ähm und das hat mir große Schwierigkeiten bereitet ähm, weil ich nicht richtig gehen konnte. Das war diese Spastik im Fuß. Der Fuß, der der musste, gewickelt werden damit ich mit dem Krankengymnasten mit dem Rollwagen die ersten Gehversuche machen konnte. (...) (seufzen) (beklommen) (...) der Urinbeutel hat mich tierisch genervt (...) später bekam ich eine Schiene, die den Fuß stabilisierten, sollte zum Bein (...) das war schwierig, weil am Fuß da alles dick angeschwollen ist. Dazu kam die Ergotherapeutin die (...) mit mir geübt hat ä mich anzuziehen, wie man welche Hilfen es gibt ähm (...) und ähm (...) ich sollte mir andere Schuhe zulegen (...). Dann kam der Entlassungstermin (...) zur Reha (...) dort wurde ich mit einem Krankenwagen hingebacht (...) ich wurde auf der Trage transportiert (...) ich konnte den Arm besser bewegen und ein paar Schritte gehen. (...). In der Reha haben die den Urinkatheter entfernt. (lange Pause) Dort wurde ich schnell selbstständiger. (...) ich konnte bald alleine ein bisschen spazieren gehen ohne Hilfe (...)

Erleben einer höheren Selbstbestimmung und das Wiedererlangen der Kontinenz. Ressource mehr Selbstbestimmung durch größere Mobilität und einem geringeren Unterstützungsbedarf durch andere Personen. Hohe Eigenmotivation

da war ich in den ersten Wochen mit einem anderen Mann im Zimmer (...) ähm der der immer der sehr schwerhörig war und sehr laut gesprochen hat. Er hat nachts gerufen ähm so dass mir ein anderes Zimmer gegeben wurde. (lange Pause) In der Reha, die wussten auch ganz genau welche Medikamente ich bekomme und ähm da war ein Arztbericht dabei in dem stand alles drin ähm was funktioniert hat. Die Sozialarbeiterin, die hat das alles vorbereitet. Ich musste die Papiere unterschreiben (...) und den Rest hat das Krankenhaus organisiert. lange Pause hm (bejahend) (...) ja so war das als ich in die Reha kam. lange Pause seufzen (beklommen). Die Reha wurde verlängert (...) (unv.) da war ich sehr lang (...) dann durfte ich nach Hause. Zu Hause habe ich festgestellt das ich, ich konnte immer noch nicht den ganzen Tag laufen und das meine Wohnung für den Rollstuhl zu eng ist. Drehen und wenden ging nicht. (...) (seufzen) (beklommen) ich habe mich zwischen den Möbeln durchgehangelte. (...) In der Wohnung war nichts verändert damit haben wir erst angefangen ähm meine Schwester hat mir geholfen und mein Schwager in der Wohnung das etwas umzubauen. Wir haben einen Griff an die Treppe gemacht (...) ähm meine Schwester hat einen Duschsitz für die Badewanne organisiert damit ich mich duschen und waschen kann. Bis dahin musste ich mich am Waschbecken waschen. (...) das war unangenehm. (...) (unv.) ich war

absolut auf meine Familie angewiesen. Ich konnte noch nicht einmal Einkaufen gehen. Ich kann nicht Auto fahren. Sie haben mich mitgenommen zum Einkaufen, aber das war schlimm für mich mit der Behinderung in der Öffentlichkeit zu Zeigen. Die Leute schauen. lange Pause und ein anderes Problem war, das das im Krankenhaus und in der Reha musste, ich mich um nichts kümmern. Jetzt zu Hause ähm musste ich für alles was ich brauche ähm muss man zum Hausarzt. Die Krankenkasse (...) (unv.) da gab es Probleme mit der Fortsetzung der Krankengymnastik und der Ergotherapie (...), weil ich schon so lange in Reha war wollte die Krankenkasse nicht zahlen (...) da hat mir der Hausarzt geholfen und hat da etwas hingeschrieben ähm hat das geklappt ich sollte dort in die Praxis zur Physio (...) das war schwierig das die zu mir nach Hause kommen. seufzen (beklommen) lange Pause. Ich habe versucht schnell die Übungen alleine zu machen damit ich unabhängiger werde. Ich habe Medikamente, die das Blut verdünnen das Marcumar (...) da muss man seine Ernährung umstellen. Das sind alles Dinge, die sind mir erst zu Hause bewusst geworden. Die Blutwerte müssen kontrolliert werden. Es gibt Lebensmittel die soll man meiden. (...) auswirken (...) es braucht halt viel Geduld. Also das Gehen ist immer noch ein Problem, in der Wohnung kann ich mich ganz gut Fortbewegen. Ansonsten hat die Beweglichkeit des Armes und der Hand sehr gut zugenommen. da habe ich viel geübt. ähm die ist etwas ungeschickter die rechte Hand als die linke, aber ich habe Rückenschmerzen und in der Schulter. Ich will die Hoffnung nicht aufgeben (...) weil von Pflegebedürftig bin ich in meiner Wohnung in meinem eigenen Umfeld schon wieder sehr selbstständig. (lange Pause) #00:15:23-9#

Ressource Selbstbewertung von Beeinträchtigungen und Stressfaktoren im Kontext verhaltensbezogener Anstrengungen. Nimmt umgebungsbedingte Veränderungen wahr- Verbessertes Coping

I: Wer oder was hat sie bei der Entlassung besonders unterstützt? Was hat Ihnen besonders gutgetan. Erzählen Sie mir davon? #00:15:31-8#

B: Ohne meine Familie wäre ich nach der Entlassung komplett aufgeschmissen gewesen. Wie gesagt in der Wohnung war nichts vorbereitet

Wie stellt sich die Wohnsituation des Patient:innen dar? Gibt es Anpassungsbedarf im Wohnumfeld in Bezug auf die Mobilitätseinschränkungen?

ähm (...) ich habe mir darüber auch nicht keine Gedanken gemacht, weil man in dieser Rehaklinik so beschäftigt ist mit seinem Tagesablauf und sich ähm mit der Krankheit (...) auseinander zu setzen / und / manche Dinge, dass ich die Treppe ähm nicht hoch komme ähm, wie das mit der Dusche funktionieren soll / wer für mich einkauft (...) das waren Dinge, die wurden mit mir nicht besprochen und das ist mir zu Hause erst aufgegangen. Ohne meine Eltern und meine Schwester und meine Schwager hätte ich mich gar nicht versorgen / ich weiß gar nicht, wie das hätte gehen sollen / da hat mir ganz klar / hat mich die Familie unterstützt durch diese schwere Zeit hindurchzukommen und auch ähm mich zu versorgen. (lange Pause) #00:16:35-9#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie besser unterstützen können? Was können Sie uns an Verbesserungsvorschlägen mitgeben? #00:16:41-9#

B: Ganz klar sollte in der in der Reha geplant werden, wie man sich zu Hause weiter versorgen soll. Man müsste in der Reha gezielt abfragen, wie

es bei mir / wie ich wohne wie es zu Hause aussieht wie ich dusche / wie die Versorgung ist und ähm hätte das vorher mit dem Hausarzt besprechen müssen.

B definiert klar den Unterstützungsbedarf, den er im Rahmen der Entlassung benötigt hätte. Er beschreibt die Bedarfssituation detailliert.

Wenn meine Schwester sich nicht um die ganzen Papiere gekümmert hätte, die Anträge gestellt hätte / das kann man alleine nicht (...) dann weiß ich nicht / dann hätte ich alleine da gestanden / ich weiß ich hätte war (unv.) vielleicht hätte ich müssen in ein Pflegeheim? Ich kann es ihnen nicht sagen. Die Vorbereitung ich weiß nicht warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst welche Probleme da auf mich zukommen könnten. (lange Pause) (seufzen) (beklommen) #00:17:36-3#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:17:36-3#

B: (lange Pause) Im Krankenhaus und in der Reha die Behandlung die die war sehr gut. Da habe ich mich sehr gut aufgehoben gefühlt. (...) später zu Hause als das von der Hausarztpraxis (unv.) ähm als ich da immer in diese Hausarztpraxis musste ist alle sehr kompliziert geworden. (...) seufzen (beklommen)

Fehlende Unterstützung durch die Hausarztpraxis

Kommentar

B ist in der aktuellen Situation nicht in der Lage seinen zukünftigen Bedarf an pflegerischer Unterstützung oder den Anpassungsbedarf in Bezug auf die Wohnraumsituation einzuschätzen.

„das waren Dinge die wurden mit mir nicht besprochen und das ist mir zu Hause erst aufgegangen.“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

„Die Vorbereitung ich weiß nicht warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst welche Probleme da auf mich zukommen könnten. lange Pause seufzen (beklommen) #00:17:36-3#“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

„Die Vorbereitung ich weiß nicht warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst welche Probleme da auf mich zukommen könnten. lange Pause seufzen (beklommen) #00:17:36-3#“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8)

B kann nicht einschätzen welche Herausforderungen bei der Koordination von Leistungsansprüchen oder der weiteren medizinischen Behandlung z.B. die Umsetzung der Physiotherapie und Logopädie.

„Die Vorbereitung ich weiß nicht warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst welche Probleme da auf mich zukommen könnten. lange Pause seufzen (beklommen) #00:17:36-3#“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8),

„Die Vorbereitung ich weiß nicht warum / mir ähm war das überhaupt nicht bewusst welche Probleme da auf mich zukommen könnten. lange Pause seufzen (bekommen) #00:17:36-3#“ (Interv. Nr. 5_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8).

Interv. Nr. 6_m Entl. häusl. Pflege

I: Das Mikrofon ist eingeschaltet, ich beginne jetzt mit dem Interview. Versetzen Sie sich bitte einmal zurück zu dem Zeitpunkt als Ihr Vater auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurde. Können Sie mir erzählen, wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:17-7#

B: Meine Mutter hat mich angerufen ich wohne je ein bisschen weiter weg, ich muss ein Stück fahren. Ich war beruflich unterwegs, hat mir erzählt, dass er morgens früh nicht aufstehen konnte, er wäre nicht aus dem Bett gekommen. Sie hat den Hausarzt angerufen und der hat dann wohl die Einweisung in das Krankenhaus über einen Notarzt direkt organisiert. (...). Als ich am Abend auf der Schlaganfallstation zu meinem Vater kam, war ich geschockt (...). Mein Vater ist ein sehr zuversichtlicher fröhlicher Mensch der anderen Menschen in Not immer hilft und der auch viel Optimismus um sich herum verbreitet und ihn so an diesem Monitor in dem Bett zu sehen fast weggetreten. (...) Das er uns nicht erkannt hat war für mich ein sehr großer Schock. Meine Mutter hat ähm meine Mutter hat nichts mehr gesprochen, die saß an dem Bett meines Vaters und hat nur immerzu den Kopf geschüttelt und hat geweint aber die Ärztin hat uns sehr viel Mut gemacht und hat erklärt, das wird ein sehr langer Prozess (...) man weiß nicht, welche Dinge sich erholen ähm ob er noch einmal selbstständig wird und wir müssten viel Geduld haben. Ich glaube, dass meine Mutter so viel bei ihm war in dieser schweren Zeit, hat ihm was die körperliche Genesung angeht geholfen. (lange Pause) (seufzen) (bekommen) Wir hatten oft am Abend telefonischen Kontakt zu meiner Mutter und sind dann / ich bin mit meinem Bruder im Wechsel abends dorthin gefahren, habe mit den Ärzten gesprochen (seufzen) (bekommen) ähm, aber das war nie konkret. Die Aussagen waren immer ähnlich. Wir müssen Geduld haben, man muss abwarten. Meine Mutter berichtet er hätte tagsüber viele Untersuchungen, es käme ein Physiotherapeut zu ihm. Er hat am zweiten Tag auch schon im Sessel gesessen. Das mit dem Schlucken ging ganz gut, er war sehr müde und hat überwiegend geschlafen. (...) Nach einigen Tagen wurde er dann von der Schlaganfallstation auf eine andere neurologische Station verlegt. Das war dort etwas schwieriger, weil die Pflege dort nicht so ausgeprägt ist wie auf der Stroke Unit. Meine Mutter musste meinen Vater sehr viel mehr unterstützen. Er kam mit der Urinflasche nicht zurecht. So, dass meine Mutter gesagt hat, sie habe Angst nach Hause zu gehen, weil sie befürchte, er wäre nicht versorgt. Es kam im Verlauf immer wieder zu Konflikten zwischen den Krankenschwestern und meiner Mutter, weil meine Mutter uns erzählte die Pflegekräfte würden sich nicht so um den Vater kümmern, wie er es benötige. Da gab es häufig Konflikte. Ich verstehe, es ist ein Unterschied, ob eine Schwester sehr viele Patient:innen betreut oder ob man auf einer Spezialstation ist wo sehr viele Pflegkräfte tätig sind. (...) Die Sozialarbeiterin hat mit uns die Unterlagen für die Krankenkasse ausgearbeitet für den Rehantrag, das hat auch die Ärztin mit uns besprochen und mein Vater hat eine Rehamaßnahme komplett verweigert. Er ist zwar körperlich eingeschränkt aber geistig nicht. Er hat entschieden er nimmt an keiner Rehamaßnahme teil, ich glaube er dachte meine Mutter wolle ihn in ein Pflegeheim abschieben, er wurde aggressiv er hat / er hat nicht mehr mit den Therapeuten gearbeitet. (...) Er hat mit der Ergotherapeutin hm (bejahend) (...) mit der hat er einfach nicht mehr gesprochen. Nach dem Physiotherapeuten / der ihn dann irgendwie motivieren wollte aus dem Bett auszusteigen / nach dem hat er geschlagen.

Existenzielle emotionale Krise des Patient:innen die sich in "Herausforderndem Verhalten" zeigt, als letztes Mittel verzweifelt seinen Willen oder seine Ängste zu kommunizieren.

Im Nachhinein war es wohl ein Fehler, meine Mutter hat sich bereit erklärt meinen Vater mit nach Hause zu nehmen (...) ohne Reha. (lange Pause) (seufzen) (beklommen) Alle haben versucht auf uns einzuwirken und letztendlich haben wir der Entscheidung auch nachgegeben, weil wir sagten, es ist die Entscheidung unserer Eltern, die sich jetzt so entschieden haben

Eltern-Kind Konflikt

und ähm ja das war für mich und meinen Bruder schwierig, weil wir dachten, er hätte das mit der Rehaklinik sicherlich versuchen sollen. (lange Pause) (seufzen) (beklommen) #00:05:05-9#

I: Wer hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt? Können Sie mir davon erzählen? Was hat Ihnen gutgetan? #00:05:11-3#

B: Was uns wirklich gut getan hat ist das die Ärzte, Pflegekräfte und die Sozialarbeiterin, die schon enttäuscht waren, dass der Vater diese Reha-massnahme nicht antritt uns dann wirklich geholfen haben für zu Hause alles vorzubereiten. Sie haben auch mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen hat vorher Hilfsmittel wie einen Toilettenstuhl zusammengestellt, einen Rollstuhl, haben mit meiner Mutter gesprochen das sie bei der Krankenkasse den Antrag auf Kostenzuschuss stellt, um das Bad behindertengerecht umzubauen hm (bejahend) (...) des / und ähm auch die Nachbarn, die ihre Unterstützung bei der Pflege / die zu meiner Mutter gesagt haben sie unterstützen sie. In erster Linie war das die Sozialarbeiterin und Nachbarn und Freunde. (lange Pause) #00:06:19-7#

I: Was stellte aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung für sie und ihre Familie dar? Was hat Ihnen geholfen diese Situation zu bewältigen? #00:06:27-8#

B: (lange Pause) ((scharfes Einatmen)) Die ((scharfes Einatmen)) größte Herausforderung (...) in diesem Drama (...) war letztendlich die Entscheidung, ähm das wir (...) seufzen (beklommen) für unseren Vater einen Platz im Pflegeheim suchen mussten.

Das Erleben der pflegenden Angehörigen von vermeintlichem Versagen

Er kam nach Hause, ähm es war sehr schnell klar, dass meine Mutter mit der Pflege körperlich und psychisch überfordert ist. Meine Mutter ist eine unglaublich starke Frau, ich hätte ihr auch zugetraut, dass sie das schafft aber (...) seufzen (beklommen) (...) mein Vater, der hat sich so in seinem Wesen verändert, der war / das war gar nicht mehr unser liebevoller Vater (...) er wurde total egoistisch ähm er hat meine Mutter den ganzen Tag herumkommandiert und also aus unserer Sicht hätte er viel mehr machen können als er dann wirklich gemacht hat. ähm Er hat immerzu gejammert was er nicht mehr machen kann. Wenn sie versucht hat ihn einzubinden hat er immer gesagt er wäre schließlich krank und sie müsse sich um ihn kümmern. (...) Er hat es am Morgen gerade in den Sessel oder auf das Sofa geschafft und dann wirklich / und hat sich total hängen lassen und hat den ganzen Tag geschlafen. Meine Mutter musste ihn zum Essen wecken. Er sagte dann er habe keinen Appetit und er möchte das gerade nicht essen. Dann hat sie ihm etwas Anderes zubereitet oder sie hat das noch einmal gewärmt. Und diese permanente Schikane und Aggressivität die hat meine Mutter innerhalb von 6 Wochen zu einem nervlichen Wrack gemacht. (...) Sie musste zum Arzt, sie sollte Medikamente zur Beruhigung einnehmen, sie hatte Angst sich dann nicht mehr um meinen Vater kümmern zu können. Der ist in der Nacht erst richtig aktiv gewor-

den. Er hat sich versucht durch die Wohnung zu tasten hat dann die Orientierung verloren. Er ist mehrfach gestürzt (...) ähm die Nachbarn mussten in der Nacht ihn in sein Bett zu bringen. Er fand das Bad nicht, er weiß nicht, dass es jetzt Nacht ist und meine Mutter schlafen muss. ähm Meine Mutter war total gestresst und fing irgendwann an, ihn anzusprechen. (...) und wir müssen auch unserem Beruf nachgehen. Mein Bruder und ich wir können einmal am Tag dort vorbeischaun aber wir können unsere Mutter auch nicht bei der Pflege unterstützen. Ein zusätzliches Problem war, das / wir hatten eine Haushaltshilfe, die uns von der Sozialstation über die Krankenkasse zugeteilt wurde. Die meine Mutter in ihrem Perfektionismus / die Arbeiten nochmal gemacht hat / das war irgendwie für die Katz. (...) Und nach sechs Wochen hatte meine Mutter einen Nervenzusammenbruch und eine Blutdruckentgleisung. Sie musste in das Krankenhaus (...) Ich habe versucht einige Tage den Vater zu Hause selbst zu versorgen, ähm das ging aber nicht und wir mussten ihn in die Kurzzeitpflege bringen. (...) Es war nicht einfach einen Platz zu finden. Es hat fast eine Woche gedauert, ich habe mich auf der Arbeit krankgemeldet. (...) ähm mein Vater hat kein Wort mehr mit mir gesprochen (...) und in diesem Pflegeheim ist / hat uns dieser Einrichtungsleiter, mit dem hatten wir sehr viele Gespräche der hat uns auch sehr unterstützt. Er hat erklärt, warum sich Menschen nach so einer Erkrankung oft verändern, so dass wir uns entschlossen haben ähm dauerhaft einen Platz für unseren Vater in diesem Pflegeheim zu suchen. Es war für uns alle schwer, weil ähm, weil wir auch einen großen Konflikt und große Schuldgefühle hatten. Wobei der Einrichtungsleiter Herr M. und dahingehend unterstützt hat / der Vater ist im Pflegeheim in professioneller Umgebung besser aufgehoben als zu Hause mit meiner Mutter die ihn / da ist keinem gedient die nicht in der Lage ist ihn zu versorgen (...) und sich die beiden den ganzen Tag anschreien. ähm er zu Hause immer wieder stürzt und damit seine Gesundheit noch mehr gefährdet ist, wenn er sich noch einen Oberschenkel Bruch zuzieht und im Krankenhaus operiert werden muss. Inzwischen vermutet der Hausarzt eine fortschreitende / nach dem Schlaganfall eine fortschreitende Demenz hat und ähm er hat sich nach langer Zeit in dem Pflegeheim auch eingewöhnt. (...) Meine ähm meine Mutter besucht ihn mehrfach in der Woche. Mindestens an vier Tagen. Er hat dort auch soziale Kontakte geschlossen. Es ist für meine Mutter auch besser, wenn sie dort ist geht sie mit ihm spazieren Sie kümmert sich um meinen Vater und muss nicht noch darum das ganze Leben organisieren, so dass sie / im Prinzip ist sie jetzt nicht mehr so oft bei ihm, aber wenn sie da ist hat sie mehr Zeit für ihn als vorher. (...) so dass diese Lösung letztendlich für alle das Beste war, es bleibt aber ein bitterer Beigeschmack. Wir haben das Gefühl, dass wir versagt haben. (lange Pause) tja (...) ja so ist das (...)
#00:12:34-9#

I: Wie hätte aus Ihrer Sicht das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Können Sie uns Verbesserungsvorschläge mitgeben?
#00:12:41-2#

B: hinterher ist man immer schlauer. Im Nachhinein hätten die Ärzte viel mehr auf uns und unsere Eltern einwirken müssen und hätten müssen stärker versuchen das mein Vater in diese Rehaklinik geht.

Der Wunsch nach einer stärkeren Einwirkung durch das Behandlungsteam ist kritisch zu sehen. Die Aufgabe der Behandlungsteams ist Beratung und Unterstützung, um zu einer guten Entscheidung für die beteiligten Akteure zu kommen. Es ist nicht die Aufgabe Druck auszuüben, wenn die Beratung von den zu beratenden nicht angenommen werden.

Ich glaube es wäre vielleicht anders verlaufen / vielleicht wäre es auch so ausgegangen aber (...) wenn mein Vater in dieser Rehabilitation sich schon hätte können weiterentwickeln oder / ja ich glaub es war nicht gut das er direkt nach Hause gekommen ist ähm und in dieser Kombination

mit meiner Mutter / das wir sie da zu Hause haben vor sich hin wursteln lassen seufzen (beklommen) war im Nachgang nicht / wir hätten uns da müssen mehr durchsetzen sollen. Darüber brauchen wir uns jetzt nicht mehr zu beklagen es ist jetzt so wie es ist. Wir wissen auch nicht, ob uns das einen entscheidenden Vorteil gebracht hätte. Heute sage ich hätten wir diese Rehamaßnahme / hätte er die gemacht wäre der Verlauf vielleicht ein anderer gewesen. (...) Die Entscheidung haben unsere Eltern getroffen. #00:14:05-2#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:14:06-6#

B: hm (...) nein (...) danke

Kommentar

Entlassung in die häusliche Pflege, ohne eine empfohlene Rehamaßnahme in Anspruch genommen zu haben. Familienkonflikt. Es besteht eine hohe Bereitschaft der Ehefrau, den Ehemann zu Hause zu versorgen, ist jedoch mit der Gesamtaufgabe "Aufrechterhaltung des Haushalts und der alltäglichen Lebenssituation überfordert „wir hatten eine Haushaltshilfe, die uns von der Sozialstation über die Krankenkasse zugeteilt wurde. "Die meine Mutter in ihrem Perfektionismus / die Arbeiten nochmal gemacht hat “ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)"

Zu dem komplexen Versorgungsbedarf des kognitiv veränderten Patient:innen „mein Vater, der hat sich so in seinem Wesen verändert, der war / das war gar nicht mehr unser liebevoller Vater (...) er wurde total egoistisch ähm er hat meine Mutter den ganzen Tag herumkommandiert “ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „Der ist in der Nacht erst richtig aktiv geworden. Er hat sich versucht durch die Wohnung zu tasten hat dann die Orientierung verloren.“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Im Verlauf konnte für den Patient:innen nicht mehr für eine sichere Umgebung gesorgt werden „Er ist mehrfach gestürzt (...) ähm die Nachbarn mussten in der Nacht ihn in sein Bett zu bringen.“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Die Versorgungssituation hätte mit Unterstützung durch mehrere aufeinander abgestimmter Maßnahmen im familiären Umfeld und professioneller Pflege aufrechterhalten werden können.

Die hohe Belastung der pflegenden Ehefrau führte sehr schnell in eine Abwärtsspirale „Meine Mutter war total gestresst und fing irgendwann an ihn anzuschreien. “ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6) im Sinne einer Depersonalisierung des pflegebedürftigen Ehemannes mit der Folge weiterer kognitiver Einschränkungen „Er hat sich versucht durch die Wohnung zu tasten hat dann die Orientierung verloren. “ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Das Ungleichgewicht zwischen den pflegerischen und emotionalen Anforderungen und den schnell schwindenden Ressourcen führt innerhalb weniger Wochen zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen bei der pflegenden Ehefrau „Und nach sechs Wochen hatte meine Mutter einen Nervenzusammenbruch und eine Blutdruckentgleisung. Sie musste in das Krankenhaus (...) “ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Mit dem Ausfall der pflegenden Angehörigen entstand eine komplexe Herausforderung in der Versorgungssituation, die nicht adäquat erfüllt werden konnte. „Ich habe versucht einige Tage den Vater zu Hause selbst zu versorgen, ähm das ging aber nicht und wir mussten ihn in die Kurzzeitpflege bringen. (...)“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Langfristig konnte sich nur im Setting der stationären Pflege eine stabile Versorgungssituation hergestellt werden „er hat sich nach langer Zeit in dem Pflegeheim auch eingewöhnt. (...) Meine ähm meine Mutter besucht ihn mehrfach in der Woche. Mindestens an vier Tagen. Er hat dort auch soziale Kontakte geschlossen. Es ist für meine Mutter auch besser, wenn sie dort ist geht sie mit ihm spazieren Sie kümmert sich um meinen Vater und muss nicht noch darum das ganze Leben organisieren,“ (Interv. Nr. 6_ m Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege

I: Okay das Mikrophon ist eingeschaltet, ich fange jetzt mit dem Interview an. Bitte versetzen Sie sich noch einmal zurück zu dem Zeitpunkt als Sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir wie sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:18-2#

B: Unsere Mama, die ist schon 83 Jahr alt Sie wurde in das Krankenhaus eingewiesen weil, da war -die hatte einen Gefäßverschluss im Bein und sollte operiert werden. Das Bein war kalt und sie hatte starke Schmerzen. Sie konnte zu Hause nicht mehr aufstehen so dass der Hausarzt sie in die chirurgische Abteilung eingewiesen hat. ((Husten)) (...) ((Husten)) (...). (seufzen) (beklommen) Zu diesem Zeitpunkt dachten wir noch, dass sie jetzt operiert wird, und danach braucht sie noch etwas Unterstützung und wird wieder so fit wie früher. Sie hat sich bis dahin selbst versorgt.

Die Patientin ist 83 Jahr alt und lebt allein. Sie ist selbstständig ist für die Haushaltsführung, das Waschen, das Kochen und den Einkauf zuständig. Seit einigen Jahren leidet sie unter Venenentzündungen.

lange Pause Unsere Mama hat eine Patientenverfügung (...) aber das war jetzt in diesem Fall keine Diskussion, weil wir davon ausgingen, wenn die Operation durchgeführt ist und diese Venenumgehung von dem Chirurgen gelegt worden ist, dass es ihr dann sehr bald besser geht. (lange Pause) das Krankenhaus hat mich angerufen und hat gesagt sie käme nach der Operation nicht auf die Station 4, sondern auf die Intensivstation, weil man sie noch überwachen würde. Sie sei ja schon eine alte Dame. Das hat mir im ersten Moment auch eingeleuchtet. (...) (seufzen) (beklommen). Auf der Intensivstation bin ich dann erschrocken, weil sie / sie war ganz apathisch sie hat nicht reagiert da ist mir aufgefallen, dass sie / das sie die linke Hand nicht bewegen kann. Sie hat auf meine Fragen nicht geantwortet. Die Schwester hat gebeten ihr kein Wasser zu geben (...) es war ein Schock. Zuerst habe ich das auf die Operation und die Narkose geschoben (...) danach hatte ich ein Gespräch mit dem Intensiv-Arzt im Arztzimmer. Er hat erklärt sie hätte einen großen Schlaganfall erlitten während der Narkose.

Im Rahmen der Narkose und dem operativen Eingriff am Gefäßsystem (Bein) kommt es zu einer lebensbedrohlichen Krise.

(lange Pause) (seufzen) (beklommen) (unv.) zuerst dachte mein Bruder es wäre bei der Operation etwas schiefgegangen. Wir haben mit dem Hausarzt gesprochen und der erklärte uns so etwas könne durchaus vorkommen- das seien halt die Risiken. (...) Nach den Tagen auf der Intensivstation wurde sie auf die Schlaganfallstation verlegt (...) dort hat uns erstmals die Frau Dr. F. erklärt, wie es um die Mama bestellt ist. Der Chefarzt

hat persönlich mit uns gesprochen und hat gesagt, dass sie sich vermutlich stabilisieren kann, dass die Situation jedoch sehr kritisch ist und dass sie im Rahmen der Folgen des Schlaganfalls dieser schweren Einschränkungen auch versterben könnte. (...) Entweder innerhalb der nächsten Tage oder vielleicht auch später an einer Lungenentzündung.

Der Chefarzt glaubt nicht, dass die Patientin noch lange leben wird

Er sagte wir sollen und beraten was die Mama gewollt hätte und ob wir eine künstliche Ernährung wünschen. (...) Wir haben uns in der Familie besprochen, weil die Mama auch eine Patientenverfügung hat. Der Zustand war ja sichtbar- wir haben zusammen mit den Ärzten beschlossen, dass sie keine künstliche Ernährung mehr bekommt. Sie konnte mit dem Löffel so etwas Apfelmuss oder angedickte Flüssigkeiten in den Mund nehmen (...) sie hätte keine künstliche Ernährung gewollt. (...) #00:05:04-6#

Die Patientin ist schwach, erholt sich nur langsam von dem Eingriff und den Folgen des Schlaganfalls. Sie benötigt Unterstützung bei allen pflegerischen Verrichtungen.

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten sie dabei? #00:05:09-6#

B: (lange Pause) (seufzen) (beklommen) ja (...) die ja die (seufzen) (beklommen) ja die Entlassung, wir hatten der Mama versprochen, dass wir uns um sie kümmern und sie hat / wir dachten ja, dass es eine begrenzte Zeit ist, und wir haben beschlossen, das wir sie nach Hause nehmen und sie zu Hause versorgen. (...) Meine Schwester hat sich für zwei Monate von ihrem Arbeitgeber freistellen lassen und wir wollten sie bei mir zu Hause in einem Zimmer unterbringen und sie pflegen, solange sie noch bei uns ist / wollten wir das selbst übernehmen mit einem Pflegedienst. Die Sozialarbeiterin und die Krankenschwester haben uns sehr gut beraten. Auch die Ärzte haben gefragt was wir alles benötigen wie die Wohnung aussieht, haben Rezepte erstellt- ich habe im Sanitätshaus ein Pflegebett bestellt. Der Pflegedienst vom Hospiz kam schon in das Krankenhaus und haben sich mit uns und der Krankenschwester am Bett unterhalten. Sie haben die Krankenakte sehr genau studiert. (...) da / wir dachten wir hätten uns gut vorbereitet. (...) #00:07:04-9#

Im Vordergrund steht die palliative Pflege der Patientin. Aufgrund der hohen Bereitschaft der Töchter die Pflege zu leisten, wird die Pflege in einem Hospiz erst gar nicht in Erwägung gezogen.

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen die Situation zu bewältigen? #00:07:09-9#

B: Die eigentliche Herausforderung ähm bestand ((lacht ironisch)) nachher diese ganze Planung ((lacht ironisch)) auch in die Tat umzusetzen. Wir kamen sehr schnell an unsere Grenzen. Wir waren zwar technisch gut ausgestattet und vorbereitet im Nachhinein hätten wir uns die Pflege wie mit einer so schweren Erkrankung aber ganz anders vorgestellt.

Das Pflegegeschehen wird überwiegend auf die pflegebedürftige Patientin fokussiert. Der Situation der Töchter, die

pflegerische Laien sind, wird vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Der Pflegedienst kam zum Waschen (seufzen) (beklommen) und um die Medikamente zu verabreichen. Der Pflegedienst vom Hospiz kam, um die Schmerzmittel zu geben. Die haben auch immer sehr viele Gespräche mit uns geführt. Dazwischen fühlten wir uns sehr alleine gelassen. Wir sind weder ich noch meine Schwester haben eine A Ausbildung in Krankenpflege oder Sozialberufen. Das fing mit banalen Sachen an, wie wenn die Mama ins Bett gemacht hatte das nochmal alles zu reinigen. Es wurde viel Bettwäsche gebraucht.

Erforderliche Aufgaben in der Pflege können nicht bewältigt werden

Sie hat gejammert und geschrien so dass wir nicht wussten / nicht gewagt haben sie richtig anzufassen. Sie ist manchmal sehr unruhig das war im Krankenhaus gar nicht so.

Dysfunktionale Veränderung der Pflegeaktivitäten

Einmal ich erinnere mich / habe ich mich nur zu einer Tasse Kaffee an den Küchentisch gesetzt. Das ist eine Etage darunter und da habe ich plötzlich oben etwas gehört / sie ist aus dem Bett herausgefallen. Ich musste den Pflegedienst anrufen und den Nachbarn. Manchmal habe ich Angst zur Toilette zu gehen und dusche erste, wenn meine Schwester im Hause ist. (...) Meine Schwester hatte vorher schon Probleme mit ihrem Rücken. Sie muss jetzt zur Krankengymnastik, weil sie es immer am Ischias hat. Wir denken wir schaffen das auch noch ein paar Monate. (lange Pause) Schlimm ist die Angst nicht mehr aus dem Haus gehen zu können. (lange Pause) der Palliativpflegedienst vom Hospiz (seufzen) (beklommen) hat uns noch zwei Frauen geschickt, die ehrenamtlich zu uns kommen damit wir zum Einkaufen können. lange Pause Mit den Schmerzmitteln ist sie jetzt gut eingestellt. Sie weint und jammert nicht mehr (...). Es ist sehr schwierig für uns und bringt uns an die Grenzen. Wir halten das durch, weil es begrenzt ist aber über mehrere Jahre wäre das unvorstellbar. Mein Mann möchte schon gar nicht mehr nach Hause kommen und ich kann nicht mehr schlafen.

Drohende eheliche Krise. Damit entwickelt sich die Ressource Ehepartner zu einer zusätzlichen emotionalen Belastungssituation und Unterbrechung der bisher kontinuierlichen Familienfunktionalität.

(...) Die Gerüche, die Reinigung der Bettwäsche, der Handtücher. Die Küche sieht aus wie eine Krankenhausapotheke. Das haben wir uns nicht so vorgestellt.

Überforderung, Gefühle von Ekel, Misserfolg die pflegerische Aufgabe nicht bewältigen zu können.

Wir hatten völlig falsche Vorstellungen und es hat uns auch keiner darauf vorbereitet, wie das werden könnte. (...) #00:12:05-9#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie besser unterstützen können? Können Sie uns Verbesserungsvorschläge mitgeben? #00:12:12-3#

B: Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt, das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt ihre Mutter wird sehr bald sterben. Dass sich das so lange hinzieht, hätten wir nicht geglaubt und auch nicht, dass ein Mensch mit kaum Nahrung und Wasser so lange leben kann. seufzen (beklommen) wir haben uns darauf verlassen und uns darauf ausgerichtet, dass es ein begrenzter Zeitraum wird und

waren erschrocken und haben jetzt nach 3 Wochen gedacht hm (verneinend) das (unv.) wie lange geht das denn noch?

Wissensdefizit Sterbeprozess und fehlende Aufklärung durch das Behandlungsteam. Die pflegenden Angehörigen haben für einen Engen begrenzten Zeitraum geplant „B: Der Arzt, der Hausarzt, der hat gesagt das würde sich wahrscheinlich nur noch um ein bis zwei Wochen handeln. Er hat gesagt ihre Mutter wird sehr bald sterben.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). Eine abweichende Vorstellung von der Dauer des Sterbeprozesses ist für die Töchter aufgrund fehlender medizinisches Fachwissens unvorstellbar.

Dass das schaffen wir auf Dauer nicht (...)Die Schwester von dem Palliativ Pflegedienst schaut jetzt nach einem Seniorenpflegeheim, das sich auf Palliativpatienten ausgerichtet hat. Im Hospiz sind wir angemeldet,

Aufgrund der komplexen hochaufwändigen Pflege sind die Töchter nicht in der Lage, die Versorgung im häuslichen Umfeld zu organisieren und sicher zu stellen. Sie stimmen einer Übersiedlung in ein Hospiz zu.

das ist aktuell kein Platz frei. Wenn sie die ganze Nacht alleine am Bett ihrer Mutter sitzen (...) seufzen (beklommen) die so schwer eingeschränkt ist und stirbt seufzen (beklommen) (unv.) da ist das eben anders als man sich das vorher ausmalen kann, weil es viele Dinge gibt, die man sich nicht so vorstellt. lange Pause Vielleicht sollte den Angehörigen in so einer Situation besser und ehrlicher erklärt werden was auf sie zukommt, wenn sie ihre Eltern mit nach Hause nehmen. Wie schwer das ist auch mit / mit Unterstützung von Pflegediensten, weil letztendlich bleibt die Pflege der Mama doch größtenteils an uns hängen. Wir hätten gedacht wir hätten mehr Unterstützung. (...) Wir machen es so gut es geht.

#00:15:24-5#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:15:30-6#

B: Nein ich möchte nichts mehr sagen.

Kommentar

Für die Angehörigen war der krisenhafte Verlauf nicht vorhersehbar. Die hohe Bereitschaft die Pflege der Mutter im vermeintlichen Sterbeprozess im häuslichen Umfeld durchzuführen, entwickelt sich zu einer emotionalen und körperlichen Belastungssituation mit Folgen für die gesamte Familie. Keiner der bis zu der krisenhaften Zuspitzung involvierten professionellen Akteure hat den pflegenden Angehörigen die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt.

Die fehlende Wahrnehmung von Defiziten in der häuslichen Versorgungssituation beziehungsweise die passive Haltung der professionellen "Schnittstellen" führt zu einer instabilen Versorgungssituation der Patientin, sowie zu einer extremen emotionalen Belastungssituation für die „Das das schaffen wir auf Dauer nicht“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) und gesundheitlichen Schäden „Meine Schwester hatte vorher schon Probleme mit ihrem Rücken. Sie muss jetzt zur Krankengymnastik, weil sie es immer am Ischias hat.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6), „ich kann nicht mehr schlafen.“ (Interv. Nr. 8_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6).

Es ist davon auszugehen, dass der Einsatz eines Case Managements möglicherweise den Verlauf der Betreuungssituation im Sinne der Versorgungskontinuität und der Versorgungsintegration besser gesteuert hätte.

Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege

I: Ich fange dann mal an mit dem Interview. Versetzen Sie sich bitte einmal zurück zu dem Zeitpunkt als Sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:15-8#

B: Der (...) Schlaganfall war sehr schwer (...). E hat mich (...) hart getroffen (...) so (...) so (...) lange Pause C (lange Pause) (seufzen) (beklommen) (unv., #00:03:15-7#) ich ihhh so iii dachte jetzt stereerbe (...) ich. liih so / so ich (...) dachte (...) es ist alles vorbei. (lange Pause) (seufzen) (beklommen)

Existenzielle Erfahrung. Todesangst

C/ iihh wollte so (...) so allein lange Pause zum Klo lange Pause iihh (...) ich dachte jetzt is sooo (...) vorbei. #00:06:35-7#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung im Krankenhaus? Was fühlten Sie dabei? #00:06:41-8#

B: (lange Pause) sooo (...) so als iihhh im Roollstuhl sitze konnte (...) ähm mach / maache ich (...) so (...) so alle Übungen (unv.) (unv., #00:07:37-5#) mit. l(ange Pause) liihh mit (...) mit / mit dem Rooler (unv.) gehen kkon (unv.)

Broca Aphasie Telegrammstil mit kurzen ein- und Zweiwortsätzen. Möchte die Selbstbestimmung durch starke Beteiligung an der Therapie verbessern

dachte iihh ich so (...) so (...) so ich will (...) kein (unv., #00:12:30-5#) sei (seufzen) (beklommen). Meine gute (...) gute (...) gute Fraau so (...) gibt mir Kraaft so (...) so (...) Lebenswille (...). Siie kümmerge sich so (...) so um lange Pause Papier (...) mit so (...) ((husten)) ((husten)) ((Singultus)) ((Singultus)) (lange Pause

Stimmlage hochemotional "meine gute, gute, Frau" "gibt mir Kraft und Lebenswillen" "Sie kümmert sich so"

) den ((Aufstoßen Geräuschvoll)) den Ärzten ((Singultus)). #00:10:20-9#

I: Lassen Sie sich bitte Zeit. Wir machen eine Pause. #00:10:20-9#

B: (lange Pause) ((Singultus)) ((Aufstoßen Geräuschvoll)) (seufzen) (beklommen) seufzen (beklommen) #00:10:35-8#

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar. Was hat Ihnen geholfen die Situation zu bewältigen? #00:10:39-9#

B: In so (...) der Reeha (...) ging dann viel viel (...) schnell. lih habe so (...) so (...) alles immer / immer mitmache (...) ((Husten)) ((scharfes Einatmen)) ich kann kann so (...) so mit Stocken gehen (...) so (...) so (...) hat miir gehoolfen das / das ich so (...) so kein Windelkaacker.

Windelkacker- erleben von Abhängigkeit /Unterstützung brauchen bei der Ausscheidung Verlust von Würde und Selbstständigkeit

Da so (...) so (...) „hat die Reeeha viel gehoolfen“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 8) (...) un meine Fraau(...). #00:13:09-5#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:13:12-0#

B: (seufzen) (beklommen) scharfes Einatmen diee (...) so (...) so iihhh bin (...) alle Ärzte (...) so (...) so sehr dankbar (...) das iihh nicht (...) sterben muss pso (...) so kein Wiindelkk (unv.)

Das Empfinden von Abhängigkeit (Unterstützung bei der Ausscheidung) wird mit dem Sterben in einem Satz genannt. Ich bin so dankbar, dass ich nicht sterben muss und kein so Windelkacker...

(...) dass ich (...) so (...) so zu Haause wohne kann. lange Pause seufzen (beklommen) #00:14:54-8#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:14:54-4#

B: so (...) so (...) aalle (...) haben so (...) so viiel geholfe Singultus husten (...) daanke (unv., #00:15:30-9#)

Kommentar

B zeigt die typischen Symptome einer Broca Aphasie. Das Sprachverständnis ist gut erhalten. B bricht häufig im Gespräch ab und macht viele Pausen. Das Sprechen fällt ihm schwer und ist sehr anstrengend.

Auffallend ist der kontinuierliche wache und klare Blickkontakt während des gesamten Interviews.

B erlebt die Aufnahme auf der Stroke Unit im Rahmen des Schlaganfalls als existentielle Krise „hat mich (...) hart getroffen (...) so (...) so (...) lange Pause ich (...) wusste nicht mehr wo oben und (...) unten sein konnte. (...) seufzen (beklommen) so (...) so (...) mir (...) war schlecht (...) so so übel“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 2). Durstgefühl, Übelkeit und die Unfähigkeit zu kommunizieren versetzen ihn in eine absolut hilflose Lage „ich hatte Durst so so mein Muuund waaar soo trocken so das trinken lief ähm aus so meinen Lippen so so / ich (...) war (unv.) durschtig. lange Pause seufzen (beklommen)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 2)

B berichtet mehrfach über das Empfinden von Todesangst „ich ihhh so iii dachte jetzt stereerbe (...) ich. liih so / so so ich (...) dachte (...) es ist alles vorbei. lange Pause seufzen (beklommen)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 2), „ich dachte jetzt is sooo (...) vorbei. #00:06:35-7#“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 2), „Ich konnte nicht mehr sprechen“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 2)

B erzählt von seinen erfolgreichen Anstrengungen seine Mobilität zurückzuerlangen. Er arbeitet konsequent mit den Therapeuten zusammen „Ich konnte nicht mehr sprechen“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 2), „: lange Pause sooo (...) so als iihhh im Roollstuhl sitze konnte

(...) ähm mach / maache ich (...) so (...) so alle Übungen (unv.) (unv., #00:07:37-5#) mit. lange Pause lihh mit (...) mit / mit dem Rooller (unv.) gehen kkon (unv.)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 4), „lih habe so (...) so (...) alles immer / immer mitmache (...) husten scharfes Einatmen ich konn kann so (...) so mit Stocken gehen (...)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 8)

Die hohe Motivation erreicht er mittels seiner Ressource "Ehefrau" „Meine gute (...) gute (...) gute Fraau so (...) gibt mir Kraaft so (...) so (...) Lebenswille (...).Siie kümmere sich so (...) so um lange Pause Papier (...) mit so (...) husten husten Singultus Singultus lange Pause“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 4),

B klagt nicht über Verluste in seinen Fähigkeiten. Er adaptiert sich sehr rasch an die neue Lebenssituation mit eingeschränkten Fähigkeiten. Im Fokus steht für ihn das Leben zu Hause mit seiner Ehepartnerin „(...) dass ich (...) so (...) so zu Haause wohne kann. lange Pause seufzen (bekommen) #00:14:54-8#“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 10), „B: so (...) so (...) aalle (...) haben so (...) so viiel geholfte Singultus husten (...) daanke (unv., #00:15:30-9#)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 12)

Das subjektive Erleben einer drohenden Inkontinenz durch den Verlust von Mobilität stellt das bestehende Lebenskonzept von einem guten gelingenden Leben in Frage. Er setzt den Verlust von Kontinenz mit dem Sterbeprozess gleich. Gleichzeitig depersonalisiert er sich sprachlich (in einem Szenario der Inkontinenz) in dem er sich zum Objekt abwertet „das ich so (...) so kein Windelkaacker.“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 8), „so sehr dankbar (...) das iihh nicht (...) steerben muss pso (...) so kein Wiindelkk (unv.)“ (Interv. Nr. 9_m Entl. häusliche Pflege, Absatz 10).

Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf

I: Okay ich habe das Mikrofon eingeschaltet. Das Aufnahmegerät / ich fange mit dem Interview an. Versetzen Sie sich bitte einmal zu dem Zeitpunkt zurück als Sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:16-7#

B: hm das kam alles sehr überraschend für mich. (...) Ich war bei meinem / meinem Orthopäden hm, weil ich Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Arm hatte. Der Arm war ein bisschen wie so eingeschlafen. Einen richtigen Schock bekam ich als der Orthopäde der Dr. F. sagte ich hätte vermutlich einen Schlaganfall erlitten und er würde mich sofort in eine Spezialklinik einweisen. Dann wurde ich mit dem Krankenwagen in das Krankenhaus in N. gebracht. Die Sanitäter waren sehr nett. Dort kam ich zuerst in die Notaufnahme. Die Ärztin hat mich untersucht. Die Ärztin war sehr freundlich zu mir. Sie hat ein Röntgenbild vom Kopf, so ein CT gemacht und ähm (...) hat mir gesagt, dass sie jetzt sofort nichts Auffälliges im CT gesehen hat. Aber wegen dem Arm möchte Sie mich auf der Schlaganfallstation aufnehmen. hm (bejahend) dem habe ich zugestimmt. Ich fand das alles sehr befremdlich, weil ich ja noch sehr jung bin. Ich musste mit meiner Familie telefonieren und zu Hause alles organisieren / wer die Kinder betreut. Mein Mann musste sich Urlaub nehmen. Er war sehr erschrocken und Durcheinander. Irgendwie / ich wollte das ja nicht glauben, dass ich einen Schlaganfall habe.

Die Diagnose Schlaganfall ist für B akut nicht zu verarbeiten. Als Verdrängungsmechanismus wird eine Fehldiagnose

angenommen.

(...) Ich ging davon aus, dass es sich um eine Fehldiagnose handelt. Dann kurz darauf / einige Tage später wurde wieder ein CT zur Kontrolle gemacht und da hat sich der Schlaganfall bestätigt. Ich (...) ähm habe Glück, dass ich keine großen Beeinträchtigungen habe. Ich habe große Angst einen neuen Schlaganfall zu erleiden. Insgesamt war der Klinikaufenthalt auch ziemlich kurz. #00:02:33-1#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten sie dabei? #00:02:38-3#

B: hm Die Vorbereitung auf die Entlassung war sehr gut. Die Ärzte haben mir alles erklärt. Die Sozialarbeiterin kam zu mir und wollte eine berufliche Reha für mich in die Wege leiten. (...)

B steht mitten im Erwerbsleben. Richtig ist der Ansatz die Erwerbsfähigkeit im Hinblick auf bestehende Defizite zu prüfen und anzupassen.

Das habe ich aber abgelehnt / weil ich an sich (...) ja so gar keine Ausfälle habe. Ich habe keine Symptome mehr. Das Taubheitsgefühl im Arm ist rückläufig (...). Von daher hat mich das insgesamt sehr verunsichert. So dass ich plötzlich ein kranker Mensch sein sollte. (lange Pause)
#00:03:40-2#

Fragen und Zweifel in Bezug auf das Selbstbild, das Selbstwertgefühl

I: Wer oder was hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt? Was hat Ihnen gutgetan? #00:03:43-8#

B: hm (bejahend) In erster Linie hat mich mein Ehemann unterstützt. schluckt da wusste ich das zu Hause alles läuft und die Kinder gut versorgt sind. Er hält mir den Rücken frei. Auch meine Schwiegereltern (...) ((schluckt)) „Die Ärzte haben mir alles erklärt. Die Sozialarbeiterin kam zu mir und wollte eine berufliche Reha für mich in die Wege leiten. (...)“ (Interv. Nr. 10_w Entl. kein Pflegebedarf, Absatz 4) Ich habe im Krankenhaus alle Medikamente und Bescheinigungen erhalten. Ich hatte alles was ich brauche. Die Ärztin hat mich informiert, wann ich zum Hausarzt muss, welche Untersuchungen bei Fachärzten noch stattfinden müssten. Das stand auch alles in dem Arztbrief, den ich gelesen habe. Ich war gut aufgestellt.
#00:04:29-6#

I: Was würden Sie sagen, stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen diese Situation zu bewältigen? #00:04:34-5#

B: Eine große Herausforderung war die Angst, dass (...) (seufzen) (beklommen) nun ja, wenn alle Ärzte und Schwestern ihnen sagen, dass sie krank sind und einen Schlaganfall hatten, und sie merken einige Tage später nichts mehr davon (...) den eingeschlafenen Arm hatte ich bereits öfter in der Nacht, wenn ich zu lange am PC gearbeitet habe. Da bekommen sie schon Angst, ob sie ihren Beruf wieder aufnehmen zu können. Ich hatte große Angst nicht mehr leistungsfähig zu sein oder Probleme am Arbeitsplatz zu bekommen. Ich bin Abteilungsleiterin einer großen Personalabteilung. Ich stehe unter Druck und bin hohem Stress ausgesetzt. (...) und konnte mir nicht vorstellen was in einer Reha / in einer beruflichen Reha / einer Anschlussheilbehandlung gemacht wird. ((schluckt)) Ich hatte Angst, wenn ich danach anfangen zu Arbeiten das dicke Erwärmen

kommt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können hierbei unterstützen, um beispielsweise den Arbeitsplatz anzupassen.

Andererseits wollte ich den Krankenhausaufenthalt und die Reha Maßnahme so kurz wie möglich halten. ((scharfes Einatmen)) Wir haben ein großes Haus gebaut, wir sind auf mein Gehalt angewiesen. Ich bin der Hauptverdiener mein Mann arbeitet in Teilzeit als selbständiger Musiklehrer und ähm, wenn ich allzu lange / irgendwann ist das mit der Lohnfortzahlung mit dem Krankengeld (seufzen) (beklommen) geht das dann ja auch nicht mehr. Da macht man sich schon Gedanken auch wie man sich für die Zukunft aufgestellt hat. Ob man alles richtig gemacht hat. (lange Pause

B stellt das bisherige Lebenskonzept in Frage

) Ich habe mit meinem Chef telefoniert. Der hat mir empfohlen eine Wiedereingliederung also zuerst eine Reha und dann eine Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell zu starten und nach vielen Diskussionen werde ich mich darauf einlassen und werde zuerst diese Rehabilitation antreten / diese Anschlussheilbehandlung, um danach im Stufenmodell in den Beruf wieder einzusteigen.

Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz nach längeren Krankheitsphasen während des Bezugs von Krankengeld.

Auch wenn ich mich Immonet leistungsfähig fühle und nicht das Gefühl habe, das da irgendwelche Einschränkungen auf mich zukommen. Eine Restunsicherheit beleibt. (lange Pause) #00:06:56-3#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:06:58-7#

B: ((scharfes Einatmen)) Ich war sehr zufrieden mit der Behandlung und dem Behandlungsteam. Es war eine sehr vertrauensvolle angenehme Atmosphäre. Alle waren sehr offen. Ich konnte jeden ansprechen. Ich wurde immer sehr gut informiert. Es hat auch niemand versucht mich zu etwas zu überreden das ich nicht möchte. (...) insgesamt bin ich froh, dass ich bisher ähm so aus dieser Erkrankung herauskomme und alles Weitere wird sich in der Zukunft zeigen. #00:07:38-0#

I: Vielen Dank.

Kommentar

Der Schlaganfall hat individuelle Folgen für die Betroffene. Auf den ersten Blick scheint B ohne schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen entlassen worden zu sein. Von außen nicht erkennbar sind die psychischen Folgen ausgelöst durch das Trauma Schlaganfall. Für B sind die zentralen Fragen das bisherige Lebenskonzept, der nicht auszuschließende 2. Schlaganfall, das Selbstwertgefühl und die Akzeptanz der Erkrankung.

Nach dem kritischen Ereignis unterscheidet sich B. durch den erlittenen Schlaganfall von der "Norm". Besonders nach Schlaganfällen ist die Gefahr einer Stigmatisierung durch das Umfeld hoch. Dem Schlaganfall werden immer bleibende kognitive Defizite zugesprochen. Im Vergleich hierzu ist ein Herzinfarkt oder ein Unfall eine aus Gesellschaftlicher Sicht werden als "normale Erkrankung" war genommen.

Es taucht die Frage auf hier eine enge psychologische Begleitung unterstützen kann.

Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege

I: Versetzen Sie sich bitte noch einmal zurück zu dem Zeitpunkt, als Sie auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurden. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:10-3#

B: Also ich kann mich an alles anpassen. (...) Ich bin jetzt 85 Jahre alt und ich habe 3 Berufe gelernt. (...) Ich habe früher bei Saarstahl gelernt habe dann auf der "Eisenhütte „in Neunkirchen gearbeitet / (unv.) und habe drei Pleiten Firmen miterlebt. Da muss man immer wieder neu von vorne anfangen.

Fähigkeit sich an neue Situationen anzupassen

((lacht)) ((lacht)) (...) ((lacht)) (...) ((lacht)) Da habe ich schon einiges mitgemacht und es kommt immer etwas neues. lange Pause

Zurückgreifen auf Ressourcen, um existenzielle Situationen bewältigen zu können

Da die Schwestern sind nett. (...) Aber ich wusste gar nicht / was ich da soll und wann ich wieder nach Hause kann. (seufzen) (beklommen) da muss ich mich mit meiner Frau unterhalten. (unv., #00:01:16-4#)

Fehlende Fähigkeit sich an die neue Situation anzupassen. B ist sich darüber bewusst, verlässt sich auf seine Frau, die ihm das alles erklären wird.

hm (bejahend) auf der Hütte habe ich gearbeitet und Stahl gekocht habe ich. Da haben wir ganz lange hier in Neunkirchen gewohnt und die Kinder sind auch hier groß geworden. #00:01:34-8#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten Sie dabei? #00:01:36-6#

B: (lange Pause) Daheim muss ich mich um den Garten kümmern und um meine Frau und meine Kinder. (seufzen) (beklommen) Also die Kinder kommen jetzt nicht mehr so oft aber die Enkelkinder husten. Meine Frau, die muss mit dem großen Garten ja ganz viel alleine machen. (...) Ich war nicht lange dort im Krankenhaus und jetzt gehe ich wieder zu meinem Doktor zum Doktor M. da bin ich ja schon lange in Behandlung und dann muss man mal schauen ja, wie es weitergeht. (...) #00:02:28-4#

I: Wer oder was hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt? Was hat ihnen gutgetan? Können Sie mir davon erzählen? #00:02:32-9#

B:(lange Pause) Die Familie, die Familie ist immer das einzige, wo drauf du dich verlassen kannst. Da haben wir auch immer großen Wert daraufgelegt. Wir hatten ja eine große Familie in Neunkirchen. Und da muss immer einer für den Anderen da sein. lange Pause Auf andere Leute brauchst du dich gar nicht zu verlassen. Das wird nichts / in der Regel und Blut ist dicker wie Wasser. husten und wenn es drauf ankommt, dann hilft dir nur deine Familie. Meine Frau und ich wir wursteln so vor uns hin. Die Tochter die hilft noch ein bisschen im Haushalt. (...) #00:03:38-1#

Tiefes Vertrauen in die Ressource Familie

I: Was würden Sie sagen stellte eine große Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen die Situation zu bewältigen? #00:03:39-2#

B: (unv., #00:03:42-3#) lange Pause scharfes Einatmen also als die Hütte zugemacht hat. Da bin ich arbeitslos geworden und da war ich noch jung und wir hatten neu gebaut. Da habe ich müssen einen ganz anderen Beruf lernen. ((scharfes Einatmen)) Das war für mich damals / damals habe ich gemeint die Welt geht unter. Aber das ist ja nicht so, es geht ja immer irgendwie weiter ((lacht)).

Ressource Bewältigung von kritischen Situationen und Herausforderungen

Und dann / dann ist ja später die andere Firma auch pleitegegangen und da musste ich noch einmal von vorne anfangen.

Ressource sich nicht entmutigen lassen

Aber da habe ich ja schon gewusst das da ist dir ja schon mal passiert und da kommt man auch irgendwie durch. Wir haben ja keine großen Ansprüche (...) #00:04:34-4#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:04:38-5#

B: oooooh Zögerungslaut scharfes Einatmen War eigentlich alles in Ordnung soweit. lange Pause Ja was soll ich sagen. Man will ja nicht rummeckern. ((scharfes Einatmen)) (...)

B. zeigt sich insgesamt zufrieden mit dem Entlassungsregime. Der Nachsatz „Ja was soll ich sagen. Man will ja nicht rummeckern.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10) lässt Rückschlüsse auf einen nicht näher benannten Optimierungsbedarf zu. Darauf deutet auch die Aussage „War eigentlich alles in Ordnung soweit.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 10). "Eigentlich" verstärkt oder relativiert in Sätzen Anteilnahme oder Vorwürfe.

Kommentar

B zeigt Anzeichen für eine demenzielle Erkrankung. Die Diagnose wird durch den Minimal-Mental Status Test (MMST) bestätigt. Der Aufenthalt auf der Stroke Unit belastet ihn. er weiß nicht, wo er ist und was in seiner Umgebung vor sich geht „Aber ich wusste gar nicht / was ich da soll und wann ich wieder nach Hause kann.“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Die Ressource "Ehepartnerin" ist die Hauptressource auf, die sich B in allen Situationen verlässt. Auf den ersten Blick ist das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung nicht direkt erkennbar. B kann keine Angaben zu seinem Krankheitsbild machen oder einen Bezug zwischen der Erkrankung und dem Aufenthalt auf der Stroke Unit herstellen. Auf Fragen umschreibt er die Antwort mit einer für ihn möglichst großen Offenheit „: Also ich kann mich an alles anpassen. (...)“ (Interv. Nr. 11_m Entl. häusl. Pflege, Absatz 2).

Die Ehefrau ist bei der Durchführung des Interviews anwesend. Im Nachgespräch auf dem Weg zur Haustüre beschreibt sie, wie sie B die komplette Tagesstruktur vorgibt. Das Ehepaar wird durch die Tochter und eine Haushaltshilfe unterstützt. Die Ehefrau gibt an sie habe große Angst selbst zu erkranken- ihr ist bewusst das B ohne ihre Unterstützung nicht im häuslichen Umfeld leben kann.

Während des Klinikaufenthaltes war sie einen Großteil des Tages Anwesend. Sie befürchtet Verhaltensauffälligkeiten und die Gefahr eines Sturzes, wenn sie B. nicht kontinuierlich unterstützt. Dem Pflegepersonal traut sie nicht zu, diese Aufgabe adäquat auszuüben. Ihr ist bewusst, dass B in allen Bereichen der Aktivitäten und bei der Selbstpflege auf ihren Input angewiesen ist.

Interv. Nr. 12_w Entl. stat. Pflege (betreutes Wohnen)

I: Das Band läuft mit. Versetzen Sie sich bitte noch einmal in den Zeitpunkt, als Ihr Schwiegervater auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurde. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:13-5#

B: Ja das war an Weihnachten, ich kann mich noch sehr gut daran erinnern. Der (...) der Schwiegervater beziehungsweise der Großvater der hat im letzten Viertel Jahr schon so einiges hinter sich. Seine Frau ist gestorben (...) er ist schon 87 Jahre und chronisch krank. Er nimmt eine Dauerchemotherapie und ähm hört sehr schlecht. Er hat im letzten halben Jahr schon sehr abgebaut. Allerdings an Weihnachten ist und aufgefallen, dass er ein Buch gelesen hat und darin geblättert hat und dann hat mein Mann festgestellt, dass er das Buch falsch herum in der Hand hält. Er war auch gar nicht richtig aufmerksam und ansprechbar für uns und die Kinder. Er hat nicht wie üblich am Familienleben teilgenommen. Es sah aus als versuche er sich mit irgendetwas zu beschäftigen und wusste aber nicht was er da macht. (lange Pause) Daraufhin habe ich Ihm / ich bin Krankenschwester, den Blutdruck gemessen, der war 240 zu 140 und dann habe ich gleich den Notarzt gerufen. Also mein Mann hat den Notarzt angerufen. (seufzen) (beklommen) Ja dann wurde der H. in N. auf der Schlaganfallstation aufgenommen, bekam Medikamente zum Blutdruck senken und ähm bekam ein CT, wurde am Monitor überwacht (...), dass erst mal der Blutdruck noch mal (...) in Ruhe kommt. Wir hatten das Gefühl, dass er dort sehr gut aufgehoben ist. Er war auch etwas durcheinander, das hat sich in den ersten Tagen dort gelegt. (...) #00:02:14-0#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten Sie dabei? #00:02:18-4#

B: (lange Pause) (unv.) Wir hatten uns vor der Entlassung zusammen mit dem Schwiegervater vorher schon einmal unterhalten. Er wohnt alleine

(...) auf dem Scheiter Berg in diesem riesengroßen Haus und jetzt ohne somit den ganzen Möbeln und allem alles was ihn an seine Frau erinnert / und hatten vorher schon einmal mit ihm gesprochen, ob er nicht in die Stadt ziehen soll. Er ist gerne aktiv unterwegs. Er hört gerne klassische Musik, er geht gerne viel ins Konzert und in das Theater und ähm das kann er von dort aus nicht. Er ist abhängig er sieht auch sehr schlecht / er leidet an einer Makuladegeneration. Deshalb hatten wir vorher schon einmal mit ihm gesprochen, ob er sich nicht ein Apartment in der Stadt sucht oder irgendwo in der Stadt im betreuten Wohnen. scharfes Einatmen (seufzen) (beklommen) Deshalb hielten wir das jetzt für den richtigen Zeitpunkt diese Idee in die Tat umzusetzen. Auf fremde Hilfe sind wir nicht angewiesen. Als Krankenschwester weiß ich was da zu tun ist und habe auch sehr viele Kontakte. Trotzdem war es extrem schwierig überhaupt einen Platz zu finden. In die Kurzzeitpflege wollten wir ihn eigentlich nicht bringen. Weil wir Angst haben, wenn er zu oft den Ort wechselt, dass er dann durcheinander wird und haben ihn dann übergangsweise zu uns nach Hause aufgenommen. hm (bejahend) wir haben dann ähm die Sozialarbeiterin hatte uns ihre Unterstützung angeboten. Wir ähm haben letztendlich für ihn ein zwei Zimmer Apartment gefunden in Saarbrücken im L. das ist bei uns um die Ecke. Da ist er umgezogen mit unserer Hilfe. Das ist für ihn eine sehr gangbare Lösung. Er ist nicht mehr so isoliert, er bekommt sein Mittagessen, er kann spazieren gehen, er kann in die Stadt gehen, er kann uns kurzfristig besuchen wir sind in 15 min zu Fuß dorthin gelaufen. So dass wir uns letztendlich im Rahmen dieser Entlassung sehr sicher fühlten, weil wir im Prinzip wussten, was wir wollten und was wir tun mussten. (...) #00:05:10-5#

I: Wer oder was hat Sie bei der Entlassung aus dem Krankenhaus besonders unterstützt? #00:05:15-8#

B: Die Beratung durch die eigene Familie. Die Schwester von meinem Mann ist Internistin mein (...) mein Mann / das ist die zweite Ehe, die erste Frau ist an Krebs verstorben, der kennt sich mit diesen ganzen Geschichten mit häuslicher Pflege auch sehr gut aus und die haben sich untereinander besprochen. Ich bin im Saarland gut vernetzt / hat mich dieses Netzwerk von Freunden und Bekannten, die auch im Gesundheitswesen tätig sind, sehr gut unterstützt da eine Lösung zu finden. #00:06:01-5#

I: Was würden Sie sagen stellte eine große Herausforderung dar? Was hat Ihnen geholfen diese Situation zu bewältigen? #00:06:05-3#

B: Ich glaube für uns alle und für den Schwiegervater war die größte Herausforderung, sich von dem bestehenden Haushalt zu trennen. Von einem großen Haus mit vielen Dingen und vielen Erinnerungen abzuwägen was man mitnimmt in den letzten Lebensabschnitt von einem 220 Quadratmeter Haus in ein zwei Zimmer Appartement. Für meinen Schwiegervater bestand die größte Herausforderung tatsächlich ähm seine Musikanlage. Er hört ja sehr schlecht, er konnte dort in S, in dem großen Haus die Musik laut hören.

Coping- die Fähigkeit haben mit Verlusten umzugehen, hier die Trennung von lieb gewonnenen vertrauten Gegenständen aus dem gemeinsamen Haushalt die in engem Bezug zur eigenen Biografie stehen. Die Fähigkeit haben Gewohnheiten an die Veränderte Situation anzupassen wie das Hören von Musik über die Kopfhörer.

Jetzt haben wir ihm für das Heim eine neue Stereoanlage gekauft die kleiner ist und mit einem Kopfhörer- System. lange Pause Eine weitere Herausforderung bestand darin, er wollte unheimlich viele Sachen verschenken, die für ihn einen sehr hohen Wert hatten, die er aber / die andere nicht wertschätzen / die keiner mehr haben wollte oder die man auch nicht verkaufen kann. Er hat immer gesagt das kann ich doch nicht alles wegwerfen. (seufzen) (beklommen) (...) Wir haben es dann so geregelt, dass er Dinge mitnimmt / für einen Teil habe ich mir die Mühe gemacht

und Dinge auf Ebay mit ihm zusammen verkauft. Den Rest haben wir stehenlassen und haben entschieden, dass eine Firma die Sachen ausräumt und entsorgt. Ein Teil hat die Familie noch mitgenommen. Die Tochter hat noch ein paar Sachen mitgenommen aber das meiste und das war für den H. das diese Sachen für andere überhaupt keinen Wert darstellen. #00:08:15-7#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben?
#00:08:18-8#

B: Verbesserungsvorschläge hätte ich sehr viele. Aber die / keine konkreten jetzt für die Krankenhausentlassung, das sind Schwierigkeiten, die aus dem System Krankenhaus aktuell entstehen, die uns so ein paar Vorgänge schwierig gemacht haben. Was Terminabsprachen angeht, was nachfolgende Behandlungen angeht, bis man Rezepte und Termine hatte. Aber wir sind relativ gut aufgestellt und können uns sehr gut selbst helfen. #00:08:59-7#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:09:00-2#

B:(lange Pause) Nein ich danke Ihnen für Ihr Interesse.

Kommentar

B berichtet über den Entlassungsprozess ohne Bedarf an externer Unterstützung. Die Familie hat sich vor dem Krankenhausaufenthalt bereits Gedanken über die aktuelle Versorgungssituation von H. gemacht. Die Bedarfe wurden innerhalb der Familie erhobene Lösungsansätze gesucht und in die Umsetzung gebracht.

Ressource stellten hier eine innige vertrauensvolle Beziehung zu dem pflegebedürftigen H.; die hohe pflegerische und ärztliche Expertise in der Familie, die Möglichkeiten auf ein differenziertes Netzwerk im Gesundheitswesen in der Region und finanzielle Ressourcen zurückgreifen zu können.

Die Situation stellt sicherlich eine positive Ausnahmesituation dar.

Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege

I: So das Mikrofon ist eingeschaltet. Ich beginne mit dem Interview. Versetzen Sie sich bitte einmal zurück zu dem Zeitpunkt, als Ihr Vater auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurde. Erzählen Sie mir, wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:15-6#

B: Als ich darüber informiert wurde, dass mein Vater auf der Schlaganfallstation liegt, war er schon ein paar Tage dort. Sie müssen wissen, wir haben keinen besonders guten Kontakt zueinander. Seit meine Mutter gestorben ist haben meine Schwester und ich fast keinen Kontakt mehr zu ihm. Das Verhältnis war nicht immer das Beste. Meine Schwester lebt weiter weg (...) in der Nähe von München so dass es wohl auch meine Pflicht ist sich um unseren Papa zu kümmern. (...) Ich war erschrocken, er hatte sehr stark abgebaut (...) mein Vater war immer ein sehr starker

beherrschender Mann (...) und ihn so abgemagert und hilflos im Bett zu sehen hat mir schon weh getan und ich glaube er hat mich auch mit meiner Mutter verwechselt. Das war sehr schlimm und er hat auch immer "mein Liebes" zu mir gesagt / das hat er früher nicht gesagt also ich war emotional schon tief erschüttert. #00:01:38-3#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus? Was fühlten Sie dabei? #00:01:43-1#

B: Der Arzt kam sehr schnell zur Sache ähm er hat gemeint ich soll mich darum kümmern er könne sich nicht vorstellen, dass mein Vater mit dem gelähmten linken Bein sich noch selbst versorgen könne, er habe auch Vorerkrankungen- er ist Diabetiker und dialysepflichtig, die Versorgung zu Hause hat offensichtlich eher schlecht als recht funktioniert. Er hat gemeint, dass eine Selbstversorgung zu Hause auf Dauer nicht mehr in Frage käme. Ich möchte mich bitte darum kümmern, dass man einen Heimplatz findet. (seufzen) (beklommen) oder ich solle die Versorgung sicherstellen. lange Pause ähm (...) Es ist sehr schwierig für einen anderen Menschen Entscheidungen zu treffen der derzeit in einer Situation ist, in der er verwirrt ist und selbst keine Wünsche äußern oder Entscheidungen treffen kann. Zu dem man kein gutes Verhältnis hat. Ich habe einen Termin bei der Sozialarbeiterin im Krankenhaus gemacht. Die hat mir genau erklärt was ich tun muss, dass ich bei der Betreuungsbehörde einen Antrag stellen muss ähm für einen / um die Betreuung einzuleiten damit ich den Haushalt auflösen kann. Dann habe ich mich auf die Suche nach einem Heimplatz gemacht. (seufzen) (beklommen) habe dort mit verschiedenen Heimleitungen gesprochen. Problematisch war, dass noch gar nicht klar war wie der Papa / in welchem Zustand er sein wird. Ob ein Wohnen im betreuten Wohnen möglich ist. Akut in dem Fall sah es aus, als ob es auf eine Vollpflege-Bedürftigkeit hinausläuft. (...)

Differenzierte Einschätzung des Pflegebedarfes durch die Pflegekräfte hätte erfolgen sollen. B kann diese Einschätzung nicht durchführen.

Die Sozialarbeiterin hat den Pflegeantrag und diese ganzen Sachen für den Papa gestellt und (...) so langsam hat sich der Zustand gebessert. (lange Pause) Das Krankenhaus hat eine Reha Antrag gestellt (...) danach ist der Papa / er konnte inzwischen im Rollstuhl sitzen. (...) nach Blieskastel in die Reha überführt worden. Das war dort sehr schlecht organisiert. Die waren über seine Vorerkrankungen nicht so gut informiert. Er hat ein Zimmer bekommen das nicht Rollstuhlgerecht war und irgendwie hat dort keiner nach ihm gesehen so ob es ihm gut geht. (...) Das war eine Reha für Menschen die sich selbst soweit schon versorgen können.

Defizite in der Vorbereitung in die nachsorgende Versorgungsumgebung.

Er hat sich gleich am ersten Abend auf der Suche nach einer Waschmaschine in dem Gebäudetrakt verlaufen. (...) Es war für ihn ein beängstigendes Erlebnis, er hat erzählt, er war total panisch, bis ihn ein ähm Mitpatient husten, der sich um ihn gekümmert hat, damit er sein Zimmer wieder findet. Irgendwie hatte ich das Gefühl, dass diese Reha-Einrichtung der völlig falsche Ort für ihn ist.

Falsches Setting

Bei einer Laborkontrolle in der Rehaklinik wurde festgestellt, dass die Blutwerte sehr schlecht und viel zu niedrig sind. Er wurde in die Uniklinik verlegt (seufzen) (beklommen) (...) hat dort Blutkonserven bekommen und ist danach wieder in die Rehaklinik zurück

Wiedereinweisung in ein Krankenhaus

. In der letzten Woche in der Rehaklinik / da hat er dann wirklich schon gute Fortschritte gemacht / da kam die Pflegedienstleitung aus dem Pflegeheim in Homburg und die schätzte die Situation neu ein / ne also es sieht so aus er ist nicht vollpflegebedürftig. Sie würde empfehlen, dass sie ihn im betreuten Wohnen aufnimmt, und zwar nicht in dem Heim, dass ich ausgesucht hatte, sondern in einem anderen Heim von der gleichen Gruppe Pro-Senjore dort wären mehr jüngere Männer so um die 60 im Alter meines Vaters damit er dort mehr Gesellschaft hat und mehr am sozialen Leben teilnehmen kann. hm (bejahend)

Einschätzung des Pflegebedarfes und der Versorgungssituation durch die Pflegerische Fachexpertise (Pflegedienstleitung stationäre Pflege)

ja und in der Zwischenzeit musste ich mich um seinen Hund kümmern, einen 13 Jahre alten Golden Retriever, den ich selbst nicht halten kann. (seufzen) (beklommen) den habe ich über eine Tierschutzorganisation in ein neues zu Hause vermittelt. Es war fürchterlich den Hund dort abzugeben und ich wusste genau, dass mein Vater mich dafür hassen würde, wenn er seine Situation einschätzen kann. (lange Pause) #00:06:41-2#

I: Wer oder was hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt? Was hat Ihnen gutgetan? Können Sie mir davon erzählen? #00:06:46-4#

B: In erster Linie so rein technisch die Sozialarbeiterin und ansonsten hat mich mein Partner extrem unterstützt durch diese schwere Zeit. Auch diese ganzen Entscheidungen zu treffen und mit / damit klar zu kommen. (...) #00:07:18-5#

I: Was stellte eine besondere Herausforderung für Sie dar? Was hat Ihnen geholfen die Situation zu bewältigen? #00:07:24-1#

B: Die besondere Herausforderung st (...) war st (...) für stellte für mich dar, wie ich am Anfang schon berichtet habe für jemanden die Verantwortung zu übernehmen ähm der eigentlich gar nicht will das man die Verantwortung für ihn übernimmt, aber ich dachte Fremde Personen würden es dann gar nicht in seinem Sinne entscheiden und würden vermutlich die noch ähm falscheren Entscheidungen treffen als ich sie getroffen habe.

Konflikt für einen anderen Menschen Entscheidungen treffen müssen

seufzen (beklommen) Des Weiteren war die größte / eine Herausforderung war die Wohnung aufzulösen und zu entscheiden was er mitnehmen kann und was nicht. Auch jemanden die komplette Existenzgrundlage so plötzlich eine absolute Macht über jemanden zu haben und alle Entscheidungen zu treffen das (unv.) (...) ist sehr unangenehm

Macht über einen anderen Menschen ausüben, auch wenn da ungewollt ist

und dann auch noch den Hund über den Tierschutz weiterzuvermitteln (...) Das ist schlimm. Das ist echt schlimm. (...) zumal ich genau wusste, dass mein Vater mir das alles als Böswilligkeit auslegen würde. schluckt (...) #00:08:41-4#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:08:40-4#

B: Poahh (...) lange Pause Die Situation ist wie sie ist. (...) dankbar war ich für die klare Ansage des Arztes, die mich zwar im ersten Moment ziemlich geschockt hat, aber im Nachhinein für die weitere Planung und Ausrichtung ähm dies dieser ganzen Vorgehensweise ähm einfach sehr wichtig war. lange Pause Es war der Auftrag und die Rechtfertigung tätig zu werden. (...) #00:09:28-1#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:09:28-9#

B: lange Pause zurückblickend war es gut so wie es war, weil viel später der Papa mal zu mir gesagt hat es gehe ihm im betreuten Wohnen jetzt besser

Coping- die Fähigkeit den Verlust des selbstbestimmten Lebens im eigenen Haushalt retrospektiv der verbesserten Versorgungssituation im betreuten Wohnen gegenüberzustellen und positive Veränderungen zu erkennen.

. Er hat zu Hause noch mit Holz geheizt. Er war sowieso in letzter Zeit nur damit beschäftigt seinen Lebensunterhalt zu sichern mit Einkaufen, Heizen, so dass er keine Zeit mehr hatte mit anderen Menschen Kontakt zu halten. Das kann er jetzt im betreuten Wohnen, weil er sich zumindest um seine Grundversorgung keine Gedanken mehr machen muss und immer andere Menschen um sich hat. #00:10:13-4#

Kommentar

B wurde im Rahmen des Entlassungsmanagements von der Sozialarbeiterin unterstützt. „B: In erster Linie so rein technisch die Sozialarbeiterin“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 6). Hier zeigt sich die organisatorische Lücke im Entlassungsprozess. Die Sozialarbeiterin hat formal - technisch im Rahmen ihres Aufgabenfeldes unterstützt.

Es fehlt die Einschätzung des Versorgungsbedarfs durch die Pflege. Hier zeigen sich die negativen Auswirkungen einer strikten Trennung der Professionen für den Patient:innen und seine Angehörigen.

Die Einschätzung der Pflegedienstleitung ist sehr wichtig, um die physischen und psychischen Bedarfe des Patient:innen zu erheben. „da kam die Pflegedienstleitung aus dem Pflegeheim in Homburg und die schätzte die Situation neu ein / ne also es sieht so aus er ist nicht vollpflegebedürftig. Sie würde empfehlen, dass sie ihn im betreuten Wohnen aufnimmt, und zwar nicht in dem Heim, dass ich ausgesucht hatte, sondern in einem anderen Heim von der gleichen Gruppe Pro-Seniore dort wären mehr jüngere Männer so um die 60 im Alter meines Vaters damit er dort mehr Gesellschaft hat und mehr am sozialen Leben teilnahmen kann. hm (bejahend)“ (Interv. Nr. 13_w Entl. stat. Pflege, Absatz 4)

Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege

I: Frau B. das Mikrofon ist eingeschaltet, ich fange jetzt einfach mit der ersten Frage im Interview an. Versetzen Sie sich bitte einmal zurück in den Zeitpunkt. als Ihre Mutter in der Schlaganfallstation aufgenommen wurde. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:18-0#

B: Die Mama hat mich sehr aufgeregt angerufen und hat gesagt ich muss sofort nach N. kommen. Sie hätte einen Schlaganfall sie liegt dort auf

der Schlaganfallstation. Meine Mama wohnt in E. ähm Sie ist mit dem Notarzt dorthin gekommen und ich soll sofort dorthin kommen und oooooh Zögerungslaut ich ich ich habe gezittert von Kopf bis Fuß (...) ich ich bin ja selbst krank ich habe eine Angststörung und ich weiß auch gar / ja ich habe keinen Führerschein ich weiß ja auch nicht wie ich nach Neunkirchen immer hinkommen soll ähm (...) dann bin ich bin ich mit dem Bus nach Neunkirchen

B ist selbst erkrankt und lebt mit gesundheitlichen Einschränkungen und ist in der Mobilität begrenzt.

(seufzen) (beklommen) und sie war auf der Schlaganfallstation und der Arzt hat gesagt die Mama hat einen Schlaganfall. Sie konnte aber alles Bewegen

sie war nur furchtbar durcheinander und hat viel geredet und hat gar nicht mehr aufgehört und manche Sachen habe ich nicht verstanden. (...) und dann dann war sie dort an denen ganzen / was sie dort angekabelt. An dort an dem Monitor und mit dem Herz und (seufzen) (beklommen) ich habe meine Tochter nicht erreicht. (...) Dann habe ich gesagt sie soll doch jetzt mal den Ball flach halten ich würde mich um alles kümmern. Ich bin zu ihr nach Hause habe ihre Sachen geholt, habe ihren Hund abgeholt und bin dann auch noch mal zu ihr in das Krankenhaus. Da hat sie mich im Halbstundentakt angerufen. Und das halten meine Nerven einfach nicht aus das Halten einfach meine Nerven nicht mehr aus. (...) Das war für mich sehr schwer, weil ich bin ja schon froh, dass ich mit mir selbst klarkomme. (...) Wissen Sie ich war es letzte ganze Jahr war ich schon krankgeschrieben wegen Burnout und ähm ich kann ja auch mich selbst kaum versorgen. Ich habe so einen Schein vom Arzt, dass ich Behördengänge nicht machen kann

Psychische Überforderung. B kann im Bereich Umgang mit Behörden und administrativen Aufgaben nicht für sich selbst sorgen- geschweige denn für die pflegebedürftige Mutter.

n, und und ja (...) ich komme ja auch nirgendwo hin. Ich habe kein Auto, kein Internet ich habe nur ein Telefon und jetzt muss ich mich auch noch um die Mama kümmern. (lange Pause) #00:03:00-5#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung während des Krankenhausaufenthaltes? Was fühlten Sie dabei? #00:03:09-1#

B: ((oooooh Zögerungslaut)) ((scharfes Einatmen)) Die haben mich alle unter Druck gesetzt. Die Ärztin hat gesagt ich muss mich da jetzt um alles kümmern und ich muss mich um die Mama kümmern.

B fühlt sich von der Ärztin stark unter Druck gesetzt. Ein Hilfsangebot über den Sozialdienst erfolgt nicht.

Und ich muss kucken, dass zu Hause alles läuft. Sie hätte einen Reha Antrag gestellt aber die die wie heißt das (...) die Kosten Kostenzusage stand noch nicht und ich habe gesagt ich kann das nicht ich habe doch keinen Führerschein und kein Internet und ich bin doch auch krank. Da hat die gesagt das müssen sie jetzt aber machen, weil das ist ihre Mutter. (seufzen

Ausüben von psychischem Druck durch die Ärztin

) (beklommen). Ich da habe ich gedacht ich kann nicht mehr ich kann nicht mehr. Jetzt muss ich mich da drum auch noch kümmern und alle sagen immer ich muss mich darum kümmern ich muss mich darum kümmern und ich komme doch nirgendwo hin. (...) (lange Pause) Ich habe doch so furchtbar viel Angst (.

Überforderung durch die Situation die Verantwortung für die pflegebedürftige Mutter zu übernehmen

.) und ich weiß gar nicht wie ich das schaffen soll. Und alle sagen immer ich muss das machen. seufzen (beklommen) #00:04:27-2#

I: Wer oder was hat sie bei der Entlassung besonders unterstützt und was hat Ihnen gutgetan? Können Sie davon erzählen? #00:04:30-1#

B: Ich habe doch keinen. Mit meiner Tochter habe ich keinen Kontakt. Dann hat meine Nachbarin, die ist Krankenschwester (...) die hat mir so einen Termin gemacht da bei der Caritas so bei der Sozialunterstützung. seufzen (beklommen) Die haben auch gesagt ich muss nach Ottweiler auf das Sozialamt mich darum kümmern und da muss ich ja / da bin ich ja den ganzen Tag unterwegs und ich ich schaffe ja noch im TEDI Markt. Ich muss ja irgendwann ja auch noch schaffe gehen. (...) ((oooooh Zögerungslaut)) Verstehen Sie? Verstehen Sie das das kann ich ja nicht alleine.

Verzweiflung und Überforderung

(...) Und dann ((Zigarettenzug)) ähm (seufzen)(beklommen) ist die Mama halt mit dem Taxi heimgekommen. Ja ich habe halt keinen und jetzt muss ich mich auch noch um die kümmern. Die hat ihr ganzes Leben nie nach mir gefragt.

Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Mutter werden nicht in den Blick genommen, es werden alte Familien Konflikte in der Argumentation, warum B für die Pflege der Mutter nicht Sorge tragen möchte

(seufzen) (beklommen) (...) Und ich habe doch kein Geld, ich kann mich nicht einfach in ein Taxi hocken und oder so Kurzzeitpflege bezahlen. (...) #00:05:46-4#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie besser unterstützen können? Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns mitgeben? #00:05:50-0#

B: (seufzen) (beklommen) Die hätten sich selbst darum kümmern können, wie das mit der Mama weitergeht. Die hätten mir können helfen, die hätten mir müssen sagen was ich machen soll. Wo wo wo ich die ganzen Anträge stellen muss und (...) ich kann das ja nicht ausfüllen.

Übernahme des Entlassungsprozesses und die Einleitung einer professionellen Betreuung über das Betreuungsgericht

Ich habe doch kein Internet und keine E-Mail. Ich habe ja nur Telefon (...) ich habe noch nicht mal einen Führerschein. Ich kann ja auch kein Auto fahren. Und dann bin ich ja auch immer den ganzen Tag unterwegs ((Zigarettenzug)) (...) und dann ruft die mich laufend an. Dann ruft die mich alle Stunde an ((Zigarettenzug)) und ich weiß überhaupt nicht (...) dann zittere ich von Kopf bis Fuß. Ich schaffe das nicht. Ich schaffe das einfach nicht ((Zigarettenzug)) ((Zigarettenzug)) (...) Dann sagen die immer Sie müssen sich um ihre Mutter kümmern, sie müssen das und das machen. ((Zigarettenzug)) (seufzen) (beklommen). #00:06:54-8#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:06:55-1#

B: ((aahh ungeduldig)) Ich schaffe das einfach nicht, das kann man doch nicht von einem verlangen. (...) Das kann man doch einfach nicht von einem verlangen. Warum muss ich mich dann da immer / was kann denn da passieren, wenn ich sage, wenn ich sage, ich kümmer mich nicht darum, dann kommt die Kripo irgendwann. Wie als mein Vater tot in der Wohnung gelegen hat (...) ((Zigarettenzug))

Rückgriff auf in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen im Kontext der Familie

Kommentar

Das Behandlungsteam erwartet von B. die Bereitschaft zur Übernahme einer Pflegesituation. Weder der Pflegebedarf noch die direkte Versorgungssituation der Mutter werden von B erwähnt. Für B. ist die Pflegesituation hochkomplex und nicht händelbar.

B versucht sich der Situation zu entziehen, wird subjektiv von der Ärztin zur Übernahme der Verantwortung gedrängt und kann sich nicht durchsetzen.

Aus Sicht von I ist B gerade so in der Lage einen eigenen Haushalt zu versorgen und ist selbst auf externe Unterstützung angewiesen „Wissen Sie ich war es letzte ganze Jahr war ich schon krankgeschrieben wegen Burnout und ähm ich kann ja auch mich selbst kaum versorgen. Ich habe so einen Schein vom Arzt, dass ich Behördengänge nicht machen kann“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 2), „Dann hat meine Nachbarin die ist Krankenschwester (...) die hat mir so einen Termin gemacht da bei der Caritas so bei der Sozialunterstützung. seufzen“ (Interv. Nr. 14_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Eine differenziertere Einschätzung der Situation der Tochter (B) hätte sehr schnell dargelegt, dass B weder über die physischen und psychischen Ressourcen, noch über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt um eine stabile Versorgungssituation der Mutter sicher zu stellen. Die Komplexität der Pflegesituation spielt in diesem Falle keine Rolle, B könnte selbst eine Versorgungssituation ohne pflegerische Inhalte nicht händeln.

Im Kontext dieser sozialen Lebenssituation (psychischer Erkrankung der Angehörigen, sozialer Benachteiligung und Armut) stellt die Entlassungsplanung eine besondere Herausforderung dar. Bei B. handelt es sich um eine gesundheitlich beeinträchtigte und problembeladene Angehörige. Es sollte vom Behandlungsteam geprüft werden, ob die Versorgungssituation der Patientin über eine professionelle Berufsbetreuung sichergestellt werden sollte.

Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege

I: So, das Band läuft. Versetzen Sie sich bitte noch einmal in den Zeitpunkt als ihr Mutter auf der Schlaganfallstation aufgenommen wurde. Erzählen Sie mir wie Sie den Aufenthalt erlebt haben? #00:00:13-3#

B: hm (bejahend) Als mein Vater mich angerufen hat, dass meine Mutter auf der Schlaganfallstation liegt bin ich zuerst erschrocken und er hat auch gesagt es sehe sehr ernst Aus. Wir kamen dann auf die Station und dort hat uns der Arzt in Empfang genommen. Er informierte uns darüber, dass der Schlaganfall sehr groß wäre und dass die Mama Probleme mit dem Atmen hätte und wir müssten jetzt entscheiden, ob wir wollen das sie auf die Intensivstation verlegt wird. Man müsse ihr beim Atmen helfen. Der Arzt hat gefragt, ob es eine Patientenverfügung gibt oder ob sich meine Mutter einmal dahingehend geäußert hätte. Mein Vater war völlig entsetzt über diese Fragen. (...) Er hat gesagt die Ärzte sollen alles tun was menschenmöglich ist. (...) ähm Mit dieser Problematik hatten sich unserer Eltern bereits auch einmal auseinandergesetzt, aber jetzt akut plötzlich hat mein Vater die Nerven verloren und war so verzweifelt so dass wir dann einer Verlegung auf die Intensivstation zugestimmt haben. (lange Pause)

Missachtung der Patientenverfügung durch den Ehemann

Auf der Schlaganfallstation war sie nicht lange. (...) Der Intensivaufenthalt hat sich über zwei Wochen hingezogen und sie hat einen Luftröhrenschnitt bekommen damit sie besser Luft bekommt. Dann war sie von dem Beatmungsgerät weg und wurde wieder auf die Schlaganfallstation zurückgelegt. (...) Ich kann nicht sagen was sie mitbekommt und was sie nicht mitbekommt. Sie kann nicht schlucken, sie man muss und regelmäßig den Speichel absaugen. Da ist nicht gut. (...) Zwischendurch dachten wir, dass sie das gar nicht überlebt und jetzt hat sie das überlebt und ist in einem Zustand, den sie selbst so wahrscheinlich nicht gewollt hätte.

Kritische Reflexion des Behandlungsergebnisses durch B

Aber wir haben immer das Gefühl, wenn wir bei ihr sind das sie uns wahrnimmt und dass sie froh ist, wenn ich oder mein Vater in ihrer Nähe sind. (seufzen) (beklommen) Wir haben das Glück, dass wir ein großes Haus haben meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind. Deshalb haben wir uns entschlossen mit der Hilfe einer Pflegekraft und dem Pflegedienst die Mama nach Hause zu holen. #00:03:05-9#

I: Wie empfanden Sie die Vorbereitung auf die Entlassung in das häusliche Umfeld? Was fühlten Sie dabei? #00:03:10-7#

B: (lange Pause) In der Vorbereitungszeit haben wir uns schon sehr viel von den Schwestern und Pflegern erklären lassen, haben ähm auch so einen Kurs bei der Krankenkasse gemacht. Mein Vater hat sehr viele Fragen gestellt wie Dinge zu tun sind. Wir haben einen Pflegedienst und eine Pflegekraft ausgesucht, die bereits mit dem Krankenhaus Kontakt aufgenommen hatten. Die haben sich bei den Schwestern zusammen die Akte und die Medikamente angesehen, waren bei unserer Mama und haben meinen Vater einbezogen. Die waren zu Hause und haben sich unser Haus begutachtet / haben mit meinem Vater alles besprochen so auch wo die Pflegekraft wohnen kann. Wie das Pflegezimmer eingerichtet werden muss. Die Sozialarbeiterin hat ähm uns bei den ganzen Formalitäten unterstützt und auch der Pflegedienst. Die Vorbereitung war sehr gut, die haben uns auch beraten was wir alles noch brauchen, was wir alles ähm beantragen müssen (...) das hätten wir alleine also mein Vater und ich nicht bewältigen können und mein Vater sowieso nicht. (...) Mein Vater hat mit mir die Einrichtung des Zimmers und zusammen mit dem Pflegedienst die Sachen im Sanitätshaus bestellt. Wir waren auf dem Betreuungsgericht und haben die Betreuung einrichten lassen. lange Pause Haben mit dem Hausarzt gesprochen (...) und alles eingerichtet / das war alles geplant. Die Ärzte auf der Station haben zugesichert, sie wird auch wirklich

erst nach Hause entlassen, wenn alles da ist. Zu einem fest geplanten Zeitpunkt so, dass wir alles zu Hause haben, was wir brauchen. (lange Pause) #00:05:12-1#

I: Wer hat Sie bei der Entlassung besonders unterstützt und was hat Ihnen gutgetan? #00:05:17-8#

B: Ich glaube die größte Unterstützung ist der Familienverband zwischen meinem Vater und mir und meinem Mann. (...) Wir wollten uns gemeinsam um die Mama sorgen. Wollten (...) was uns besonders unterstützt, ist das meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind und sich gewisse Probleme nicht als Problem darstellen Zum Beispiel die Anstellung einer Pflegekraft bei uns zu Hause. Geld / weil Geld ähm in der guten Pflege wirklich eine große Rolle spielt. Sei es bei der Einrichtung des Zimmers, beim Aussuchen eines Pflegedienstes. ähm Wir mussten vieles selbst bezahlen, das kann auch nicht jeder (...) hm (bejahend) ähm da konnten wir einiges beschleunigen, weil wir in Vorlage gegangen sind (...) ähm und das später eingereicht haben bei der Kasse. #00:06:25-3#

I: Was würden Sie sagen, stellte die größte Herausforderung für Sie dar und wie haben Sie die Situation bewältigt? #00:06:40-1#

B: Die größte Herausforderung war rückblickend damit umzugehen, dass ich meinem Vater alleine die Entscheidung überlassen habe, dass sie auf der Intensivstation behandelt wird. Das wollte die Mama eigentlich nicht.

Reflexion Patient:innen Outcome im Kontext der Missachtung der Patientenverfügung

Ich hätte mich da klarer positionieren müssen. Ich hätte mich mehr durchsetzen sollen. (...) Die zweite große Herausforderung war, die komplette Pflege zu organisieren und zu planen, ähm auch so, dass der Papa maximal entlastet ist. Weil ähm die Pflege zu Hause von der Mama, die so hilflos ist und in allem Pflege braucht. Das ist allerdings ein großer Eingriff in die Privatsphäre. Der Papa verliert fast seine ganze Privatsphäre, weil immer doch fremde Menschen bei ihm in der Wohnung sind. Da muss man erst mal Vertrauen aufbauen. Das war für uns auch eine große Herausforderung zuzulassen, dass wir als Familie nur auf uns angewiesen sind, sondern auf andere Menschen, die wir bezahlen die uns unterstützen (...) ja ja ähm und auch (...) (seufzen) (beklommen) ja und die die wir für Geld anstellen müssen.

Leistungen gegen Bezahlung annehmen müssen. Verlust der Selbstständigkeit im Familienverband

Wir können das nicht selbst leisten können. (...) geholfen hat uns dabei (...) (seufzen) (beklommen) der Familienverband und unser Hausarzt, der uns auch immer bestärkt hat und alles erklärt hat. #00:08:17-8#

I: Wie hätte das Behandlungsteam Sie noch besser unterstützen können? Was können Sie uns an Verbesserungsvorschlägen mitgeben? #00:08:18-1#

B: Das Behandlungsteam war toll. Besonders das Ärzteteam und die Pflegekräfte. Ohne das Behandlungsteam auch mit den Therapeuten das die Pflege mit dem Pflegedienst organisiert hat so dass das reibungslos funktioniert hat hätten wir das nicht geschafft. Dafür sind wir dem Team auch sehr dankbar vor allem den Ärzten. #00:08:52-3#

I: Möchten Sie sonst noch etwas sagen? #00:08:52-3#

B: Nein. Ich habe nichts mehr zu sagen. #00:08:59-1#

Kommentar

Die Angehörigen übernehmen gemeinsam im Familienverband die Verantwortung der häuslichen Pflege.“ Wir wollten uns gemeinsam um die Mama sorgen.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Beim Übergang in die häusliche Versorgung werden die notwendigen Bedingungen für die Sicherstellung einer stabilen Versorgungssituation hergestellt. Die Probleme und Ressourcen werden vorab erfasst „Die Vorbereitung war sehr gut, die haben uns auch beraten was wir alles noch brauchen, was wir alles ähm beantragen müssen (...) das hätten wir alleine also mein Vater und ich nicht bewältigen können und mein Vater sowieso nicht.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 4)

Die Finanziellen Belastungen werden angesprochen jedoch nicht als Belastung, sondern als Ressource erkannt. „was uns besonders unterstützt, ist das meine Eltern finanziell sehr gut aufgestellt sind und sich gewisse Probleme nicht als Problem darstellen Zum Beispiel die Anstellung einer Pflegekraft bei uns zu Hause. Geld / weil Geld ähm in der guten Pflege wirklich eine große Rolle spielt. Sei es bei der Einrichtung des Zimmers, beim Ausschuchen eines Pflegedienstes. ähm Wir mussten vieles selbst bezahlen, das kann auch nicht jeder (...) hm (bejahend) ähm da konnten wir einiges beschleunigen, weil wir in Vorlage gegangen sind (...) ähm und das später eingereicht haben bei der Kasse. #00:06:25-3#“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 6)

Neben der Strukturierung des Tagesablaufs mit externen Hilfskräften stellt sich der Verlust der Privatsphäre und der Verlust der Autonomie als besondere Herausforderung dar. „Das ist allerdings ein großer Eingriff in die Privatsphäre. Der Papa verliert fast seine ganze Privatsphäre, weil immer doch fremde Menschen bei ihm in der Wohnung sind. Da muss man erst mal Vertrauen aufbauen. Das war für uns auch eine große Herausforderung zuzulassen, dass wir als Familie nur auf uns angewiesen sind, sondern auf andere Menschen, die wir bezahlen die uns unterstützen (...) ja ja ähm und auch (...) seufzen (beklommen) ja und die die wir für Geld anstellen müssen.“ (Interv. Nr. 15_w Entl. häusl. Pflege, Absatz 8). Auch die Notwendigkeit pflegerische Leistungen und Hilfe im Alltag als Leistung einzukaufen, wird als emotionale Belastung empfunden.

Anlage 6 Vorgehen bei der Dokumentenanalyse

Fragestellung	Auswahl der Dokumente	Sichtung	Interpretation	Ergebnisse, Konsequenzen
Welche Prognosen können auf die notwendige zukünftige Versorgung erstellt werden?	Ärztliche Anamnese: körperliche Untersuchung, Aufnahmebogen, Konsile, Entlassungsbrief, Medikamentenplan (alt und neu)	Aus den Inhalten und Textstellen aus den Dokumenten werden die für das Entlassungsmanagement relevanten Texte ausgewählt	Welche Botschaften werden in der Dokumentation vermittelt?	
Wie können Rückschlüsse auf den Pflegegrad bei Entlassung gezogen werden?	Nachweise: Sturzprotokoll, Dekubitus Protokoll, Fixierungsprotokoll	Analyse der Protokolle auf Vollständigkeit und Inhalte	In welcher Qualität wurden die Dokumente geführt?	
Welche Dokumente liegen vor, um die Versorgungssituation bei Entlassung einschätzen zu können?	Administration: Patientenverfügung, Betreuungsbeschluss, Sozialdienst Schweigepflichtentbindung Reha Antrag Antrag zur Feststellung des Pflegegrades	Welche Dokumente liegen vor, welche müssten vorliegen? Prüfung auf Vollständigkeit	Wieweit liegen alle relevanten Anträge und Beschlüsse vor?	
Welche Aussagen werden in Bezug auf die Entlassung und den Pflegegrad dokumentiert?	Pflegedokumentation: Pflegebericht, Fieberkurve	Aus den Dokumenten werden die für das Entlassungsmanagement relevanten Texte ausgewählt	Inwieweit deckt sich die Dokumentation mit dem Pflegebedarf?	
Welche Assessments wurden durchgeführt?	Assessments: Barthel Index Braden Skala Sturzerhebung Pflegekomplexmaßnahmen Score (PKMS) Pflegegrad	Welche Assessments liegen vor, welche müssten vorliegen? Prüfung auf Vollständigkeit	Wieweit decken sich die Soll-Ist Anforderungen in der Qualität und Quantität der Assessments?	
Wie können Rückschlüsse auf den Pflegegrad bei Entlassung gezogen werden?	Therapeuten: Physiotherapie Logopädie	Sichtung der Verlaufs-dokumentation	Welche Aussagen und Botschaften werden in der Dokumentation vermittelt?	

Anlage 7 Analyseeinheit, Analysedimension und Analysekategorie Dokumentenanalyse

Welche Rückschlüsse können aus der Krankenakte gezogen werden, um den Versorgungsbedarf bei der Entlassung einschätzen zu können?

Analyseeinheit	Analysedimensionen	Analysekategorien		
1. Ärztliche Dokumentation	Ärztliche Anamnese	Aus den Inhalten und Textstellen aus den Dokumenten werden die für das Entlassungsmanagement relevanten Texte ausgewählt		
		Erstdiagnose Rettungsdienst		
		Hauptdiagnose		
		Nebendiagnose		
		Einweisung		
		Symptome bei Aufnahme		
		Aufnahme		
		Medikamentenplan alt		
		Medikamentenplan neu		
		Entlassungsbrief		
		Status bei Entlassung		
		Ranking bei Entlassung		
2. Pflegeprotokolle	Pflege - Protokolle und Dokumentationsbögen	Analyse der Protokolle auf Vollständigkeit und Inhalte		
		Sturzprotokoll		
		Fixierungsprotokoll		
		Dekubitus Dokumentation		
3. Dokumente	Dokumente und Beschlüsse	Welche Dokumente liegen vor? Welche Dokumente müssten vorliegen?		
		Prüfung auf Vollständigkeit?		
		Patientenverfügung		

		Vorsorgevollmacht		
		Betreuungsurkunde		
		Fixierungsbeschluss		
		Überleitungsbogen		
4. Pflegedokumentation	Pflegerische Dokumentationen	Aus der Pflegedokumentation werden die für das Entlassungsmanagement relevanten Texte ausgewählt		
	Pflege- Anamnese			
		Aufnahmesituation:		
		Sozialanamnese:		
		Versorgungssituation-Initiales Entlassungsmanagement		
		Allergien		
		Sturzrisiko		
	Aktivitäten des täglichen Lebens	ATLs		
		ATL- Sich Bewegen		
		ATL- Essen und Trinken		
		ATL- Ausscheiden		
		ATL-Atmen		
		ATL- Ruhe und Schlafen		
		ATL- Kommunizieren		
		Schmerz		
	Pflegebericht	Pflegeverlaufsdokumentation		
	Tageskurve	Anmerkungen in der Tageskurve		
		Vitalparameter		
		Ärztliche Anordnungen (Konsile)		

5. Therapeuten Verlaufsdokumentation	Therapie Dokumentation	Sichtung der Verlaufsdokumentation		
	Physiotherapie	<i>Verlaufsdokumentation</i>		
	Logopädie	<i>Verlaufsdokumentation</i>		
	Ergotherapie	<i>Verlaufsdokumentation</i>		
6. Assessments	Assessments und Scores	Welche Assessments liegen vor, welche müssten vorliegen		
	Einschätzung Dekubitusrisiko	Braden- Skala		
	Beurteilung eines akuten Schlaganfalls	NHSS -Score		
	Bewertung der alltäglichen Fähigkeiten, Erfassung von Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit	Barthel- Index (<i>Barthel Index Kurzversion n. Ellul und Barer</i>)		
		<i>Blasenkontrolle</i>		
		<i>Lagewechsel Bett-Stuhl</i>		
		<i>Fortbewegung</i>		
	Einschätzung einer Bewusstseinsstörung	<i>Glasgow- Coma- Skale</i>		
	Einschätzung der Schwere der Erkrankung	NACA-Score		
	Qualitätssicherung	<i>QS Bogen Schlaganfall Nordwestdeutschland</i>		
	Dokumentationshilfe Demenz	<i>DemTect®</i>		
		<i>Minimal Mental Status Test MMST</i>		

Anlage 8 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DQNP, 2019) Übersicht

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

2.1 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019

Stand: Februar 2019

Zielsetzung: Jede:r Patient:in mit erwartbaren poststationären Versorgungsproblemen und einem daraus resultierenden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.</p> <p>S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p>P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient:innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient:in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p>S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenzen zur Durchführung einer individuellen Entlassungsplanung inklusive der Begleitung und Gestaltung von Übergängen.</p>	<p>P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient:in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.</p>	<p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient:innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p> <p>S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.</p>	<p>P3a Die Pflegefachkraft gewährleistet für Patient:in und Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung, um deren Kompetenzen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse zu erhöhen.</p> <p>P3b Die Pflegefachkraft evaluiert regelmäßig Wissen und Fähigkeiten von Patient:in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse.</p>	<p>E3a Patient:in und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p> <p>E3b Informationen zu Wissen und Fähigkeiten von Patient:in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse liegen vor.</p>
<p>S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient:in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</p> <p>P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter:innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patient:innen an.</p>	<p>E4 Mit Patient:in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs zu begegnen.</p>

<p>S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Patient:innen und deren Angehörigen entspricht.</p>	<p>P5 Die Pflegefachkraft führt mit Patient:in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patient:innen ist bedarfsgerecht vorbereitet. E5b Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin bzw. des Patient:innen zur Entlassung sind erhoben.</p>
<p>S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. S6b Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung.</p>	<p>P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient:in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</p>	<p>E6a Patient:in und Angehörige haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten. E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</p>

Begründung: Die Entlassung aus einem Krankenhaus, aber auch die Übergänge in das und innerhalb des Krankenhauses, bergen die Gefahr von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patient:innen und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einer frühzeitigen, systematischen Einschätzung, sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung, auch durch die Gestaltung interner Übergänge, im nachfolgenden Setting sicherzustellen und den Patient:innen bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

Anlage 9 Standard/Pflegediagnose Sturzgefahr der Kreuznacher Diakonie

Code: sturzprA-B	Sturzgefahr*	GESCHÄFTSFELD KRANKENHÄUSER UND HOSPIZE kreuznacher diakonie
Standard/_Pflegediagnose:		
Datum: 10/2018		
Vorbemerkung:		

Laut Definition ist: „Ein Sturz...ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene (sitzend, hockend oder liegend) aufkommt.“ Hierbei besteht bei jedem Menschen die Gefahr z.B. durch Unachtsamkeit oder beim Sport zu stürzen. Geht jedoch die Fähigkeit verloren, einen bevorstehenden Sturz durch bestimmte Schutzmechanismen vermeiden zu können, wie es z.B. bei älteren Menschen oder bei Menschen mit reduzierten Allgemeinzustand zu beobachten ist, geht das individuelle Sturzrisiko über dieses alltägliche Risiko hinaus. Neben körperlichen Folgen für die Betroffenen wie schmerzhaften Prellungen, Verstauchungen, Frakturen oder sogar dem Tod, ist der Vertrauensverlust in die eigene Mobilität als häufigste Auswirkung auf die Psyche zu beobachten. Der so immer kleiner werdende Bewegungsspielraum kann letztendlich die soziale Isolation zur Folge haben. Pflegefachkräfte haben hierbei die Aufgabe solche **Stürze und Sturzfolgen durch Förderung einer sicheren Mobilität zu minimieren. Wobei jegliche Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen** (z.B. Bettgitter, Entzug von Hilfsmitteln, Einsatz sedierender Medikamente) zum Zwecke der Sturzprophylaxe **kontraindiziert** ist. Ziel ist es, zunächst das **individuelle Sturzrisiko** einzuschätzen. Zu betonen ist, dass die Erfassung der Risikofaktoren hierbei lediglich als Grundlage dienen soll, da das individuelle Sturzrisiko ebenso eine Berücksichtigung aller Ressourcen des Patienten beinhaltet. „Beinahestürze“ sind dabei als Hinweis auf ein möglicherweise vorliegendes Sturzrisiko in die Liste der Risikofaktoren mitaufgenommen worden. Die auf dieser Einschätzung basierenden Ziele und Maßnahmen zur Verhinderung eines Sturzes, sind immer am Einzelfall auszurichten und obliegen der pflegefachlichen Entscheidung. Mit **Achtsamkeit und Sensibilität** die Sturzgefahren zu erkennen und diese den Patienten und Angehörigen bewusst zu vermitteln sind hierbei ebenfalls wichtige Kompetenzen.

Als Risikofaktoren werden genannt:

Personenbezogene Risikofaktoren:

- Beeinträchtigte funktionelle Fähigkeiten (z.B. in den ATL)
- Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance (z.B. eingeschränkte Gehfähigkeit oder Balancestörungen)
- Depression
- Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen
- Kognitive Beeinträchtigungen (akut oder chronisch) Sehbeeinträchtigungen
- Sturzangst, **Stürze in der Vorgeschichte**

Medikamentenbezogene Risikofaktoren:

- Antihypertensiva
- Psychotrope Medikamente
- **Polypharmazie** (gleichzeitige Verordnung von >4 Arzneimitteln)

Umgebungsbezogene Risikofaktoren:

- **Freiheitsentziehende Maßnahmen**
- Gefahren in der Umgebung (Hindernisse auf dem Boden, zu schwache Kontraste, geringe Beleuchtung)
- Inadäquates Schuhwerk

Der folgende hausinterne Standard basiert auf der 1. Aktualisierung des Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 2013 vom DNQP.

Ersteller: AG Pflegeentwicklung gk/at	geprüft durch: SGP, GK, ST	Freigabe durch/am: 10/2018 PFE/K.Eckstein	Gültig ab: 01.11.2018	Erstfreigabedatum: 2010	Revision: 6 von 10/2018	Seite: 1 von 4
--	-------------------------------	---	--------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------

Standard/Pflegediagnose - Sturzgefahr*

Pflegediagnose: Sturzgefahr*

Definition: Risiko der erhöhten Anfälligkeit für Stürze, die zu körperlichen Schäden führen können.

Risikofaktoren/Ursachen/Merkmale	Ziel	Maßnahmen	Code
<p>Erwachsene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65 Jahre oder älter • Anamnestisch bekannte Stürze • Prothese der unteren Gliedmaßen • Gebrauch von Hilfsmitteln wie Gehwagen, Gehstock, Rollstuhl <p>Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Jahr oder jünger • Bett in der Nähe des Fensters • Fehlende Elternaufsicht • Fehlende Fenstersicherung • Männliches Geschlecht bei < 1 Jahr • Unbeaufsichtigtes Kind auf einer erhöhten Oberfläche (Bett, Wickeltisch) <p>Kognitiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigter Geisteszustand <p>Umwelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unordentliche Umgebung • Schwach beleuchteter Raum • Unbekannter Raum • Fehlende rutschfeste Unterlagen in Dusche, Bad • Freiheitseinschränkende Maßnahmen • Nasse Böden 	<p>Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholkonsum • Siehe o.a. <i>Risikofaktoren</i> <p>Physiologisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akute Krankheit • Anämie • Arthritis • Reduzierte Kraft • Diarrhoe • Gangunsicherheit, Fußprobleme • Hörstörung, Sehstörung • Beeinträchtigung der körperlichen Mobilität, des Gleichgewichts oder der Wahrnehmung des eigenen Körpers im Raum • Inkontinenz, Hamdrang • Neuropathie • Orthostatische Hypotonie • Postoperative Zustände • Blutzuckerschwankungen nach dem Essen • Gefäßerkrankung 	<p>1. Das individuelle Sturzrisiko ist dem Patienten und der Pflegekraft bekannt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung des individuellen Sturzrisikos anhand o.a. Risikofaktoren im Rahmen der Pflegeanamnese auch unter Beachtung der individuellen Ressourcen des Patienten zu Beginn des pflegerischen Auftrags. • Gezielte Beratung / Anleitung von Patient / Bezugsperson im Erkennen individueller Risikofaktoren • Dokumentation: Es erfolgt eine systematische Sturzerfassung mit Hilfe des Zwischenfallerfassungsbogen/Sturzprotokoll (Hygiene/PD) <p><u>Bei einem Sturzereignis (Hinweis Rückenkonzept):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung des Patienten und Sichtung der Verletzungen, ggf. Arztinfo • Hinzuziehung einer 2. Pflegeperson • Liegen keine schweren Verletzung vor, sollte der Patient unter Anleitung und Beaufsichtigung (wenn gehfähig) aus eigener Kraft aufstehen ggf. mit Hilfsmitteln (Stuhl, Keile usw.) ⇒ wichtig zur Bewältigung des Sturzereignisses • Ist eine Mobilisation nicht möglich ⇒ Einsatz eines Lifters! <p>Hinweis: Das passive „Aufheben“ eines Patienten nach einem Sturz ist aus Gründen der Arbeitssicherheit und aus pflegefachlicher Sicht zu unterlassen. (Ausnahme: Notfälle)</p>	<p>sturzpr, A</p>

Standard/Pflegediagnose - Sturzgefahr*

Risikofaktoren/Ursachen/Merkmale	Ziel	Maßnahmen	Code
s.o.	<p>2. Der Patient bewegt sich sicher und ist während des gesamten Krankenhausaufenthaltes frei von Stürzen.</p>	<p>Information und Orientierung in der Umgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten bei der stationären Aufnahme mit den Räumlichkeiten und der Einrichtung vertraut machen (z.B. auch vorhandene Lichtschalter, Rufanlage) • Darauf achten, dass die Patienten ihre Brille und ihr Hörgerät tragen; ggf. Hilfestellung bei der Reinigung anbieten. auf etwaige Verschlechterungen achten und dem Arzt mitteilen, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten • Auf ausreichende, nicht blendende Beleuchtung in der Umgebung des Patienten achten • Rufmöglichkeit/Lichtschalter/Telefon aber auch z.B. Urinflasche in Reichweite gehbehinderter Patienten anbringen, insbesondere auch beim Essen am Tisch oder beim Waschen am Waschbecken und erklären • Ordnung im Patientenzimmer gewährleisten z.B. Stühle nicht inmitten des Zimmers stehen lassen <p>Mobilisation sicher gestalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passform der Schuhe (gut sitzend und rutschfest) und ggf. der Kleidung prüfen und sofern erforderlich ändern lassen (z.B. von den Angehörigen) • Vor dem Aufstehen von der Bettkante und/oder dem Stuhl zunächst Bodenkontakt mit den Füßen schaffen • Bei erhöhter Sturzgefahr den Patienten deutlich bitten, vor dem Aufstehen zu klingeln, damit die Pflegekraft behilflich sein kann • Auf nasse Böden und Unebenheiten achten und Patienten darauf hinweisen (z.B. nach der Zimmerreinigung, Stolperfälle: Unebenheit beim Eintritt/Austritt aus dem Aufzug) • Immer die an Betten oder Rollstühlen befindlichen Bremsen feststellen und Fußstützen wegklappen <p>Zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Toilettenstühle mit abnehmbaren Deckel sind grundsätzlich nicht zur selbstständigen Mobilisation geeignet ➢ Nach Beendigung der Pflegetätigkeit: Einstellen des Bettes auf die für den Patienten passende Höhe ➢ Für Sicherheit beim Duschen sorgen z.B. Sitzgelegenheit und Haltestangen nutzen <p>Wirkungsweise von Medikamenten beobachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen auf Arzneimittelgaben überwachen; ggf. Reduktion der Dosierung in Absprache mit dem Arzt <p>Schlafmittel nicht zu spät verabreichen ggf. Alternativen entwickeln wie z.B. individuelle Einschlafrituale beachten , Aromapflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAVE! Benzodiazepine bewirken eine Muskelrelaxation = erhöhtes Sturz- und Inkontinenzrisiko - z.B. Oxazepam, Tavor, Lexotanil, Distraneurin, Midazolam, Stilnox (>24 Std. wirksam!) 	sturzpr. B

Standard/Pflegediagnose - Sturzgefahr*

Risikofaktoren/Ursachen/Merkmale	Ziel	Maßnahmen	Code
s.o.	2. Der Patient bewegt sich sicher und ist während des gesamten Krankenhausaufenthaltes frei von Stürzen.	Mobilität erhalten und fördern <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anleitung bei der Verwendung von Gehhilfen (z.B. auch mit Unterstützung der Physiotherapie) und Hilfsmitteln ➤ Hilfsmittel zur selbstständigen Mobilisation unbedingt in erreichbarer Nähe deponieren (z.B. Halterungen für Gehstöcke direkt am Bett deponieren). ➤ Regelmäßige gezielte Bewegungsübungen zum Training von Schritt- und Standfestigkeit veranlassen (in Absprache mit dem Arzt Verordnung von physiotherapeutischen Maßnahmen) ➤ Beim Führen des Patienten auf langen Fluren die Wege durch die Bereitstellung eines Stuhles optisch verkürzen und den Patienten zwischendurch ausruhen lassen ➤ Inkontinenzversorgung individuell anpassen (z.B. Einsatz von Beinbeuteln zur Urinableitung) 	
	3. Patient kennt Verhaltensweisen /Strategien sich zu schützen während und nach der stationären Behandlung	<i>Siehe PD Wissensdefizit</i> Patient und ggf. Bezugspersonen informieren und aufklären <ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Beratung / Anleitung von Patient / Bezugsperson über die Bedeutung der regelmäßigen Bewegung und über Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (z.B. Umgebungsgestaltung, Gebrauch von Gehhilfen etc. <i>siehe oben unter Ziel 2.</i>) • Entlassungsplanung und Beratung / Sicherheit auch zu Hause <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frühzeitige Einleitung Entlassungsmanagement <i>siehe auch standard entl</i> ➤ Auf Wunsch gemeinsame gezielte Planung von notwendiger Unterstützung (z.B. Information über Hilfsmittel wie z.B. Hüftprotektoren zur Vermeidung von Oberschenkelhalsfrakturen, Gehhilfen,...) mit Patient und/oder Angehörigen, Arzt/Pflege/Sozialdienst ➤ Dokumentation: hausinterner Pflegeüberleitungsbericht 	

Qualifikation: ex. Gesundheits- und Kranken/Kinderkrankenpfleger/in, Auszubildende nach entsprechendem theoretischem Ausbildungsstand und vorheriger praktischer Anleitung

Literaturnachweis:

*Vgl.: NANDA International: Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2012-2014. Deutsche Ausgabe übersetzt von Dr. Holger Mosebach. Recom 2013

Doenges M.E., Moorhouse, M.F., Pflegediagnosen und Maßnahmen, 3. Auflage, Verlag Hans Huber Bern 2002

Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, 6. Auflage, Elsevier GmbH, München 2014

Thiemes Pflege. Professionalität erleben, 12. aktualisierte und erweiterte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 2012

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege; 1. Aktualisierung 2013

Anlage 10 Standard/Pflegediagnose Entlassungsmanagement der Kreuznacher Diakonie

Code: entl	GESCHÄFTSFELD KRANKENHÄUSER UND HOSPIZE kreuznacher diakonie
Standard/ Pflegeintervention: Datum: 1/2018	Entlassungsmanagement

Vorbemerkung

Der hausinterne Standard **Entlassungsmanagement** wurde aufgrund der Implementierung des nationalen Expertenstandards* im Diakoniekrankenhaus Bad Kreuznach entwickelt. Aufbau und Struktur wurden an das Geschäftsfeld KuH entsprechend angepasst. Der Rahmenvertrag** zum Entlassmanagement der DKG, GKV und KBV nach §39a Abs. 1 SGB V beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung ist den gesetzlichen Vorgaben entsprechend umgesetzt.

Präambel

Entlassungsmanagement betrifft die professionelle Pflege (als Teil des Interprofessionellen Teams) im Hinblick auf die Durchführung unterstützender Tätigkeiten, die dem pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen helfen soll, den Übergang an der Schnittstelle stationärer und ambulanter Versorgung bzw. den Übergang in ein Pflegeheim möglichst problemlos zu bewältigen.

Qualitätsziel

Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält, auf eigenen Wunsch bzw. nach Delegation durch die Angehörigen/die Bezugspersonen/den gesetzlich bestellten Betreuer/ die Erziehungsberechtigten, ein individuelles Entlassungsmanagement zwecks kontinuierlicher, bedarfsgerechter Versorgung. Die gesetzlichen Anforderungen gemäß Rahmenvertrag sind erfüllt und Versorgungslücken geschlossen.

Qualitätskriterien

Struktur	Prozess	Ergebnis
<ul style="list-style-type: none"> Das Krankenhaus verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung (Standard) zum Entlassungsmanagement. Diese stellt sicher, dass die für die verschiedenen Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien und die daraus folgenden Instrumente vorliegen. Pflegedienst, Medizinischer Dienst und Sozialdienst (im Folgenden: interprofessionelles Team) koordinieren gemeinsam das Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Das interprofessionelle Team <ul style="list-style-type: none"> verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung eines Entlassungsmanagements. verfügt über Wissen und Fähigkeiten um Patienten und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über den zu erwartenden poststationären Pflegebedarf zu informieren, zu beraten und anzuleiten. stellt ggf. Kontakt zu hausinternen Pflegeexperten zwecks weiterer Schulung her. Neue MitarbeiterInnen des interprofessionellen Teams werden im Rahmen ihrer Einarbeitung in das Konzept und den Standard Entlassungsmanagement eingewiesen. 	<ul style="list-style-type: none"> Erstellen einer Pflegeanamnese zur frühzeitigen Erkennung von Problemen, Ressourcen und der sozialen Einbindung bzw. des zu erwartenden poststationären Unterstützungsbedarfs. (Initiales Assessment Entlassmanagement) „Aufsuchender Sozialdienst“ : kriteriengeleitete Erfassung des poststationären Unterstützungsbedarfs.(SAP Anforderung Differenziertes Assessment) Entwicklung einer Entlassungsplanung in Abstimmung mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen/ Bezugspersonen/ dem gesetzlich bestellten Vertreter/ den Erziehungsberechtigten und dem gewünschten, nachstationären Leistungserbringer. (SAP Entlassplan) Die notwendig gewordenen Hilfsmittel werden in Absprache mit dem interprofessionellen Team beantragt. Die Information und der Austausch über pflegerische Fragen und Probleme vor der Entlassung mit den MitarbeiterInnen des nachstationären Leistungserbringers werden gewährleistet. Bei sehr aufwändiger pflegerischer Versorgung ist ggf. vorher ein Besuch im Krankenhaus zu ermöglichen. Dokumentation in der Patientenakte und SAP PMD 	

Ersteller: AG Pflegeentwicklung gk/at	geprüft durch: QM: Fr. Lenties, Fr. Weyand	Freigabe durch/am: 01/2018 PIE/IK/Eckstein	Gültig ab: 18.01.2018	Erstfreigabedatum: 2010	Revision: 5 von 01/2018	Seite: 1 von 3
--	---	---	--------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------

Konzept: Entlassungsmanagement

Ziel:

Entwicklung einer bedarfsgerechten, individuellen Entlassungsplanung in Abstimmung mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen/ Bezugspersonen/ dem gesetzlich bestellten Vertreter/ den Erziehungsberechtigten und dem gewünschten, nachstationären Leistungserbringer. **Die gesetzlichen Anforderungen gemäß Rahmenvertrag sind erfüllt und Versorgungslücken geschlossen.**

Instrumente:

- a. Pflegeanamnese (Initiales Assessment Entlassmanagement)
- b. Verlaufsdokumentation Poststationäre Versorgung in SAP Entlassplan als interdisziplinär geführte Dokumentation (SAP-PMD)
- c. Pflegeüberleitungsbericht
siehe Intranet > Diakonie Krankenhaus > Pflege > Formulare (DK)
siehe Intranet > Diakonie Kliniken Saarland > Pflege > Pflegerische Dokumente (DKS)
siehe Intranet > Hunsrück Klinik > Anträge und Formulare > Formulare A-Z (HK)

Vorgehensweise:

1. Ermittlung von Selbsthilfepotential/ Diagnostik eines poststationären Unterstützungsbedarfes

- > Ermittlung von Selbsthilfepotential mit Hilfe der Informationen zu Sozialanamnese/ Pflegestatus/ bisherigem Krankheitsverlauf bei jedem potentiell betroffenen Patienten
- > Auswertung und gemeinsame Diagnostik des poststationären Unterstützungsbedarfes

INSTRUMENTE: Pflegeanamnese/ Pflegebericht/ Kriteriengeleitete Einschätzung des aufsuchenden Sozialdienstes/ „Boxenstop“: interprofessionelle Kurzvisite wochentags (Initiales und Differenziertes Assessment Entlassmanagement)

2. Einleitung von poststationärem Unterstützungsbedarf/ Organisatorischer Ablauf

Voraussetzung:

- > Der Patient/ seine Angehörigen/ der gesetzlich bestellte Betreuer/ die Erziehungsberechtigten **wünschen, dass weitere Maßnahmen eingeleitet werden**
- > Der Patient/ seine Angehörigen/ der gesetzlich bestellte Betreuer/ die Erziehungsberechtigten werden vom **Sozialdienst kontaktiert**
- > Das interprofessionelle Team **dokumentiert** den poststationären **Unterstützungsbedarf**
- > Die Kontaktaufnahme zum Sozialdienst findet über die interprofessionelle Kurzvisite hinaus **über eine SAP Konsil -Anforderung statt**

- d. **INSTRUMENTE:** Kriteriengeleitete Einschätzung des aufsuchenden Sozialdienstes(Differenziertes Assessment)/ „Boxenstop“: interprofessionelle Kurzvisite wochentags/ Verlaufsdokumentation poststationäre Versorgung (SAP-Entlassplanung, PMD)

3. Vorbereitung der Entlassung/Pflegeüberleitung

- > Die Pflegekraft informiert ggf. PflegeexpertInnen zur Unterstützung/Beratung
- > Die Festlegung des Entlassungstermins erfolgt in Absprache Medizin/Pflege/Sozialdienst **zeitnah nach Einschaltung des Sozialdienstes**
- > Die Information und der Austausch, über pflegerische Fragen und Probleme vor der Entlassung, mit den MitarbeiterInnen des nachstationären Leistungserbringers werden gewährleistet. Bei sehr aufwändiger pflegerischer Versorgung ist ggf. vorher ein Besuch im Krankenhaus zu ermöglichen
- > **Eventuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU), Medikamente, Medikamentenplan, Verbandsmaterialien, ggf. Rezepte, Verordnungen und Entlassbrief werden vorbereitet. (Medizin/Pflege)**
CAVE: Verwendung der dafür vorgesehenen AU's, Rezepte, Verordnungen mit dem Vermerk „Entlassmanagement“ als Wasserzeichen im Adressfeld (KV.Formulare).

Standard/Pflegeintervention – Entlassungsmanagement

Informationsfluss:

- Arzt informiert Pflege und Sozialdienst
- Pflege informiert ggf. Angehörige
- SD informiert poststationäre Einrichtung oder Leistungserbringer

INSTRUMENT: Liste hausinterner Pflegeexperten/ Pflegeüberleitungsbericht

4. Entlassung des Patienten

- Der Patient erhält vor Entlassung seine vollständigen Unterlagen: Entlassbrief, ggf. eine AU, einen Medikamentenplan und Medikamente zur Überbrückung der Zeit bis zum nächst möglichen Arztbesuch
Siehe VA zur Mitgabe von Medikamenten im Rahmen bei Entlassung: Intranet > Qualitätsmanagement > Entlassmanagement
- Wenn notwendig werden Verordnungen und Rezepte zur Schließung poststationärer Versorgungslücken (vom Arzt) ausgestellt.***
- Bei Notwendigkeit werden Verbandsmaterialien, Materialien zur PEG-Versorgung/ Sondenkost o.Ä. mitgegeben
- Der Patient wird persönlich verabschiedet

INSTRUMENTE: E-Gespräch

Allgemeine Hinweise:

Ziel des Rahmenvertrags seit dem 1.10.2017 ist es Versorgungslücken zwischen Krankenhausbehandlung und ambulanter Versorgung zu schließen. Alle dafür dienlichen Maßnahmen sind zu ergreifen und eine entsprechend frühzeitige Entlassplanung vorzunehmen. Prozessbeschreibung, Verfahrensanweisungen und die Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements nach den jeweiligen Berufsgruppen geordnet sind im Intranet veröffentlicht und entsprechend umzusetzen:

Intranet > Qualitätsmanagement > Entlassmanagement:

- Flussdiagramm Entlassmanagement
- VA Mitgabe von Medikamenten
- Übersicht Neuerungen Pflegedienst

*** Zu beachten bei Ausstellung von AU's Rezepten und Verordnungen (ärztliche Tätigkeit):

- Information Betriebsstätten- und Ärztenummern
- VA Ausstellung von Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Qualifikation/Pflege: ex. Gesundheits- und Kranken/Kinderkrankenpfleger/in, Auszubildende nach entsprechendem theoretischem Ausbildungsstand und vorheriger praktischer Anleitung

Literaturnachweis:

*Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege; 1. Aktualisierung 2009

**Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach 5 39 Abs. Ia S.9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) von DKG, GKV, KBV (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA)

11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. med. Johannes Jäger für die hervorragende Betreuung bei der Umsetzung der gesamten Arbeit, Herrn Chefarzt Dr. Volkmar Fischer, dem ärztlichen Leiter der Fachabteilung für Neurologie, sowie dem Team des Referats für Pflegeentwicklung der Stiftung Kreuznacher Diakonie.

12. Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise

unentgeltlich

entgeltlich geholfen:

1. Herr Dr. med. Micheal Weber, Leiter des Medizincontrollings und ärztlicher Direktor der Diakonie Kliniken im Saarland, Bereitstellung der Datensätze aus dem Medizincontrolling.
2. Herr Harry Rothschenk, Dipl. Kfm. (univ.) Leiter Referat Revision, Datenschutz und IT-Sicherheit, Betriebsbeauftragter für den Datenschutz, hat das Studienprotokoll und die Fragebögen auf die Einhaltung der Datenschutzverordnung geprüft und mir bei der Erstellung und Formulierung des Informationsblattes zum Datenschutz für die Studienteilnehmer geholfen.
3. Herr Chefarzt Dr. med. Volkmar Fischer, Fachabteilung Neurologie Diakonie Klinikum Neunkirchen gGmbH, Genehmigung der Patientenbefragung und Dokumentenanalyse, EDV-Zugriffsrechte „Arzt Neurologie“ genehmigt.
4. Diskussion und Auswertung des Datenmaterials in der Qualitativen Forschungswerkstatt am Zentrum für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum des Saarlandes (Doktorandenkolloquium)

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberaterinnen/Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder in ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Die Bedeutung der eidesstattlichen Erklärung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Erklärung sind mir bekannt.

Eggenfelden 07.07.2021, Stephanie Vogt

Ort, Datum

Unterschrift der/des Promovierenden

Eidesstattliche Versicherung

Belehrung

Die Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes verlangt eine Eidesstattliche Versicherung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistungen. Weil der Gesetzgeber der Eidesstattlichen Versicherung eine besondere Bedeutung beimisst und sie erhebliche Folgen haben kann, hat der Gesetzgeber die Abgabe einer falschen eidesstattlichen Versicherung unter Strafe gestellt. Bei vorsätzlicher (also wissentlicher) Abgabe einer falschen Erklärung droht eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe. Eine fahrlässige Abgabe (also Abgabe, obwohl Sie hätten erkennen müssen, dass die Erklärung nicht den Tatsachen entspricht) kann eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe nach sich ziehen. Die entsprechenden Strafvorschriften sind in § 156 StGB (falsche Versicherungen an Eides Statt) und in § 161 StGB (fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt) wiedergegeben.

§ 156 StGB: Falsche Versicherung an Eides Statt

Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 161 StGB: Fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt:

(1) Wenn eine der in den § 154 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein.

(2) Straflosigkeit tritt ein, wenn der Täter die falsche Angabe rechtzeitig berichtigt. Die Vorschriften des § 158 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

13. Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.

Stephanie Vogt, Matrikelnummer 2578849

Tag der Promotion: 12.01.2022

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

Berichterstatter: Prof. Johannes Jäger
Prof. Klaus Faßbender