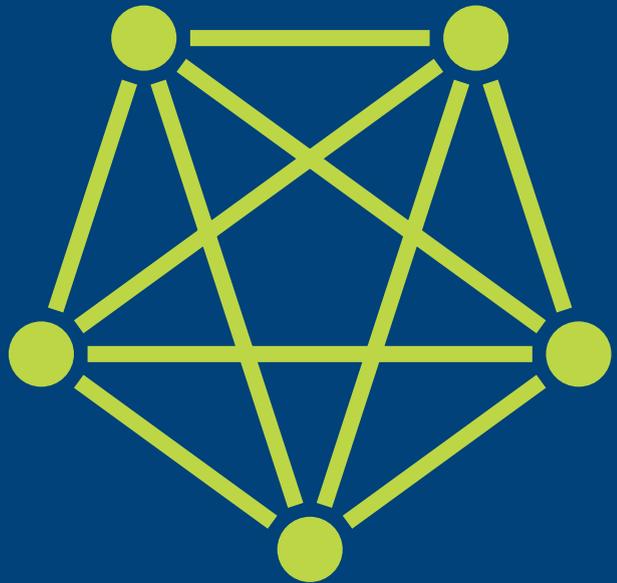


Katja Kummer

Kommunikation über Inkontinenz – ein Thema zwischen alten Patienten, Ärzten und Pflegenden?



Kummer
Kommunikation über Inkontinenz

Projektreihe der
Robert Bosch Stiftung

HUBER



Reihe Multimorbidität im Alter

Seit Mitte 2004 eröffnet das Graduiertenkolleg «Multimorbidität im Alter» jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Chance, über ein Thema im Zusammenhang mit multimorbiditätsbezogenen Phänomenen im höheren Lebensalter zu promovieren. Kennzeichen dieses – von der Robert Bosch Stiftung geförderten – Kollegs ist Interdisziplinarität im Sinne einer Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven auf Probleme von mehrfach erkrankten älteren Menschen.

Erste Sprecherin des Kollegs: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy
Geschäftsführung: Dr. Stefan Blüher

Weitere Informationen: www.gradmap.de

Die 13 Bände:

Ahnis

Bewältigung von Inkontinenz im Alter

ISBN 978-3-456-84709-2

Boguth

Harninkontinenz im Pflegeheim

ISBN 978-3-456-84710-8

Bölicke

Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege

ISBN 978-3-456-84711-5

Bornschlegel

**Erkennen von Schmerzzuständen bei
aphasischen Menschen**

ISBN 978-3-456-84712-2

Braumann

**Information und ihre Bedeutung bei
Harninkontinenz**

ISBN 978-3-456-84713-9

Fischer

**Schmerzeinschätzung bei Menschen mit
schwerer Demenz**

ISBN 978-3-456-84714-6

Holzhausen

Lebensqualität multimorbider älterer Menschen

ISBN 978-3-456-84715-3

Kopke

**Schmerzreduktion durch Atemstimulierende
Einreibung bei älteren mehrfach erkrankten
Menschen**

ISBN 978-3-456-84716-0

Kummer

Kommunikation über Inkontinenz

ISBN 978-3-456-84717-7

Mathes

Zu Hause im Pflegeheim

ISBN 978-3-456-84718-4

Seither

**Lebensqualität von pflegenden Angehörigen
älterer Menschen**

ISBN 978-3-456-84719-1

Seizmair

**Bedingungen von Therapiemotivation bei
Menschen im höheren Lebensalter**

ISBN 978-3-456-84720-7

Struppek

Patientensouveränität im Pflegeheim

ISBN 978-3-456-84721-4

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter www.verlag-hanshuber.com.

Katja Kummer

Kommunikation über Inkontinenz – ein Thema zwischen alten Patienten, Ärzten und Pflegerinnen?

Verlag Hans Huber

Anschrift der Autorin:

Katja Kummer, M. A.
Institut für Medizinische Soziologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Luisenstraße 13
10117 Berlin

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

Zugleich Dissertation Fachbereich Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin

1. Auflage 2011

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN 978-3-456-94717-4)

ISBN 978-3-456-84717-7

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus: Kummer, Kommunikation über Inkontinenz, 1. Auflage.

Inhalt

Zusammenfassung	13
1 Einleitung	19
TEIL I: THEORETISCHE UND DEFINITORISCHE VORAUSSETZUNGEN	23
2 Inkontinenz	23
2.1 Definition	23
2.2 Prävalenz, Geschlecht und Alter	24
2.2.1 Prävalenz	24
2.2.2 Inkontinenz – typisch weiblich?	25
2.2.3 Inkontinenz – eine typische Alterserscheinung?	25
2.3 Inkontinenz und Intimität	26
2.4 Psycho-soziale Aspekte der Inkontinenz	27
3 Theoretischer Rahmen: Kommunikationsprozesse und soziale Rollen	31
3.1 Herleitung des theoretischen Rahmens	31
3.2 Kommunikation im Symbolischen Interaktionismus	32
3.2.1 Definition: Kommunikation	33
3.2.2 Kommunikationsprozess	34
3.3 Rollenzuschreibungen	37
3.3.1 Grundgedanken	37
3.3.2 Arzt und Pflege als Berufsrollen	40
3.3.3 Krankenrolle	47
3.3.4 Geschlechterrolle	50
3.4 Zusammenführung	53

TEIL II: FORSCHUNGSSTAND, FORSCHUNGSFRAGE UND METHODIK.....	57
4 Empirische Befunde und Ableitung der Forschungsfrage.....	57
4.1 Empirische Befunde	57
4.2 Forschungsfrage.....	69
5 Methodisches Vorgehen	71
5.1 Sicherung der Qualität.....	71
5.1.1 Gütekriterien der Studie	71
5.1.2 Ethische Aspekte	72
5.2 Überblick zum Forschungsablauf.....	73
5.3 Eine Klinik für Geriatriische Rehabilitation als Untersuchungsfeld	75
5.3.1 Feldzugang	77
5.3.2 Charakterisierung des Untersuchungsfeldes.....	77
5.3.3 Die Forscherin im Untersuchungsfeld.....	79
5.4 Durchführung der Fallstudie	80
5.4.1 Methodenwahl.....	80
5.4.2 Methodenerläuterung.....	85
5.4.3 Auswertung	89
5.4.4 Deskription der Studienteilnehmer.....	92
TEIL III: ERGEBNISSE DER FALLSTUDIE UND DISKUSSION	95
6 Institutionelle Rahmenbedingungen	95
6.1 Ankunft der Patienten und ihre Aufnahme durch das Pflegepersonal	96
6.2 Die ärztliche Anamnese.....	99
6.3 Zusammenfassung.....	105

7 Inkontinenz als Problem	107
7.1 Patienten: Stellenwert und Belastungserleben	107
7.2 Ärzteschaft: Verschiebung der Zuständigkeiten.....	113
7.3 Pflegekräfte: Die Versorgung im Pflegealltag	117
7.4 Zusammenfassung.....	121
8 Kommunikation über die Inkontinenz.....	125
8.1 Die ärztliche Perspektive: Routine und bio- medizinischer Zugang	125
8.1.1 Im ärztlichen Gespräch	125
8.1.2 Die körperliche Untersuchung.....	139
8.1.3 Zusammenfassung.....	146
8.2 Die pflegerische Perspektive: Zwischen Kompensations- maßnahmen und Lebensqualität	147
9 Im Gespräch mit den Betroffenen	157
9.1 Ärztliche Kommunikation: Kompetenzzuschreibung.....	157
9.2 Pflegerische Kommunikation: Beziehungsorientierung.....	166
9.3 Kommunikation der Ärzte und Pflegenden: Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	174
10 Die Geschlechterfrage	177
10.1 Aus Sicht der Ärzte.....	177
10.2 Aus Sicht der Pflegenden.....	183
10.3 Aus Sicht der Patienten	186
10.3.1 Ärztin, Arzt oder egal?	187
10.3.2 Schwester, Pfleger oder egal?.....	194
10.3.3 Zusammenfassung.....	200

11 Methodische Einschränkungen der Studie	201
12 Zusammenführung der Ergebnisse und Rückführung auf den theoretischen Rahmen	205
13 Zusammenfassung und Implikationen.....	215
14 Literaturverzeichnis	231
15 Anhang	243

Danksagung

Zum großen Dank bin ich meinen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern verpflichtet, ohne deren Engagement die vorliegende Studie nicht möglich gewesen wäre.

Mein besonderer Dank gilt meinen Betreuerinnen Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei und Frau Prof. Dr. Martina Dören sowie meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Ernst von Kardorff für die konstruktive Begleitung und Unterstützung dieser Dissertation.

Ein großer Dank gebührt der Robert Bosch Stiftung für die Förderung dieser Studie im Rahmen des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Bereitstellung der hervorragenden Rahmenbedingungen.

Danken möchte ich auch den Kollegiatinnen und Kollegiaten des Graduiertenkollegs für die gemeinsame Zeit und den konstruktiven interdisziplinären Austausch.

Formalia

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Kommunikation über Inkontinenz von Ärztinnen und Ärzten, weiblichen und männlichen Pflegekräften mit Patientinnen und Patienten. – Um jedoch eine bessere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, wird die männliche Form verwendet, damit sind Männer sowie Frauen gemeint. Bei geschlechterspezifischen Betrachtungen wird explizit die weibliche oder männliche Form verwendet.

Zudem werden in dieser Arbeit vorrangig zwei grammatikalische Zeitformen verwendet. In der Gegenwartsform werden die Ergebnisse der Fallstudie präsentiert. Bei der Deskription von Arbeitsabläufen und strukturellen Rahmenbedingungen wird ebenso diese Zeitform genutzt, um deren Regelmäßigkeit zu verdeutlichen. Das Präteritum wird bei der Präsentation des Forschungsstandes und der Diskussion der in dieser Studie herausgearbeiteten Befunde mit Ergebnissen vorliegender Untersuchungen verwendet. Weiter wird die Zusammenfassung der Dissertation in der Vergangenheitsform verfasst.

Zitate der Interviewpersonen sind kursiv eingearbeitet. Interviewzitate, die fünf Zeilen überschreiten, stehen zudem eingerückt, in kleinerem Schriftgrad und Zeilenabstand.

Zusammenfassung

Fragen zur Kommunikation über das noch immer tabuisierte Thema „Inkontinenz“ zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten standen im Fokus dieser Dissertation. Inkontinenz als der unfreiwillige Verlust von Harn und/oder Stuhl ist eine Erkrankung im Urogenital- und Analbereich; darum stellen medizinische und pflegerische Interventionen einen Eingriff in den Intimbereich der betroffenen Person dar und können Scham und Peinlichkeit auslösen. Anlass der Forschungsarbeit war die unzureichende Befundlage dazu, ob und wie Kommunikation über Inkontinenz zwischen der betroffenen Person und Akteuren des Gesundheitssystems abläuft.

Die vorliegende Untersuchung hatte das Ziel, die Kommunikation der Ärzte und Pflegenden mit Patienten, die an Inkontinenz erkrankt sind, zu explorieren und die Perspektive der professionellen Akteure sowie die der Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer Wahrnehmungen und Erfahrungen sowie geschlechterspezifischer Aspekte zu beschreiben. Folgende Fragestellungen galt es in der vorliegenden Arbeit zu beantworten:

- Wie gestaltet sich der Rahmen, in dem Ärzte und Pflegende mit älteren an Inkontinenz erkrankten Patienten miteinander kommunizieren?
- Welche Bedeutung schreiben Ärzte, Pflegekräfte und betroffene Patienten der Inkontinenz zu?
- Wie gestaltet sich die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden mit älteren Patienten über Inkontinenz und zeigen sich geschlechterspezifische Besonderheiten?
- Welche Wahrnehmungen, Erfahrungen und Erwartungen der älteren an Inkontinenz erkrankten Frauen und Männer an die Kommunikation mit der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal lassen sich herausarbeiten?
- Stellt das Geschlecht der Akteure einen die Kommunikation beeinflussenden Faktor dar und welche weiteren Einflussfaktoren auf die Kommunikation über Inkontinenz können identifiziert werden?

Theoretisch wurde diese Arbeit in die mikrosoziologischen Ansätze des Symbolischen Interaktionismus und des Rollenkonzeptes eingebettet. Im Rahmen des Symbolischen Interaktionismus erfolgte die definitorische Klärung des zentralen Begriffs der Kommunikation. Das Rollenkonzept wurde aufgrund seiner Eignung herangezogen, soziale Strukturen transparent zu machen und erklärend zu erfassen. Es wurde auf die Rollentheorie von Parsons (1991 [1951]) zurückgegriffen, in der er normative Verhaltenserwartungen („pattern variables“) an die Arztrolle sowie die Krankenrolle formulierte. Da die Pflegerolle soziologisch nicht definiert ist, wurde der Versuch unternommen, die Berufsrolle der Pflegenden aus Parsons „pattern variables“ für die Arztrolle abzuleiten. Darüber hinaus erfuhr die Geschlechterrolle eine definitorische Einordnung.

Die Zielstellung der vorliegenden Dissertation wurde mit einem qualitativen Mehrmethodendesign untersucht, welches datenschutzrechtlich sowie von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin positiv beschieden wurde: Untersuchungsfeld stellte eine Klinik für Geriatrische Rehabilitation dar, insgesamt partizipierten 22 Patienten an der Studie. Es wurden teilnehmende Beobachtungen von Interaktionssituationen der Ärzte und Pflegenden mit älteren an Inkontinenz erkrankten Personen durchgeführt; für die Arzt-Patient-Kommunikation wurde die Situation der ärztlichen Anamneseerhebung gewählt, für die Beobachtung der Kommunikation von Pflege und Patienten schienen jegliche Interventionen zur Versorgung der Inkontinenz geeignet. Weiter kamen leitfadengestützte Interviews mit 17 alten Frauen und Männern, die an Inkontinenz erkrankt waren, zum Einsatz. Die befragten Patienten waren zwischen 68 und 94 Jahren alt. Zudem wurden Experteninterviews mit sechs Vertretern der Ärzteschaft und fünf Pflegekräften geführt. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2003).

Folgende Hauptergebnisse wurden herausgearbeitet: Der organisatorisch-institutionelle Rahmen, in dem die Kommunikation der Ärzte, Pflegenden und Patienten über Inkontinenz stattfindet, zeichnete sich durch eine starke Asymmetrie aus, zudem waren Merkmale einer „totalen Institution“ erkennbar: die Patienten mussten sich dem stationären Geschehen (z. B. Tagesablauf) unterordnen. Der Kommunikationszusammenhang der pflegerischen sowie ärztlichen Anamneseerhebung verstärkte die Asymmetrie, indem Patienten in Warteposition verharren (im Bett mit Nachtwäsche liegend), sie „Anweisungen“ erhielten und befolgten und die Professionellen keine Rücksicht auf ihre Intimsphäre nahmen, indem sie Gespräche über Privates und Intimes sowie die Untersuchung im Intimbereich und Interventionen zur Inkontinenzversorgung im Patientenzimmer sowie in Anwesenheit der Mitpatienten durchführten. Störfaktoren wie Telefonklingeln wurden nicht eliminiert. In den teilnehmenden Beobachtungen zeigte sich, dass im organisatorisch-institutionellen Rahmen der geriatrischen Rehabilitation Ärzte, Pflegenden und die älteren Patienten die traditionellen Rollenbilder im Sinne von Parsons internalisiert haben und mit ihrem Verhalten an der Aufrechterhaltung der asymmetrischen Beziehungsstruktur beitrugen, wobei insbesondere die Patienten die traditionellen Verhaltenserwartungen an die Krankenrolle und die Arztrolle reproduzierten.

Bezüglich der Bedeutung der Inkontinenz für die Ärzteschaft, das Pflegepersonal und die Patienten wurde für jede Akteursgruppe ein präkommunikatives Einstellungsprofil herausgearbeitet: Der Großteil der inkontinenten Patienten empfand ihren Kontinenzverlust als belastend und Scham auslösend, wobei Angsterleben, wie der Geruch nach Urin und das nicht rechtzeitige Erreichen einer Toilette, Wut und Angst vor dem Kontrollverlust, besonders ausgebildet waren. Deutlich wurde weiterhin, dass das Belastungserleben individuell ausgeprägt war, Betroffene unterschiedliches Bewältigungsverhalten entwickelten und so unterschiedliche präkommunikative Dispositionen vorlagen, die je nach subjektivem Empfinden in die Kommunikationssituation „hineintragen“ wurden.

Für die Ärzte war Inkontinenz im Rahmen ihres professionellen Handelns von geringer Relevanz. Vielmehr brachten sie zum Ausdruck, dass sie Inkontinenz eher als eine typische Begleiterscheinung des Alterungsprozesses verstehen, die nicht (unbedingt) behandelbar ist. Nach Angaben der Ärzte löst eine bestehende Inkontinenz nur dann Handlungsbedarf aus, wenn maladaptive Komplikationen bei den Patienten drohen, z. B. durch unzureichende Flüssigkeitsaufnahme aus Angst vor Inkontinenzereignissen. Die präkommunikativen Dispositionen seitens der Ärzteschaft waren damit eher homogen. Anders bei den Pflegekräften: Sie zeichnete aus, dass sie Inkontinenz in ihrem professionellen Handeln Bedeutung beimessen – jedoch ganz unterschiedlich motiviert, was sich in einem breitem Versorgungsspektrum ausdrückte: dies reichte von der Sicherstellung der Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln zur Vermeidung von Mehraufwand für sie als Pflegenden bis hin zur Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten. Neben der Relevanz für ihr professionelles Handeln äußerten Ärzte sowie Pflegenden ein Bewusstsein dafür, dass der Kontinenzverlust für die Betroffenen Scham auslösend sein kann und als belastend empfunden wird. Diese Selbsteinschätzung der Professionellen fand sich jedoch, insbesondere bei den Ärzten, nicht in ihrem tatsächlichen Kommunikationsverhalten mit betroffenen Patienten wieder. Weiter fiel ein Delegieren-Wollen der Versorgungsverantwortlichkeit von einer Berufsgruppe auf die jeweils andere auf.

Die Inkontinenz kam in allen ärztlichen Aufnahmen zur Sprache. Der Kontinenzverlust als Item auf dem Anamnesebogen wurde standardisiert erfasst. Beim Großteil der Anamnesen fragte der Arzt nach dem „Wasserlassen“, ein geringerer Anteil an Patienten erwähnte die Kontinenzschwäche eigeninitiativ. Darüber hinaus wurde die Inkontinenz meistens nicht weiter thematisiert; in nur wenigen Fällen interessierte den Arzt, ob Inkontinenzvorlagen benutzt und wie oft diese gewechselt werden. Die Pflegekräfte erfassten die Inkontinenz der Patienten nicht standardisiert, da der Kontinenzstatus nicht als Item auf dem verwendeten Erhebungsbogen angeführt war. Es wurden dahingehend zwei Kommunikationsstrategien der Pflegenden herausgearbeitet: Die erste war handlungsorientiert und zeichnete sich durch Patientenbeobachtung statt Erfragen der Kontinenzbeschwerden aus, durch das Dekodieren des Patientenverhaltens und durch das darauf Abstimmen des eigenen Kommunikationsverhaltens. Die zweite Kommunikationsstrategie zeichnete sich insbesondere durch Patientenzentrierung aus. Kennzeichnend dafür waren das Erfragen der Beschwerden, selbstverständlicher Umgang mit der Inkontinenzproblematik, Beratung bei Hilfsmittelversorgung und Begleitung der Maßnahme, Zuspruch, Lob, mehrmalige Gesprächsangebote. In pflegerischen Interventionssituationen zur Versorgung der Inkontinenz fand meist keine reziproke Kommunikation mit betroffenen Personen über die Inkontinenz statt, vielmehr reduzierte sich die Kommunikation der Pflegenden auf das Formulieren von Handlungsanweisungen an den Patienten. Die Patienten hingegen sprachen bei einem durch eine Pflegekraft begleiteten Toilettengang eher zu sich selbst, um sich in ihren Bewegungsabläufen zu strukturieren, um möglichst selbständig, ohne Sturz und ohne Inkontinenzereignis die Toilette zu erreichen.

In ihren Reflexionen zur Kommunikation mit den Patienten über Inkontinenz nannten die Ärzte folgende Aspekte, die nach ihren Wahrnehmungen dazu führen, dass sich das Scham- und Peinlichkeitsempfinden der Patienten reduziert: fortgeschrittenes Alter, vorangegangene Krankenhausaufenthalte, Inkontinenz als „typische Alterserkrankung“, der Arztstatus und das daran geknüpfte Vertrauen in die ärztliche Kompetenz sowie den „Überraschungseffekt“ mit der Frage nach dem Kontinenzstatus bei der Anamneseerhebung. Die Pflegekräfte beschrieben ebenso das hohe Alter der Patienten und Krankenhauserfahrungen als Scham reduzierend. Zudem führten Pflegekräfte Verhaltensmerkmale an, die sie als Hinweise für ein Belastungserleben der Patienten deuten: wenig Aufgeschlossenheit, Abwenden des Blickes, wenn nach dem Kontinenzstatus gefragt wird, abruptes Verneinen dieser Frage, langsames Auskleiden und „Rumdrucksen“. Darüber hinaus orientieren sie sich an der Körperhaltung, Gestik, Mimik und der Stimme der Patienten.

Die Patientenperspektive kennzeichnete, dass sie mit Blick auf die Berufsgruppe der Ärzte und der Pflegekräfte eine ganz unterschiedliche Erwartungshaltung haben, was sich wiederum in den Erwartungen an das Kommunikationsverhalten der Professionellen und dessen Bewertung widerspiegelte. Die älteren inkontinenten Patienten nahmen die Ärzteschaft primär auf der fachlichen Ebene wahr und erst nachgeordnet auf der Beziehungsebene, d. h. in der Interaktion und Kommunikation mit dem Arzt dominiert dessen Fachkompetenz, die ihm mit der Arztrolle zugeschrieben und nicht angezweifelt wird. Dieses Verständnis äußerte sich in der Schwierigkeit für Patienten, konkrete Erwartungen an den Arzt hinsichtlich der kommunikativen Aspekte, die Fachkompetenz vermitteln, zu formulieren. So hofften sich die älteren Patienten, sich in guten medizinischen Händen zu fühlen. Dieses Anliegen erfüllte sich, wenn Ärzte erfahren, engagiert, gewissenhaft, interessiert und verbindlich auftreten, die Behandlung erläutern, beraten, begleiten sowie unterstützen und dabei eine dem Patienten verständliche Sprache verwenden. Elaborierter Sprachstil, Ignoranz gegenüber den Therapieerfahrungen des Patienten und Änderungen im Behandlungsplan ohne Rücksprache mit dem Patienten schwächen das Kompetenzzempfinden der Patienten für den Arzt. Auch wenn die Beziehungsebene für die älteren Patienten nicht die entscheidende im Arztkontakt ist, so konnten sie hierfür zahlreiche fördernde und hemmende Aspekte von Kommunikation benennen. So wünschten sich die Patienten grundsätzlich einen persönlichen und vertrauensvollen Umgang, der durch Kommunikationsweisen gekennzeichnet ist, die sich unter patienten-orientierter Kommunikation subsumieren lassen. Dafür nannten die älteren Patienten Höflichkeit, Freundlichkeit, Respekt, gemeinsames Lachen, Interesse an der Person und Verständnis für die schwierige Situation, in der sie sich befinden. Erfüllt jedoch der Arzt diese Erwartungen nicht, beeinträchtigt dies keineswegs negativ die fachlich kompetente Wahrnehmung des Arztes. Als beziehungs-hemmend beschrieben die Patienten einen direktiven Gesprächsstil, Distanzbrüche und Stigmatisierungen aufgrund des Alters.

Die Pflegenden hingegen wurden in erster Linie und nahezu ausschließlich, ganz im Sinne des traditionellen Berufsbildes, auf der Beziehungsebene wahrgenommen,

erst nachrangig wurde ihnen auch fachliche Kompetenz zugeschrieben; entsprechend nannten die Patienten eine Vielzahl beziehungsfördernder und -hemmender Kommunikationsweisen, die im Wesentlichen mit den Erwartungen an das ärztliche Kommunikationsverhalten übereinstimmen. Deutlich wurde jedoch, dass sich negativ empfundene Kommunikation der Pflegenden, anders als bei den Ärzten, sogleich negativ auf die fachliche Kompetenzzuschreibung auswirkt – die Pflegekräfte also weniger kompetent wahrgenommen wurden. Auch für das Pflegepersonal fiel es den Patienten schwer, die fachliche Kompetenz fördernde bzw. hemmende Kommunikationsaspekte zu nennen. Als Kompetenz fördernd wurden ebenso Information, Beratung, Anleitung und Begleitung genannt sowie eigeninitiativ dem Patienten eine Rückmeldung geben. Nicht-berufsrollenkonformes Verhalten und (unangemessene) Reaktionen auf der Beziehungsebene statt fachlich orientiert, schwächen die Kompetenz der Pflegekräfte aus Patientensicht.

Das Geschlecht der Ärzte, Pflegenden und Patienten stellte sich anhand der Reflexionen der Akteure als weniger bedeutsam heraus. Geschlechterspezifische Befunde zur Art und Weise wie die Inkontinenz angesprochen wird, konnten nicht herausgearbeitet werden.

In den Wahrnehmungen der Ärzte bezüglich geschlechterspezifischer Besonderheiten bei Patienten wurden lediglich zwei Tendenzen deutlich: Die Kommunikationsweise von Patientinnen zeichne sich dadurch aus, dass Frauen ein großes Mitteilungsbedürfnis haben und eher Inhalte thematisieren, die gerade nicht relevant sind; das wirke sich auf die Gesprächsdauer und -struktur aus. Das Kommunikationsverhalten der Männer hingegen sei durch ein geringer ausgeprägtes Rede-/Mitteilungsbedürfnis und wenige Gesprächsunterbrechungen charakterisiert. Es entstand der Eindruck, Patientinnen seien in Untersuchungssituationen anspruchsvoller als männliche Patienten, zumal diese mehr „über sich ergehen“ ließen. Weiter wurde von den Ärzten ein hoher Bildungsstand der Patienten als ein die Kommunikation erschwerender Aspekt angegeben – hoch ausgebildete Patienten wurden schnell zu „schwierigen Patienten“. Die Pflegenden nannten keine geschlechterspezifischen Unterschiede in Interaktionen mit der älteren Patientenklientel.

Bezüglich der Geschlechterdyaden in Interventionssituationen im Intimbereich wurde eine Sensibilität seitens der ärztlichen Professionellen für gleichgeschlechtliche Beziehungskonstellationen herausgearbeitet. Die Dyade aus älterem männlichen Patient und jüngerer Ärztin wurde als diejenige benannt, die die größten Schwierigkeiten bergen kann. In den Aussagen der Pflegenden dazu zeigte sich der Trend, dass es in gegengeschlechtlichen Dyaden eher zu Falschaussagen hinsichtlich des Kontinenzstatus kommt. Weiter gaben sie an, dass in Situationen, die den Intimbereich einer Person betreffen, in gleichgeschlechtlichen Dyaden eher ein Gespräch auf gleicher Ebene möglich ist. Das fortgeschrittene Alter der Patienten benannten die Pflegenden zudem als einen weiteren Einflussfaktor, der Schwierigkeiten in gegengeschlechtlichen Dyaden verstärken bzw. vermindern kann.

Die Patientenaussagen zeigten, dass für die älteren Patienten das Geschlecht der Ärzte unbedeutend ist: Obgleich sich ein Teil der Patientinnen durchaus eine Ärztin

für das Gespräch über ihren Kontinenzverlust und die notwendige Untersuchung wünschte, wurde deutlich, dass das Geschlecht bei der tatsächlichen Arztwahl nicht mehr relevant war. Bei den Pflegenden dominierte klar die Präferenz für gleichgeschlechtliche Akteure, wobei deutlich wurde, dass diese Präferenz einem Wandlungsprozess unterliegt: Der Wunsch, von einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson versorgt werden zu wollen, weicht unter dem Einfluss unterschiedlicher inter- und intrapersonaler Aspekte (z. B. positive Erfahrungen mit gegengeschlechtlichen, negative Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen Pflegenden, Erkenntnis, auf Hilfe angewiesen zu sein, Krankenhauserfahrungen) auf und die Patienten akzeptieren auch eine gegengeschlechtliche Pflegekraft. Weiter fanden sich Hinweise dafür, dass es kein Garant für eine gelungene Versorgungssituation ist, von einer Pflegeperson mit „Wunschgeschlecht“ versorgt zu werden. Empfundene Sympathie bzw. Antipathie sowie Alterspräferenzen und daran gebundene Verhaltenserwartungen entscheiden ebenso darüber.

Zudem wurde deutlich, dass die Rolle des Geschlechts der ärztlichen und pflegerischen Professionellen im Versorgungsalltag hinter dem Wunsch zurück trat, Hilfe zu erhalten und gut versorgt zu werden.

In der vorliegenden Dissertation wurden damit erstmals Ergebnisse exploriert, die darüber Aufschluss geben, inwieweit Inkontinenz zwischen ärztlichen sowie pflegerischen Professionellen und betroffenen Patienten thematisiert wird und wie das Kommunikationsverhalten der Akteure, auch hinsichtlich geschlechterspezifischer Aspekte, reflektiert wird.

In der Zusammenführung der herausgearbeiteten Ergebnisse zur untersuchten Fragestellung wurde ein Leitfaden für gute Kommunikation der Ärzte und Pflegenden mit Patienten über deren Inkontinenz entworfen (s. Kap. 12, s. Abbildung 7).

Die Befunde gilt es jedoch mit dem Wissen um die methodischen Limitationen – insbesondere die Selektivität der Untersuchungseinrichtung und der Studienteilnehmer – zu betrachten, von einer Verallgemeinerung ist abzusehen. Dennoch ließ sich anhand der präsentierten Befunde die Forderung nach einem partizipativen Ansatz in der Arzt-Patient- sowie Pflege-Patient-Beziehung ableiten. Die Professionellen sollten aufgefordert werden, ihr Kommunikationsverhalten patienten-orientiert auszurichten, was z. B. durch gezielte Schulungs- und Trainingsprogramme angeregt werden könnte.

Neben weiteren Implikationen für die Praxis werden auch Forschungsbereiche herausgearbeitet, deren Berücksichtigung sich wiederum positiv auf die Versorgungspraxis auswirken könnte.

1 Einleitung

Der Zusammenhang von Alter, Gesundheit und Krankheit hat in den vergangenen Jahren national wie international an Bedeutung gewonnen. Kausal dafür sind der demografische Wandel sowie die eng daran geknüpfte Veränderung des Krankheitspanoramas (Kuhlmey, 2008). Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen – so wurden Frauen 1950 im Durchschnitt 68,5 Jahre alt und in 2008 82,4 Jahre. Männer erreichten 1950 ein durchschnittliches Alter von 64,6 Jahren, 2008 wurden sie 77,2 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2009a). Eine heute 60-jährige Frau könnte statistisch betrachtet noch 24,7 Jahre leben, einem gleichaltrigen Mann könnten 20,9 Jahre bevorstehen (Statistisches Bundesamt, 2009c). Damit steigt auch der Anteil älterer Menschen: So sind heute 20 % der deutschen Bevölkerung 65 Jahre und älter, 2060 werden sie einen Anteil von 34 % darstellen (Statistisches Bundesamt, 2009b).

Lange zu leben also wird immer häufiger zur individuellen wie gesellschaftlichen Realität. – Die Befundlage verweist jedoch darauf, dass das demografische Altern nicht allein mit einem Zuwachs an Lebensjahren einhergeht, sondern ebenso Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen hat: Es steigt die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen. So bringt die gestiegene Lebenserwartung einerseits eine längere Vitalität älterer Menschen und eine Zunahme an gesunden Lebensjahren mit sich, andererseits korreliert sie eng mit einem Anstieg chronischer Erkrankungen, psychischer Leiden und Pflegebedürftigkeit, zudem wächst die Gefahr der Multimorbidität (Kuhlmey, 2008; Kuhlmey & Schaeffer, 2008).

Vor diesem Tatbestand ist es als gesamtgesellschaftliche Notwendigkeit zu verstehen, die Probleme des Alter(n)s in den Fokus zu rücken, das heißt auch, die Phänomene des Alter(n)s wissenschaftlich mit dem Ziel zu beleuchten, Wege und Möglichkeiten aufzuzeigen und in die Praxis zu transportieren, um die Versorgung sowie Lebensqualität älterer multimorbider Menschen zu sichern und zu verbessern.

Eine im Alter häufig auftretende Erkrankung, die für betroffene Personen nicht allein physische Einschränkungen bedeutet, sondern insbesondere auch vielfältige psycho-soziale Belastungen mit sich bringt, ist Inkontinenz. Inkontinenz heißt der unfreiwillige Verlust von Harn und/oder Stuhl und ist eine Erkrankung im Urogenital- und Analbereich eines Menschen. Eben diese Körperregion sowie auch die Ausscheidung als intime Handlung gehören zur klassischen Zone der Intimität. Intimität umschreibt einen schutzwürdigen Raum, der dem Zugriff und der Neugier anderer unzugänglich sein soll (Lockot & Rosemeier, 1983). Die Ausscheidung von Harn und Stuhl wird „heimlich“, vor Blicken Fremder abgeschirmt, verrichtet. Durch den unfreiwilligen Kontrollverlust über die Ausscheidungen wird Intimes für andere sichtbar; Scham- und Ekelgefühle der betroffenen Person selbst sowie anderer sind die Folge. Die Betroffenen fürchten Stigmatisierung und Diskriminierung (Ashworth & Hagan 1993, Ahnis & Knoll 2008).

Personen, die an Inkontinenz leiden, fällt es oft schwer, darüber zu sprechen und sich professionelle Hilfe zu suchen. Sie wissen und fürchten es zugleich, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen im urethralen und analen Bereich einen direkten Eingriff in ihren Intimbereich darstellen und von ihnen ein einseitiges Sich-öffnen erfordern (Lockot & Rosemeier, 1983). – Studien weisen darauf hin, dass von Inkontinenz Betroffene ihre Beschwerden dem Arzt oft nicht vortragen (Dugan et al., 2001) und auch Ärzte nicht routiniert den Kontinenzstatus erfragen (Cohen et al., 1999). Es wird eine „doppelte Sprachlosigkeit“ (Schlenger, 2003) konstatiert. Neben Ärzten greifen auch Pflegekräfte im Rahmen ihrer pflegerischen Handlungen, wie dem Wechsel von Inkontinenzmaterial, dem begleiteten Toilettengang, der Katheter- sowie Intimpflege, direkt in den Intimbereich einer Person ein – deren Kontrollverlust so öffentlich wird, nicht mehr abgeschirmt von Fremden sein kann.

In der Beziehung zwischen Pflegekräften und Patient sowie Arzt und Patient stellt Kommunikation das vermittelnde Kernstück dar und wirkt sich grundlegend auf das Erleben, das Verhalten und die Genesung des Patienten sowie die Diagnosestellung, Behandlung und Therapie aus (Darmann, 2000; Schmid Mast et al., 2004).

Ziel der Dissertation ist es, die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden mit Patienten, die an Inkontinenz erkrankt sind, zu beschreiben. Damit wird ein Beitrag zur Enttabuisierung von Inkontinenz geleistet sowie Wege für eine angemessene Ansprache und gelingende Kommunikation aufgezeigt. Wird die Inkontinenz im medizinischen bzw. pflegerischen Setting angesprochen? Wer spricht sie an: der Professionelle oder der Betroffene? Welche Relevanz hat die Inkontinenz für Ärzte und Pflegekräfte? Wie gestalten sich die Gesprächssituationen und wie nehmen insbesondere die betroffenen Personen das Kommunikationsverhalten der professionellen Akteure wahr? – Diese Fragen stellen sich im vorliegenden Interessenkontext. Doch aufgrund der Tatsache, dass Inkontinenz eine Erkrankung das „Geschlechts an sich“ ist, es um die Exploration von Kommunikation geht und die Gesprächspartner ebenso ein Geschlecht haben, also weiblich oder männlich sind, steht im weiteren Erkenntnisinteresse, inwieweit das Geschlecht der Akteure einen Einflussfaktor auf die Ansprache der Inkontinenz sowie die Kommunikation darüber darstellt und ob sich geschlechterspezifische Kommunikationsweisen der Akteure abbilden. Zudem stellt sich die Frage nach weiteren Einflussfaktoren auf die Kommunikation der Ärzte, Pflegenden und älteren inkontinenten Patienten.

Die Dissertation gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil bietet einen Einstieg in das Thema: Zunächst wird ein Überblick über die Prävalenz von Inkontinenz und die psycho-sozialen Belastungen der Erkrankung gegeben (Kapitel 2). Auf die Beschreibung der Inkontinenzformen, ihrer Ursachen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten wird verzichtet, da die Ausführungen dazu keine Relevanz für die zentrale Fragestellung der Arbeit haben. Daran schließt sich die Darstellung des theoretischen Rahmens der Forschungsarbeit (Kapitel 3) an, diesen stellen der Symbolische Interaktionismus und die Rollentheorie dar.

Im zweiten Teil wird der Forschungsstand zu den zentralen Themenbereichen der Arbeit präsentiert, woraus die Fragestellung der Dissertation abgeleitet wird

(Kapitel 4). Im sich anschließenden Kapitel 5 werden das qualitative Design vorgestellt und die einzelnen Methoden der Triangulation erläutert. Daran schließt sich der dritte Teil der Arbeit, in dem die Ergebnisse der Fallstudie präsentiert und diskutiert werden (Kapitel 6 bis Kapitel 10). Die Integration von Ergebnisdarstellung und Diskussion bot sich in der vorliegenden Arbeit an, um Redundanzen und Verdoppelungen zu vermeiden.

Im Kapitel 12 erfolgt eine Zusammenführung der Ergebnisse sowie deren Rückkoppelung auf den theoretischen Rahmen der Arbeit. Die Dissertation schließt mit einer Zusammenfassung ab (Kapitel 13), in der konkrete Implikationen für die Versorgungspraxis älterer inkontinenter Personen sowie die Forschung angeführt werden.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Forschungsarbeit lassen es zu, bereits an dieser Stelle mit einem Statement vorweg zu greifen. – Es stimmt beruhigend und alarmierend zugleich: Ältere Menschen, die an Inkontinenz erkrankt sind, haben an ihren Arzt und die Pflegekräfte, unabhängig deren fachlichen Kompetenzen, keine besonderen kommunikativen Erwartungen. Sie wünschen sich, wie im wahren Leben, Taktgefühl, das heißt: begrüßt zu werden, respektvoll, freundlich und höflich behandelt zu werden sowie ein wenig Verständnis dafür, dass sie sich von den psycho-sozialen Belastungen der Inkontinenz oft mehr geplagt fühlen als beispielsweise von der Fraktur, die insbesondere für das ärztliche Personal, Behandlungsschwerpunkt in der geriatrischen Rehabilitation darstellt.