

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

**Chancen und Grenzen der telefonischen Beratung in der ambulanten
Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz**

Bachelor- Arbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2010

Vorgelegt von: Anne Orłowski

Betreuende Prüfende: Katharina Straß

Zweiter Prüfer: Andreas C. Müller

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
-------------------------	---

1 Verbesserung der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz - ein Lösungsansatz 1

1.1 Ausgangssituation und Problemstellung	2
1.2 Motivation und Fragestellung	4
1.3 Zielsetzung und Eingrenzung.....	5
1.4 Aufbau der Arbeit	6

2. Situation von Frauen mit Harninkontinenz..... 7

2.1 Definitionen von Harninkontinenz	7
2.2 Die Harninkontinenz der Frau	8
2.2.1 Prävalenz	8
2.2.2 Wesentliche Merkmale der weiblichen Harninkontinenz	9
2.3 Auswirkungen der Harninkontinenz.....	11
2.3.1 Körperliche Beschwerden	11
2.3.2 Psychosoziale Auswirkungen	12
2.3.3 Sozioökonomische Folgen	14
2.4 Spezifischer Beratungs- und Unterstützungsbedarf.....	15
2.4.1 Informationsbedarf	15
2.4.2 Bedarf an Unterstützung im Alltag.....	16
2.4.3 Bedarf an emotionaler Begleitung	17
2.4.4 Interaktionsbedarf mit Betroffenen	17

3. Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz	18
3.1 Nationaler Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“	18
3.1.1 Ziele des Nationalen Expertenstandards.....	19
3.1.2 Aufgabenprofil der Pflegenden	19
3.2 Stationärer Versorgungsprozess von Frauen mit Harninkontinenz	20
3.3 Zwischenfazit	23
4. Telefonberatung in der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz.....	23
4.1 Gründe für eine Telefonberatung	24
4.2 Zielsetzung.....	25
4.3 Die Rolle der Pflege bei der Telefonberatung	26
5. Theoretischer Rahmen der Telefonberatung	26
5.1 Zielgruppe	27
5.2 Ansiedlung und Kontaktaufnahme	27
5.3 Phasenmodell des ressourcenorientierten Gesprächsprozesses	28
5.4 Profil des Beraters.....	33
5.4.1 Grundlegende Kompetenzen.....	33
5.4.2 Kommunikative Kompetenzen.....	35
5.5 Chancen und Grenzen der Telefonberatung bei Frauen.....	37
6. Zusammenfassung und Fazit	39
Anhang	41
Quellenverzeichnis	43
Eidesstattliche Erklärung.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1 Verbesserung der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz – ein Lösungsansatz

Die meisten Menschen haben im Zuge der so genannten Sauberkeitserziehung gelernt, ihre Ausscheidungen zu kontrollieren.¹ Dies ist notwendig, um nicht negativ in der Gesellschaft aufzufallen. Was passiert aber, wenn man plötzlich und unerwartet diese Kontrolle verliert und man keinen Einfluss darauf hat, wo und wann es zum Urinabgang kommt. Die Angst vor der Situation des Kontrollverlustes ist dauerhaft präsent und stellt eine große Belastung für Betroffene dar, welches sich negativ auf das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden der Person auswirken kann.² Gewisse Alltagsaktivitäten sind nicht mehr ohne weiteres möglich. Erst wenn die Betroffenen selbst in der Lage sind ihre Ausscheidung wieder zu kontrollieren, sinkt das Belastungserleben der Person und gleichzeitig steigt ihr Selbstbewusstsein. Um diesen Zustand zu erreichen, müssen gewisse Kontroll- und Handlungsmöglichkeiten den Betroffenen an die Hand gegeben werden, die es ihnen ermöglichen die Situation zu beherrschen und ihre Aktivitäten wie bisher fortzusetzen. Der selbstbestimmte Umgang mit seinem Krankheitserleben oder anders gesagt das Selbstmanagement des eigenen Gesundheitsproblems stellt sich demnach durch den Zuwachs an Bewältigungskompetenzen ein und ist von entscheidender Bedeutung bei der Unterstützung von harninkontinenten Menschen. Selbstmanagementkompetenzen von Betroffenen im Alltag zu fördern, wird damit zum zentralen Ansatzpunkt dieser Arbeit.

Inkontinenz ist ein stark tabuisiertes Thema unserer Gesellschaft und unterscheidet sich diesbezüglich von anderen Gesundheitsproblemen.³ Dabei sind Kontinenzprobleme und insbesondere, die in dieser Arbeit thematisierte Harninkontinenz in der Bevölkerung weit verbreitet.⁴ Schätzungen gehen von ca. fünf bis zehn Millionen Betroffenen allein in Deutschland aus.⁵ Dabei dürfte die Dunkelziffer diese Zahlen noch um 30% übersteigen.⁶ Studien zur Prävalenz der

¹ Vgl. Hayder et al. (2008), S.35

² Vgl. Schäfer (2009), S.32

³ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.7

⁴ Vgl. Schäfer (2009), S.28

⁵ Vgl. Hayder et al. (2008), S.19

⁶ Vgl. Gruber (2008), S.2

Harninkontinenz weisen auf eine deutliche Mehrheit bei Frauen hin.⁷ Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf die Perspektive von Frauen mit einer Harninkontinenz gewählt.⁸ Viele von Harninkontinenz betroffene Frauen leiden jahrelang unter dem Problem ohne sich jemanden anzuvertrauen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei ist Urininkontinenz nicht ausschließlich ein medizinisches Symptom. Vielmehr kann sie aus Scham- und Demütigungsgefühlen zu einer sozialen Isolation und Depression führen und somit gleichermaßen ein psychosoziales Problem darstellen.⁹ Betroffene befinden sich in einem ständigen Kampf, die verloren gegangene Kontrolle über ihre Ausscheidung zurück zu gewinnen, um ein möglichst normales Leben zu führen. Dabei müssen sie sich im Alltag mit diversen Herausforderungen auseinandersetzen. Nur all zu häufig fühlen sie sich mit ihren Problemen allein gelassen und erleben starke Einbußen in ihrer Lebensqualität. In vielen Fällen können geeignete Maßnahmen und Unterstützungsangebote den Betroffenen helfen, die Kontinenz wieder vollständig herzustellen oder zumindest das Leben mit den Beeinträchtigungen einer Inkontinenz zu verbessern.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im einführenden Teil zunächst die Ausgangssituation und Problemstellung vor Thematisierung der Lösungsoption im Bereich der ambulanten Nachsorge dargelegt. Davon ausgehend werden die Motivation der Verfasserin und die zentrale Fragestellung der Ausarbeitung verdeutlicht, um des Weiteren die Zielsetzung und Eingrenzung des Themas zu formulieren. Im Anschluss wird der Aufbau der Arbeit skizziert.

1.1 Ausgangssituation und Problemstellung

Die Lebenssituation in der heutigen Gesellschaft ist geprägt durch vielfältige Möglichkeiten und dem gleichzeitigen Zwang sein Leben individuell zu gestalten. Durch veränderte Beziehungskonstellationen und dem Wertewandel muss der moderne Mensch zunehmend selbst seinen Handlungsbedarf wahrnehmen, interpretieren, entscheiden und bearbeiten. Seit den 90er Jahren erhalten die Begriffe des „Selbstmanagements“, die „Ressourcenorientierung“ und das „Leben im Netz“ entscheidende Bedeutung.¹⁰ So ist es nicht verwunderlich, dass

⁷ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.7

⁸ Aus Gründen der gewählten Perspektive in dieser Ausarbeitung wird bei von Harninkontinenz betroffenen Personen durchgängig die weibliche Schreibweise verwendet. Damit soll die männliche Form nicht ausgeschlossen werden.

⁹ Vgl. Füsgen (1997), S.V

¹⁰ Vgl. Hüper, Hellige (2007), S.15f., Hervorh. der Verf.

Menschen, die aufgrund einer Erkrankung eine Veränderung ihrer Lebenssituation erfahren, versuchen ihre Eigenständigkeit im Alltag durch vielfältige Strategien beizubehalten. Infolge einer Harninkontinenz vollbringen Betroffene eine Reihe von Anpassungs- und Bewältigungsleistungen. Für einen adäquaten Umgang mit dem Symptom und der Sicherung von Lebensqualität müssen sie auf verschiedenen Ebenen Kompetenzen erwerben. Laut Hüper gehören dazu, auf der Ebene des Krankheitswissens, Fähigkeiten der Informationsbeschaffung und Symptomkontrolle, der Umgang mit mehr oder weniger gravierenden Einschränkungen sowie mit professionellen Gesundheitsarbeiterinnen. Auf der Ebene des Familien- und Berufslebens werden Kompetenzen in einer neuen und veränderten Alltagsorganisation mit seinen vielfältigen Gewohnheiten notwendig, aber auch zu finanziellen Fragen.¹¹

Die Mehrdimensionalität der Harninkontinenz, die sich hinsichtlich der Entstehungsfaktoren, der Einschätzung und Behandlungsmaßnahmen zeigt, verunsichert viele Betroffene auf der Suche nach eigenen Bewältigungsstrategien. Zumal die Tatsache der hohen Verschwiegenheit das Ohnmachtsgefühl der Frauen noch verstärkt. Trotz dieser Erkenntnis erhalten laut Bundesberichterstattung viele Betroffene keinerlei professionelle Hilfe.¹² Zudem existieren kaum Präventionsangebote.¹³ Insbesondere die Beratung zur Alltagsbewältigung der Harninkontinenz wird unzureichend durch entsprechende Angebote der Nachbetreuung abgedeckt.¹⁴ Koch- Straube erklärt dazu: „Alltagskompetenz erweist sich als grundlegende Bedingung, als „conditio sine qua non“ der Krankheitsbewältigung.“¹⁵ Es wird damit nachvollziehbar, dass über die Förderung des Selbstmanagements die Basis für eine erfolgreiche Reintegration in das gewohnte Umfeld gelegt wird. Dies führt wiederum zur Verbesserung der Lebensqualität. Wichtige Voraussetzung ist ein kontinuierlicher Versorgungsprozess, der über den Krankenhausaufenthalt hinaus geht und durch adäquate Beratungsangebote die Betroffenen im Alltag unterstützt.

Aus der oben dargelegten Problemstellung sowie den damit einhergehenden Erkenntnissen, lässt sich ein Handlungsbedarf an angemessenen Angeboten zur Beratung und Unterstützung im Alltagsmanagement zwischen stationärer

¹¹ Vgl. Hüper, Hellige (2007), S.52

¹² Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.7

¹³ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.7

¹⁴ Vgl. Hayder (2010b), S.138

¹⁵ Koch- Straube (2008), S.64; zit. n. Moers et al. (1999), Hervorh. im Original

Krankenhausversorgung und nachstationärer Betreuung bei Harninkontinenz feststellen. Diese Diskontinuität im Versorgungsgeschehen bringt den Vorschlag einer Telefonberatung in der ambulanten Nachsorge hervor. Die in dieser Arbeit fokussierte Zielgruppe einer Telefonberatung sind harninkontinente Frauen bzw. kontinente Frauen nach einem stationären Aufenthalt. Das Telefon bietet die Möglichkeit zeitnah und ohne größeren Aufwand die Betroffenen zu Hause zu erreichen, um sich nach ihrem derzeitigen Zustand zu erkundigen. Darüber hinaus kann diese Form der Beratung eine Möglichkeit darstellen, um eine bedarfsgerechte Weiterbetreuung der Betroffenen nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten und hierbei zu einem Zuwachs an Selbstmanagementkompetenzen im Umgang mit ihrem Symptom führen. Eine erneute Einweisung oder wieder beginnende Diagnostik und Behandlung kann im besten Falle vorgebeugt sowie die Zufriedenheit der Patientinnen mit Behandlungsabläufen gesteigert werden.

1.2 Motivation und Fragestellung

„Alles meiner Blase nach ausgerichtet [...]“, so die Äußerung einer harninkontinenten Frau zu ihrer Situation.¹⁶ Eine solche Beschreibung des eigenen Krankheitserlebens weist auf den hohen Leidensdruck, der von Harninkontinenz Betroffenen hin und dient der Verdeutlichung der intrinsischen Motivation der Verfasserin dieser Arbeit. Den Einstieg in diese Thematik wurde im Rahmen des Studiums durch ein Projekt zur pflegerischen Unterstützung bei der Lebensbewältigung von Frauen mit Harninkontinenz ermöglicht. Dabei stellte sich heraus, dass die Folgen der Inkontinenz in vielfältiger Art und Weise das Leben der Frauen beeinträchtigen und damit die vorangestellte Aussage diese Situation wieder spiegelt.

Vor diesem Hintergrund bewegt es die Verfasserin bedarfsgerechte Beratungs- und Unterstützungsangebote im Bereich der ambulanten Nachsorge anzusiedeln, die nachhaltig zur Verbesserung der Lebensqualität bei Harninkontinenz beitragen. Extrinsische Beweggründe ergeben sich aus dem zunehmenden Interesse der Medien und Fachleute zu diesem Thema und dem Tatbestand, dass die Zahl der inkontinenten Menschen in Deutschland zunimmt.¹⁷ Patientenorientierte Beratungs- und Unterstützungsangebote nach einem Krankenhausaufenthalt sind

¹⁶ Hayder (2010b), S.134

¹⁷ Vgl. Gruber (2008), S.2

essentiell, um eine frühe Rehabilitation in den gewohnten Alltag der Betroffenen zu ermöglichen und gleichzeitig ein hohes Maß an Lebensqualität sicher zu stellen.¹⁸ Aus diesem Grund lautet die zentrale Frage dieser Ausarbeitung: Inwieweit kann durch eine telefonische Beratung in der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz eine Kontinuität im Versorgungsgeschehen erreicht werden und wie könnte eine Umsetzung erfolgen? Dabei stellt sich gleichzeitig die Frage nach den Chancen und Risiken der Implementierung eines Patiententelephons sowohl für die Betroffenen als auch die Beratungsinstitution, einschließlich der Frage welchem Ansatz und welchen Voraussetzungen die Beratung zugrunde liegt.

1.3 Zielsetzung und Eingrenzung

In dieser Arbeit wird ein theoretischer Rahmen für eine telefonische Beratung in der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz erstellt, der im Bereich der Tertiärprävention¹⁹ einen Beitrag zur Verbesserung der Beratungssituation leisten soll.

Aus der Literaturrecherche der Verfasserin sind keine Hinweise ersichtlich, inwiefern Beratung in der nachstationären Behandlung für Frauen mit Harninkontinenz stattfindet oder ihre Umsetzung erfolgt. Dennoch ist zu betonen, dass in Studien der Bedarf an derartigen Beratungsangeboten seitens der Betroffenen explizit formuliert wird.²⁰ Somit basiert diese Ausarbeitung zum Teil auf eigenen Vorstellungen der Verfasserin hinsichtlich der Einrichtung einer Telefonberatung in der nachstationären Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz. Entscheidend ist dabei, dass mittels der Telefonberatung den Frauen ein größeres Repertoire an Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten im Alltag an die Hand gegeben werden soll, um ihr Gesundheitsproblem aktiv zu beeinflussen. Dafür sind die unterschiedlichen Bedarfslagen seitens der Betroffenen zu beachten, die sich aus dem individuellen Krankheitserleben, der Dauer und Stärke der Inkontinenz und eigenen Vorlieben bzw. Abneigungen, ergeben.

¹⁸ Vgl. Gruber (2008), S.2

¹⁹ „Die Maßnahmen der tertiären Prävention beziehen sich auf Unterstützungsleistungen bei bereits eingetretener Erkrankung. Sie umfassen Aufklärung und Beratung zur Bewältigung von Krankheitsrisiken und Krankheitsbelastungen, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung zur Verhinderung von Folgeerkrankungen, medizinisch-therapeutische Krankenbehandlung und Rehabilitation, gesundheitsbezogene Selbsthilfe und pflegerische Maßnahmen.“ (Hüper, Hellige (2007), S.25)

²⁰ Vgl. Schäfer (2009), S.32f.; Hayder (2010b), S.138

Auf der Grundlage wesentlicher Auswirkungen der Harninkontinenz bei Frauen, der zunächst unterstellten poststationären Versorgungslücke sowie dem daraus resultierenden Beratungsbedarf, wird in dieser Arbeit ein konkreter, theoretischer Rahmen einer Telefonberatung in der ambulanten Nachsorge erstellt. Insbesondere die Komplexität der Thematik Harninkontinenz bei Frauen macht eine Eingrenzung im theoretischen Teil notwendig. Mit der Folge, dass überwiegend das Krankheitserleben mit seinen Auswirkungen und dem daraus ableitbaren Unterstützungsbedarf im Vordergrund stehen. Demnach wird weniger versucht, die Pathophysiologie des Krankheitsbildes Harninkontinenz zu beschreiben. Zudem wird betont, dass die vorliegende Arbeit lediglich eine mögliche Vorgehensweise aufzeigt, um eine Beratung nach dem Krankenhausaufenthalt für Frauen mit Harninkontinenz durchzuführen. Dennoch verfolgt die Ausarbeitung das Ziel, adäquate Beratungsangebote in der Tertiärprävention aufzubauen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Nach diesem ersten einführenden Teil, wird im nachfolgenden Abschnitt zunächst das Krankheitsbild Harninkontinenz skizziert sowie das zugrunde liegende Themenfeld eingegrenzt. Anschließend folgen Angaben zur Prävalenz und Besonderheiten der weiblichen Harninkontinenz. Den Fokus dieses Kapitels bilden die physischen und psychosozialen Auswirkungen einer Harninkontinenz. Anschließend werden die daraus abzuleitenden Beratungs- und Unterstützungsbedarfe bezüglich allgemeiner Informationen, zum Alltagsmanagement, zur emotionalen Begleitung sowie an Interaktion herausgearbeitet. Der dritte Theorieteil thematisiert zunächst Erkenntnisse des Nationalen Expertenstandards zur Förderung der Harnkontinenz. Inhalte werden neben der Zielsetzung, das Aufgabenfeld der Pflegenden bei der Versorgung von Harninkontinenz sein. Weiterhin wird die derzeitige stationäre Versorgungsstruktur bei Harninkontinenz näher analysiert, um mögliche Schwachstellen zu identifizieren. An dieser Stelle knüpft der vierte Teil der Ausarbeitung an. Ausgangspunkt ist die Betrachtung der Telefonberatung in der ambulanten Nachsorge. Dabei werden die Gründe, die Zielsetzung sowie die Rolle der Pflegenden in der telefonischen Beratung erläutert. Das Kernstück der Arbeit stellt die theoretische Bearbeitung der wichtigsten Grundlagen für eine Telefonberatung

dar, einschließlich seiner Chancen und Grenzen. Den Abschluss bilden die Zusammenfassung sowie der Ausblick auf zukünftige Herausforderungen.

2. Situation von Frauen mit Harninkontinenz

„Wissen ist Macht.“²¹ Um „Macht“, verstanden als die Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Inkontinenz zu ermöglichen, werden zunächst Definitionen miteinander verglichen und wesentliche Erkenntnisse zur weiblichen Harninkontinenz dargestellt. Sie dienen als Grundlage für das weitere Verständnis.

2.1 Definitionen von Harninkontinenz

Zum Begriff der Harninkontinenz existieren zahlreiche Definitionen, die das Problem aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Im Allgemeinen wird von Inkontinenz gesprochen, wenn es Betroffenen nicht möglich ist Zeit und Ort der Harnausscheidung zu kontrollieren.²² Darin wird deutlich, dass Kontinenz sehr stark von Regeln der Gesellschaft für ein akzeptables Ausscheidungsverhalten abhängt.²³ Aus medizinischer Sicht wird die Harninkontinenz definiert als „eine gestörte Reservoirfunktion der Harnblase mit unwillkürlichen Harnabgang.“²⁴ Davon abzugrenzen ist, die in der breiten Öffentlichkeit gebrauchte Interpretation des Ausdrucks Inkontinenz. Oftmals wird die Beschreibung des vollständigen Kontrollverlustes in herabsetzender Weise verwendet, um auf den Charakter oder die Selbstkontrolle der inkontinenten Person anzuspielen.²⁵

Die Internationale Inkontinenz - Gesellschaft (ICS) führt diese Beschreibungen einen Schritt weiter und definiert Harninkontinenz als „unfreiwilligen Abgang von Urin, der objektiv darstellbar und ein soziales oder hygienisches Problem ist.“²⁶ Hier wird verdeutlicht, dass Inkontinenz ein über den medizinischen Rahmen hinausgehendes Problem bedeutet.²⁷ Aus Expertensicht liegt der wesentliche Nachteil dieser Definition darin, dass keinerlei Differenzierungen für Schweregrad, Zeitdauer und Häufigkeit der Symptome gemacht wird.²⁸ Aus diesem Grund wurde im Jahr 2002 die Definition von der ICS neu gefasst, indem sie nun mehr als jeder

²¹ Koch- Straube (2008), S.79

²² Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.9

²³ Vgl. Norton (1999), S.2

²⁴ Pschyrembel (2007), S.760

²⁵ Vgl. Norton (1999), S.2

²⁶ Norton (1999), S.2; zit. n. Anderson et al. (1988)

²⁷ Vgl. Füsgen (1997), S.23

²⁸ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.9

unfreiwillige Harnverlust definiert wird, somit sehr allgemein und wenig eingeschränkt ist.²⁹

2.2 Die Harninkontinenz der Frau

Viele Gesundheitsprobleme, so auch die Harninkontinenz, zeigen hinsichtlich ihres Auftretens geschlechtsspezifische Besonderheiten und Unterschiede.³⁰ Es ist daher unangemessen, den männlichen Körper und seine Funktionen als allgemeinen Maßstab zu verwenden und das spezifisch Weibliche außer Acht zu lassen, wie dies u. a. immer noch in vielen Lehrbüchern geschieht.³¹ Aus diesem Grund werden im nächsten Schritt ausgehend von der Häufigkeit der weiblichen Harninkontinenz, wesentliche Merkmale der Harninkontinenz bei Frauen vorgestellt, um auf diese Weise die Besonderheiten hervorzuheben.

2.2.1 Prävalenz

Bei der empirischen Erfassung der Harninkontinenz gibt es vielfältige Erhebungsprobleme. Studien zur Verbreitung der Harninkontinenz sind häufig nicht aussagekräftig und kommen zu breit gefächerten Prävalenzschätzungen.³² Das mag daran liegen, dass derartige Erhebungen fast ausschließlich auf Befragungen beruhen, die jedoch mit unterschiedlichen Methoden, für unterschiedliche Zielgruppen sowie auf der Grundlage unterschiedlicher Harninkontinenzdefinitionen durchgeführt werden.³³

Zum anderen ist Harninkontinenz immer noch ein sehr schambehaftetes, mit Vorurteilen besetztes Thema und viele von Harninkontinenz Betroffene suchen keine professionelle Hilfe auf, um ihr Leiden zu verheimlichen oder weil sie annehmen, es gehört zum normalen Alterungsprozess dazu.³⁴ Demzufolge schwanken die Prävalenzangaben für Frauen mit Harninkontinenz studienübergreifend zwischen 8-53%.³⁵ Im Jahre 2005 wurden in Deutschland im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch- Instituts 7.668 Personen im Alter über 18 Jahren u. a. gefragt, ob sie von unfreiwilligem Harnverlust betroffen sind.³⁶

²⁹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.9; zit. n. Abrams, P. et al. (2002)

³⁰ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.11

³¹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.11

³² Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.13

³³ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.13

³⁴ Vgl. DNQP (2007), S.25

³⁵ Vgl. Schäfer (2009), S.28

„Die Antwortmöglichkeiten waren:

0 Nein

1 Ja, aber selten oder geringfügig, es ist nicht mehr als eine kleine Belästigung

2 Ja, relativ regelmäßig, es ist lästig, aber ich kann in meinem Alltag damit gut umgehen

3 Ja, regelmäßig und mehr als geringfügig, mein Leben ist dadurch deutlich beeinträchtigt).“³⁷

Auch in diesen Ergebnissen zeigte sich, dass Frauen in jeder Altersklasse deutlich öfter an Harninkontinenz Beeinträchtigungen leiden, als vergleichsweise Männer (s. Anhang 1).³⁸ Im Vergleich der Ergebnisse einzelner Studien zur Prävalenz der Harninkontinenz lässt sich konstatieren, dass die Häufigkeit in allen Lebensaltern für Frauen größer ist als für Männer. Frauen sind zwei bis viermal so häufig betroffen wie Männer.³⁹ Aus diesem Grund befassen sich die meisten Studien mit Frauen in der mittleren Lebensphase.⁴⁰

2.2.2 Wesentliche Merkmale der weiblichen Harninkontinenz

Der weibliche Organismus weist aufgrund seiner Beschaffenheit einige Besonderheiten auf, die das Risiko einer Harninkontinenz erhöhen können. Für die weibliche Inkontinenz lassen sich spezielle Risikofaktoren und dominierende Formen ableiten, die bei der Behandlung im Vordergrund stehen.

Lediglich der weibliche Organismus besitzt die Fähigkeit zu Schwangerschaft und Gebären. Die Voraussetzung bildet die Anatomie und Physiologie des Beckens. Das weibliche Becken besitzt im Vergleich zum männlichen einen größeren Querschnitt und die größere Öffnung zum unteren Beckenring. Hinzu kommt, dass die großen Muskeln des Beckenbodens schwächer ausgeprägt sind als beim Mann und sie eine relativ große dritte Öffnung, die Vagina besitzen.⁴¹ Die Fähigkeit zur Schwangerschaft und Geburt verstärkt das Risiko der Frau eine Inkontinenz zu bekommen.⁴² Einige Studien bestätigen eine größere Prävalenz von Harninkontinenz nach Entbindungen, wobei das Risiko mit der Anzahl der Entbindungen steigt.⁴³

³⁶ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.16

³⁷ Niederstadt et al. (2007), S.16

³⁸ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.17

³⁹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.15

⁴⁰ Vgl. DNQP (2007), S.25

⁴¹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.11

⁴² Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.11f.

⁴³ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.19

Ab ca. dem 45. Lebensjahr setzt bei der Frau mit dem Zeitpunkt der letzten Menstruationsblutung das Klimaterium ein. Es kommt zu einer verminderten Östrogenproduktion, infolgedessen sich die Genital- und Vaginalschleimhaut verändert.⁴⁴ Diese Vorgänge können die Entstehung einer Harninkontinenz begünstigen.⁴⁵ „In einer Studie von Thom et al. wird eine Beziehung zwischen Hysterektomie und Harninkontinenz vor allem bei Frauen aufgezeigt, die vor dem 45. Lebensjahr operiert wurden.“⁴⁶

Betrachtet man die verschiedenen Inkontinenzformen, so dominiert bei den jüngeren Frauen die Belastungsinkontinenz, während mit zunehmendem Alter die Dranginkontinenz an Bedeutung gewinnt.⁴⁷ Naumann- Husemeyer konnte in ihrer Studie zur Lebensqualität älterer Patienten mit Harninkontinenz diese Häufigkeitsverteilung der Harninkontinenzformen nachweisen. Unter den 126 befragten Personen mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren lag der höchste Prozentsatz bei der Dranginkontinenz mit 67%, gefolgt von der Belastungsinkontinenz mit 25% (s. Anhang 2).⁴⁸ Beide Formen haben ihre Ursache in veränderten Speicher- und Entleerungsstörungen.

Frauen mit einer Stressinkontinenz zeigen infolge einer Funktionsschwäche des Harnverschlussapparates ggf. auch in Kombination mit einem geschwächten Beckenboden einen unwillkürlichen Harnverlust bei körperlichen Anstrengungen wie beispielsweise beim Heben, Tragen, Niesen oder Husten.⁴⁹

Betroffene einer Dranginkontinenz haben ein sehr ausgeprägtes Harndranggefühl, dass vor allem durch ungehemmte Kontraktionen des Detrusors⁵⁰ oder eine übersteigerte Blasensensibilität verursacht wird.⁵¹

Ohne Zweifel hat die jeweilige Inkontinenzform zusammen mit den individuellen Bewältigungsstrategien einer Person, Einfluss auf ihren Leidensdruck, den sie durch eine Harninkontinenz erfahren kann.⁵²

⁴⁴ Vgl. Hebgen (2008), S.177

⁴⁵ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.23

⁴⁶ DNQP (2007), S.57

⁴⁷ Vgl. Schäfer (2009), S.28

⁴⁸ Vgl. Naumann-Husemeyer (2003), S.27

⁴⁹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.10

⁵⁰ „Die Muskulatur der Harnblasenwand wird durch den komplex gebauten und stark verwobenen Detrusormuskel gebildet, der aus glatter Muskulatur besteht. Bei seiner Kontraktion entleert er zusammen mit der Bauchpresse die Harnblase vollständig.“ (Spornitz (2004), S.345)

⁵¹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.10

⁵² Vgl. Füsgen (1998), S.9

2.3 Auswirkungen der Harninkontinenz

Die Harninkontinenz stellt neben dem medizinischen vor allem auch ein psychosoziales Problem für harninkontinente Frauen dar. Sozioökonomische Folgen für die Betroffenen und das Gesundheitssystem sind ebenso damit verbunden.⁵³ Laut Expertenstandard zur Kontinenzförderung in der Pflege wird diesen Aspekten zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Dies hat wiederum Auswirkungen auf den Umgang mit Harninkontinenz seitens der betroffenen Frauen und der professionellen Akteure im Gesundheitswesen, beispielsweise bei der Entwicklung und Nutzung von Hilfsangeboten.⁵⁴ Nachfolgend werden körperliche Beschwerden, seelische Probleme bezüglich des Krankheitserleben und der Lebensqualität sowie aus finanzieller Sicht für die Betroffenen, näher erläutert.

2.3.1 Körperliche Beschwerden

Gesundheitliche Auswirkungen, die sich mit einer Harninkontinenz einstellen können, stehen im Zusammenhang mit dem Symptom des unfreiwilligen Harnverlustes. So kann die Inkontinenz die Ursache für Dekubitalgeschwüre und Hautentzündungen im Intimbereich sein, was wiederum die Gefahr von aufsteigenden Infektionen erhöht.⁵⁵ Häufige Harnwegsinfektionen können Nierenbeckenentzündungen und Sepsis hervorrufen.⁵⁶ Zudem neigen viele inkontinente Frauen aus Angst vor Gerüchen zur vermehrten Körperpflege, was die Haut zusätzlich reizen kann. Mit Hautdefekten verbunden sind Schmerzen und Einschränkungen in der Mobilität. Ebenso führt die vorsorgliche Vermeidung von körperlichen Aktivitäten, um nicht mit einem ungewollten Urinabgang konfrontiert zu werden, zum körperlichen Abbau und folglich auch zu mehr Stürzen.⁵⁷

Weitere körperliche Beschwerden können mit dem zunehmenden seelischen Druck zusammen hängen. Mit dem Wunsch nach mehr Kontrolle über die verloren gegangene Ausscheidungsfunktion, befinden sie sich in einem Zustand ständiger Wachsamkeit und leiden häufig an Schlafstörungen, erhöhter Unruhe sowie Nervosität. Viele Inkontinenzbetroffene versuchen ihr Leiden durch Einschränkungen der Trinkmenge zu beeinflussen. Dieses kann zu

⁵³ Vgl. DNQP (2007), S.46

⁵⁴ Vgl. DNQP (2007), S.46

⁵⁵ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.26

⁵⁶ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.26

⁵⁷ Vgl. Füsgen (1998), S.7

Kreislaufproblemen oder Verwirrtheit führen.⁵⁸ Bei den aufgeführten körperlichen Problemen einer Harninkontinenz wird oft aus der medizinischen Perspektive behandelt und ein auf Heilung ausgerichtetes Management angewandt.

2.3.2 Psychosoziale Auswirkungen

Harninkontinenz ist gerade für Frauen das primäre Tabuthema.⁵⁹ Sie sind häufig beschämt und sprechen nicht gern darüber. Die psychischen Folgen der Inkontinenz können schwerwiegend sein und gehen mit den sozialen Faktoren Hand in Hand.

Die Thematik der Harninkontinenz fällt ähnlich wie die Sexualität in die Kategorie der Intimsphäre eines Menschen und kann als unangenehm und peinlich empfunden werden, da sie für uns nicht in die Öffentlichkeit gehören.⁶⁰ Zudem führen falsche Vorstellungen und Vorurteile über die Harninkontinenz in unserer Gesellschaft dazu, dass betroffene Personen Angst vor Stigmatisierung und den Ausschluss als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft fürchten.⁶¹ Harninkontinente Frauen verlieren aus unterschiedlichen Gründen die Kontrolle über ihre Ausscheidung.⁶² Dieser Kontrollverlust kann als ein Makel aus Schwäche, als Defekt und Schmutz wahrgenommen werden und ein Gefühl der Beschämtheit auslösen.⁶³ In der Öffentlichkeit wird die Blasenproblematik seitens der betroffenen Frauen als besonders schlimm empfunden, weil es sich mit der Angst aufzufallen mischt.⁶⁴ Hilflosigkeit, Verzweiflung sowie Wut auf den eigenen Körper kommen hinzu und mindern nicht selten das Selbstwertgefühl der Frauen. So erzählen Betroffene, sie fühlten sich wie ein halber Mensch oder ein Kleinkind.⁶⁵ Manche von ihnen empfinden aber auch Gefühle von Schuld und Abhängigkeit, da sie durch die Inkontinenz auf andere Menschen angewiesen sind und ihnen ihre Ausscheidungen zumuten müssen.⁶⁶ Wie groß dabei der jeweilige Belastungsgrad durch die Harninkontinenz ist, hängt stark von der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung der Betroffenen ab. „Was für den einen zum Problem wird, mag von einem anderen ignoriert werden.“⁶⁷ Oft überwiegt jedoch

⁵⁸ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.27

⁵⁹ Vgl. Schäfer (2009), S.29; zit. n. Krause et al. (2003)

⁶⁰ Vgl. Hayder et al. (2008), S.35

⁶¹ Vgl. Hayder et al. (2008), S.37

⁶² Vgl. Hayder (2010a), S.28

⁶³ Vgl. Hayder et al. (2008), S.36

⁶⁴ Vgl. Hayder (2010a), S.29

⁶⁵ Vgl. Hayder (2010a), S.29

⁶⁶ Vgl. Hayder et al. (2008), S.39

⁶⁷ Norton (1999), S.2

die Sorge, dass andere Personen etwas von dem Problem bemerken könnten. Die Betroffenen schränken sich dauerhaft im Alltagsleben ein und erleben sich zudem als unfrei sowie unflexibel.⁶⁸ Über individuelle Verhaltensmodi wie beispielsweise regelmäßige und prophylaktische Toilettengänge, Tragen von Vorlagen, Einschränkungen in der Trinkmenge oder dem Vermeiden von sozialen Aktivitäten wird versucht das Problem mit der Blase wieder in den Griff zu bekommen, um gegen die Belastung der Inkontinenz anzukämpfen.⁶⁹ Hayder ist der Ansicht, dass die Inkontinenz erst von den Betroffenen angenommen werden kann, wenn das Belastungserleben sinkt und sie anfangen ihr Leben weiterzuleben.⁷⁰

Bei einigen Betroffenen kann sich die Harninkontinenz massiv auf die Lebensqualität auswirken. In schwerwiegenden Fällen besteht die große Gefahr von sozialer Ausgrenzung, Vereinsamung und dadurch beschleunigtem körperlichen wie geistigem Verfall.⁷¹ „Bereits lange vor deutlich sichtbaren, dramatischen Veränderungen kann eine Inkontinenz zu Einschränkungen von Alltagsaktivitäten, sozialen Kontakten, körperlicher Aktivität, Freizeitunternehmungen sowie zur Beeinträchtigung der Sexualität führen.“⁷² Kino oder Theaterbesuche, Einkaufsbummel und sportliche Aktivitäten sind nicht mehr ohne weiteres möglich und bedürfen der gründlichen Planung im Vorfeld.⁷³ Zum Teil verändert sich der Freundeskreis der Betroffenen. Einige ziehen sich zurück, weil sie feststellen, dass frühere gemeinsame Aktivitäten aufgrund der geringen Spontaneität der Betroffenen nicht mehr möglich sind. Insgesamt kann ein Wegfall sozialer Ressourcen die soziale Isolation begünstigen und damit in manchen Fällen die Harninkontinenzsymptomatik verschärfen.

Auch beim Thema Partnerschaft und Sexualität zeigt die Inkontinenz ihre Auswirkungen. Nur in wenigen Fällen wird offen über die Blasenproblematik mit dem Lebenspartner gesprochen. Gerade Frauen schildern häufig, dass sie Probleme innerhalb der Beziehung fürchten, wenn sie ihrem Partner davon erzählen.⁷⁴ Sie empfinden gegenüber ihrem eigenen Körper Ekelgefühle und lassen ungern körperliche Nähe zu. Jedoch kann der Partner eine wichtige emotionale Stütze sein, um zum Beispiel in fremder Umgebung zu Recht zu

⁶⁸ Vgl. Hayder (2010a), S.29

⁶⁹ Vgl. DNQP (2007), S.46

⁷⁰ Vgl. Hayder (2010a), S.28

⁷¹ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.27

⁷² Niederstadt et al. (2007), S.27

⁷³ Vgl. Hayder (2010a), S.30

⁷⁴ Vgl. Hayder et al. (2008), S.37

kommen.⁷⁵ Aber auch allein stehende Frauen werden bei der Suche nach einem neuen Lebenspartner durch die Inkontinenz negativ beeinflusst. Vor einer Problemanalyse schrecken sie oftmals zurück, da sie Angst vor den Reaktionen der Person haben.⁷⁶

Neben den privaten Einschränkungen wird die inkontinente Person im beruflichen Bereich vor besondere Herausforderungen gestellt. Je nachdem, ob die Betroffene einer Tätigkeit im Gebäude oder außerhalb nachgeht, gestaltet sich der Zugang zur Toilette.⁷⁷ So führt besonders bei jüngeren Betroffenen die Inkontinenz häufig zu Behinderungen der beruflichen Entwicklung.⁷⁸

2.3.3 Sozioökonomische Folgen

Die finanzielle Belastung durch Folgen der Inkontinenz seitens der Betroffenen, aber auch im Gesundheitssystem ist nicht zu unterschätzen. Ausgaben entstehen dabei aus der täglichen Versorgung mit Hilfsmitteln und Arzneimitteln, für das Waschen der Wäsche, aber auch durch sozial- pflegerische und medizinische Hilfsangebote.⁷⁹ Dabei sind die Kosten für Medikamente und Hilfsmittel nur ein kleiner Teil der Gesamtkosten. Hinzu kommen Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlungen, einschließlich der Folgen wie Dekubitus, Harnwegsinfekte und die Inkontinenzpflege.⁸⁰ Wie hoch dabei genau die finanzielle Belastung im Gesundheitssystem von Deutschland ist, wurde bisher nur unzureichend untersucht.⁸¹ Die Harninkontinenz tritt in sehr unterschiedlicher Weise bei jedem Einzelnen auf, daher variieren die durchgeführten Behandlungen stark voneinander, was die Erhebung der Gesamtkosten erschwert.⁸² Diverse Studien weisen darauf hin, dass die Aufwendungen für die Folgen der Harninkontinenz sehr hoch sind.⁸³ Für die Betroffenen selbst kann die Harninkontinenz besonders dann zur finanziellen Last werden, wenn sie durch die Inkontinenz nur eingeschränkt berufstätig sind und sich ihre Hilfsmittel selbst finanzieren müssen. In der Praxis kaufen gegenwärtig noch viele von Harninkontinenz Betroffene ihre Hilfsmittel selbst, was mit einer nicht

⁷⁵ Vgl. Hayder (2010a), S.30

⁷⁶ Vgl. Hayder (2010a), S.30

⁷⁷ Vgl. Hayder (2010a), S.31

⁷⁸ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.27

⁷⁹ Vgl. DNQP (2007), S.48

⁸⁰ Vgl. Niederstadt et al. (2007), S.37

⁸¹ Vgl. DNQP (2007), S.48

⁸² Vgl. DNQP (2007), S.48

⁸³ Vgl. DNQP (2007), S.48

sachgerechten Versorgung einhergeht.⁸⁴ Daraus lässt sich annehmen, dass es betroffenen Personen immer noch schwer fällt mit ihrem Arzt über Inkontinenz zu sprechen und eine Kostenübernahme der Krankenkassen durch eine vorliegende ärztliche Verordnung selten in Anspruch nehmen.

2.4 Spezifischer Beratungs- und Unterstützungsbedarf

Bislang gibt es nur wenige Studien zu den Sichtweisen von Harninkontinenz Betroffenen und pflegenden Angehörigen im deutschsprachigen Raum.⁸⁵ Die Gründe sind mitunter darin zu sehen, dass bei Untersuchungen zu ethisch und emotional schwierigen Themen, die Forscher und Forschungsteilnehmer vor besondere Herausforderungen gestellt werden.⁸⁶ Bei der Harninkontinenz liegt genau darin die Schwierigkeit. Das Thema wird nicht in der Öffentlichkeit kommuniziert und löst bei Betroffenen Verlegenheit, Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung aus. Ungern sprechen sie darüber und entscheiden genau, wem sie von ihrer Problematik erzählen und wem sie diese verschweigen.⁸⁷ Allerdings bildet das individuell erlebte Krankheitsgeschehen, mit all den Gefühlen, Ängsten und Einschränkungen, die Ausgangslage für die Entwicklung von bedarfsgerechten Hilfsangeboten. In ihrem jeweiligen Ausmaß sind sie entscheidende Wegweiser, um den Frauen brauchbare Hilfsangebote zu schaffen. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Perspektive der Betroffenen wird für die Entwicklung bedarfsgerechter Beratungs- und Unterstützungsangebote vorausgesetzt.⁸⁸ Im folgenden Abschnitt werden die Bedarfskategorien zum Informationsbedarf, Bedarf an Unterstützung im Alltag sowie emotionaler Unterstützung und Interaktion ausgearbeitet. Die Wahl der Kategorien beruht dabei auf den Ergebnissen der Studie von Schäfer 2009 zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Frauen mit Harninkontinenz.

2.4.1 Informationsbedarf

Insbesondere bei der Harninkontinenz können verschiedene Ursachen, Formen sowie entsprechend unterschiedliche Behandlungsansätze auftreten, die konkrete Entscheidungen einerseits von den Betroffenen selbst, andererseits von den Akteuren des Gesundheitssystems verlangen. Wie sollen die Betroffenen richtig

⁸⁴ Vgl. Norton (1999), S.231

⁸⁵ Vgl. Hayder et al. (2009), S.351

⁸⁶ Vgl. Hayder et al. (2009), S.351

⁸⁷ Vgl. Hayder et al. (2009), S.351

⁸⁸ Vgl. Schäfer (2009), S.29

entscheiden, wenn sie nicht über genügend Informationen verfügen? Diese Frage ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus der Studie von Schäfer zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Frauen mit Harninkontinenz berechtigt. Dort konnte der Informationsbedarf als zentrale Kategorie festgestellt werden.⁸⁹ Inhaltlich bezog sich der Bedarf seitens der Betroffenen auf allgemeine Informationen über Harninkontinenz sowie Präventionsmöglichkeiten.⁹⁰ Ferner benötigen die Frauen Informationen zu Behandlungsoptionen, wobei dort der Fokus auf die operativen Interventionen gelegt wird.⁹¹ Teilweise wird in den Medien und Fachkreisen noch die falsche Aufklärung verbreitet, dass invasive Eingriffe die effektivste Methode darstellten, um eine Kontinenz wieder herzustellen.⁹² Auch Hayder konnte feststellen, dass Betroffene sich über unterschiedliche Therapieangebote, die zu ihrer individuellen Lebenssituation passen, oft nicht ausreichend informiert und beraten fühlen.⁹³ Häufig nutzen sie zusätzlich Medien wie das Internet, diverse Printmedien oder sie besuchen Vorträge.⁹⁴

Diese Tatsache zeigt, dass eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und das Einfordern von professioneller Therapie bei den Frauen statt findet und der Trend zunehmend zum selbstbestimmten sowie informierten Patienten geht, dessen Bedürfnisse im Gesundheitssystem beachtet werden müssen.

2.4.2 Bedarf an Unterstützung im Alltag

Im Alltag fühlen sich viele Frauen durch die Inkontinenz eingeschränkt. Die Beratung über das Alltagsmanagement konnte als eine weitere Bedarfskategorie in der Studie von Schäfer festgehalten werden.⁹⁵ Auch hier ist eine Wechselbeziehung zur Kategorie Informationsbedarf zu sehen, beispielsweise werden Auskünfte zu Hilfsmitteln eingefordert.⁹⁶ Darüber hinaus geht es um die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen im Alltag wie Blasentraining, Beckenbodengymnastik, oder andere Therapiemöglichkeiten, die bei der

⁸⁹ Vgl. Schäfer (2009), S.30

⁹⁰ Vgl. Schäfer (2009), S.30

⁹¹ Vgl. Schäfer (2009), S.30

⁹² Vgl. Schäfer (2009), S.30

⁹³ Vgl. Hayder (2010b), S.137

⁹⁴ Vgl. Hayder (2010b), S.137

⁹⁵ Vgl. Schäfer (2009), S.30f.

⁹⁶ Vgl. Schäfer (2009), S.31

Alltagsbewältigung eventuell weiter helfen könnten.⁹⁷ Bezüglich des Beckenbodentrainings scheitert es teilweise an der professionellen Anleitung, der Motivation und dem Durchhaltevermögen der Frauen. Als durchaus positiv empfinden sie es, wenn sie bei den Übungen motiviert werden, beispielsweise in Kursen.⁹⁸ Weitere Aspekte beziehen sich auf das Trinkverhalten, dass bei harninkontinenten Frauen oft eingestellt wird aus Sorge vor einem ungewollten Urinabgang.

2.4.3 Bedarf an emotionaler Begleitung

Die mit einer Harninkontinenz verbundenen Schuldgefühle und die Verlegenheit darüber zu sprechen, führen sicherlich zu dem Bedarf an psychotherapeutischer Beratung. Die Bearbeitung des Krankheitserlebens von Betroffenen kann hierbei genauso Thema sein, wie die Erfahrungen, die sie im Versorgungssystem gemacht haben. Einige Frauen leiden sehr darunter, dass die Operationen nicht erfolgreich waren und sie sich selbst für diese Variante entschieden haben.⁹⁹ Darüber hinaus ergibt sich ein Bedarf an emotionaler Unterstützung aus der mangelnden Respektierung der Intimsphäre während einer Behandlung, die bei manchen Frauen deutliche Spuren hinterlassen kann.¹⁰⁰ In den Studien von Hayder und Schäfer konnte der Bedarf an einer nachhaltigen kompetenten und persönlichen Unterstützung durch einen festen Ansprechpartner evaluiert werden, dies wiederum beweist, dass einige Frauen durchaus bereit sind professionelle Hilfe anzunehmen.¹⁰¹

2.4.4 Interaktionsbedarf mit Betroffenen

Der Interaktionsbedarf findet in der Kategorie Selbsthilfegruppen in der Studie von Schäfer seine Beachtung.¹⁰² Selbsthilfegruppen ermöglichen den Austausch über nahezu alle der hier aufgeführten Bereiche. Beispielsweise werden eigene Erfahrungen mit Therapiemöglichkeiten sowie individuelle Strategien im Alltagsmanagement unter den Betroffenen diskutiert und ausgetauscht.¹⁰³ Neue soziale Bindungen können aus dem Zusammentreffen mit Gleichgesinnten entstehen, die wieder zu einer positiven Lebenseinstellung verhelfen und Mut

⁹⁷ Vgl. Schäfer (2009), S.30

⁹⁸ Vgl. Hayder (2010b), S.138

⁹⁹ Vgl. Schäfer (2009), S.33

¹⁰⁰ Vgl. Schäfer (2009), S.33

¹⁰¹ Vgl. Schäfer (2009), S.31; Hayder (2010b), S.137

¹⁰² Vgl. Schäfer (2009), S.31

machen neue gesundheitsfördernde Verhaltensweisen auszuprobieren. Mögliche Schwierigkeiten bezüglich der Selbsthilfegruppen ergeben sich aus der Perspektive mancher Frauen durch die zu geringe Anonymität sowie eventueller Zugangsprobleme, wenn zum Beispiel vor Ort keine derartige Gruppe existiert.¹⁰⁴ So benötigen Frauen vor allem professionelle Unterstützung bei der Suche nach Selbsthilfegruppen in ihrer Nähe.

3. Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz

„Die Zukunft ist kein Schicksalsschlag, sondern die Folge der Entscheidungen, die wir heute treffen.“¹⁰⁵ In der Entscheidung zur invasiven Therapie der Harninkontinenz sehen viele betroffene Frauen eine Möglichkeit zur Besserung ihrer Beschwerden. Kooperative Versorgungsstrukturen im Krankenhaus sind für eine gezielte Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz ausschlaggebend.¹⁰⁶ Nachfolgend wird der nationale Expertenstandard zur Kontinenzförderung vorgestellt. Vor diesem Hintergrund erfolgt eine schematische Übersicht zum stationären Versorgungsprozess bei Harninkontinenz mit den wesentlichen Aufgabenbereichen von Medizin und Pflege. Mit einem Zwischenfazit endet das Kapitel und erfasst mögliche Schwachstellen im Versorgungsgeschehen, um nachfolgend einen Lösungsweg zu skizzieren.

3.1 Nationaler Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“

Das Expertenteam des deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) wurde vor die Aufgabe gestellt, die bis dahin noch wenig aussagekräftige Literatur zum Themenbereich Harninkontinenz auf einen einheitlichen Stand zu bringen. Als Ergebnis wurde 2007 der Nationale Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege veröffentlicht. Dieser ist in Anlehnung an die Ausarbeitungen der International Continence Society gestaltet und richtet sich an Pflegefachkräfte in Einrichtungen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.¹⁰⁷ Der Expertenstandard ermöglicht den examinierten Pflegefachkräften auf gesichertes Wissen zur Kontinenzförderung bei

¹⁰³ Vgl. Schäfer (2009), S.30

¹⁰⁴ Vgl. Schäfer (2009), S.33

¹⁰⁵ Alt (1997)

¹⁰⁶ Vgl. Gruber (2008), S.5

¹⁰⁷ Vgl. DNQP (2007), S.10

erwachsenen Personen zurückzugreifen.¹⁰⁸ An dieser Stelle werden die Ziele des Expertenstandards sowie das Aufgabenprofil der Pflegenden vorgestellt, um die gesetzten Anforderungen an die Versorgung von Harninkontinenz zu verdeutlichen.

3.1.1 Ziele des Nationalen Expertenstandards

Schon Laotse wusste: „Nur wer sein Ziel kennt, findet den Weg.“¹⁰⁹ Der Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege hat im Wesentlichen zum Ziel, inkontinenzgefährdete Patienten zu erkennen und angemessene Maßnahmen anzubieten, um einer Harninkontinenz vorzubeugen, sie zu beseitigen bzw. zu kompensieren.¹¹⁰ Darüber hinaus bestehen Ziele darin, das Verständnis für die Perspektive der Betroffenen zu schärfen, die Auseinandersetzung mit der Thematik zu unterstützen und die Entwicklung sinnvoller Beratungs- und Unterstützungsangebote zu fördern. Der Standard dient dazu, Entscheidungsgrundlagen innerhalb der Kontinenzförderung zu vereinheitlichen, um somit ein gesichertes Wissensportal für Pflegefachkräfte bereit zu stellen.¹¹¹

Grundsätzlich werden mit der Zielsetzung die enorme Bedeutung des Erlebens und der subjektiven Sichtweise der Betroffenen erkannt, die richtungweisend für das Versorgungsgeschehen von Harninkontinenz sind.¹¹²

3.1.2 Aufgabenprofil der Pflegenden

Der Expertenstandard zur Kontinenzförderung sieht professionell Pflegenden als einen Teil des interdisziplinären Teams zur Versorgung Inkontinenter.¹¹³ Dazu müssen sie über die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, um in ihrem Aufgabenbereich verantwortungsvoll handeln zu können. In der pflegerischen Berufsausbildung und ggf. in einer zusätzlichen Weiterbildung werden ihnen neben dem fachspezifischen Wissen auch kommunikative Fähigkeiten vermittelt.

Welche Aufgaben können Pflegenden innerhalb ihres Kompetenzbereiches bei der Versorgung von harninkontinenten Patienten übernehmen? Hayder zufolge gehört

¹⁰⁸ Vgl. Hayder et al. (2008), S.21

¹⁰⁹ Fischlein (2008), S.91

¹¹⁰ Vgl. DNQP (2007), S.13

¹¹¹ Vgl. Hayder et al. (2008), S.21

¹¹² Vgl. DNQP (2007), S.11

¹¹³ Vgl. DNQP 2007, S.11

zum Aufgabenfeld der Pflegenden, über Prävention, Problematiken der Harninkontinenz aufzuklären sowie über Maßnahmen der Kontinenzförderung und der Kompensation der Inkontinenz zu beraten, aber auch die Selbsthilfepotentiale betroffener Menschen zu unterstützen.¹¹⁴ Genauer genommen gehören sowohl die Anleitung zu Beckenbodenübungen, als auch ein Blasen- Retraining¹¹⁵ sowie Verhaltenstechniken bzw. die Adaption des Umfeldes und der adäquate Einsatz von Inkontinenzprodukten zu den pflegerischen Interventionen, die von einer entsprechend qualifizierten Pflegeperson übernommen werden.¹¹⁶

3.2 Stationärer Versorgungsprozess von Frauen mit Harninkontinenz

Eine optimale Versorgung der Harninkontinenz ist für die Betroffenen von enormer Bedeutung, wie auch aus folgendem Zitat einer harninkontinenten Frau hervorgeht:

„[...] Wenn sie ne schlechte Versorgung haben, sind sie eingeschränkt. Sie können nicht ins Kino gehen oder mal spazieren gehen, das geht einfach nicht [...].“¹¹⁷

Zur Visualisierung der stationären Versorgungsstrukturen bei Harninkontinenz dient das theoretische Konzept des kooperativen Versorgungsprozesses im Krankenhaus nach Dahlgaard und Stratmeyer als Grundlage. Dieser setzt sich aus den Phasen Aufnahme, Behandlung und Entlassung zusammen.¹¹⁸ Innerhalb der Prozessphasen übernehmen Medizin und Pflege professionsgebundene Aufgaben. Medizin ist dabei auf das Erkennen und Behandeln von Krankheit ausgerichtet und übernimmt während des gesamten Patientenaufenthaltes die Teilaufgaben Diagnostik und Therapie. Pflege hingegen bezieht sich auf die krankheits- und pflegebedingten Reaktionen von Patienten und privaten Unterstützungssystemen. Zudem erfüllt sie Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses mit den folgenden drei Hauptaufgaben:

- Körperfunktionsorientierte Unterstützung,
- Sozio- emotionale Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen (z.B. Kontakt zu Selbsthilfegruppen herstellen),

¹¹⁴ Vgl. Hayder et al. (2008), S.22

¹¹⁵ „Das Blasenretraining ist eine Form der Verhaltenstherapie, das sich die Prinzipien des operativen Konditionierens, [...], zu Nutze macht. Die Ziele liegen im Wesentlichen darin, falsche Ausscheidungsgewohnheiten, die sich durch ein zu häufiges Aufsuchen der Toilette zeigen, zu korrigieren, die Blasenkapazität zu erhöhen und die Fähigkeit, den Harndrang zu verdrängen, zu verbessern, um insgesamt die Ausscheidungsintervalle der Betroffenen auf drei bis vier Stunden zu erhöhen.“ (DNQP (2007), S.69; zit. n. Wyman, Fantl (1991))

¹¹⁶ Vgl. Norton (1999), S.251

¹¹⁷ Hayder (2010b), S.135

¹¹⁸ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer (2006a), S.32

- Handlungs- und verhaltensorientierte Unterstützung (z.B. Anleitung und Beratung).¹¹⁹

Des Weiteren umfasst das pflegerische Aufgabenfeld die Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen, die Durchführung arztinduzierter Pflegetätigkeiten und Unterstützungsprozesse, die entweder der Systemerhaltung dienen oder administrativer Art sind, wie beispielsweise den Kardex neu anlegen oder Bestellungen ausführen.¹²⁰

Daneben sollte bei der Versorgung von harninkontinenten Frauen ausdrücklich die Rehabilitation als eine Versorgungsphase mitbedacht werden, da mit der Harninkontinenz weitere Anpassungsstrategien im Alltagserleben der Betroffenen verbunden sein können. Dazu gehören der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln oder die Weiterführung von Beckenbodenübungen im häuslichen Umfeld. Aus diesem Grund umfasst der Versorgungsprozess bei Harninkontinenz als Ergänzung zu den Phasen der Aufnahme, Behandlung und Entlassung, die Nachsorgephase.

In Anlehnung an Dahlgaard und Stratmeyer kann der Versorgungsprozess bei Harninkontinenz, einschließlich einer beispielhaften pflegerischen und medizinischen Aufgabenrealisierung, folgendermaßen grafisch dargestellt werden:

¹¹⁹ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer (2006a), S.43f.

¹²⁰ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006b,34f.

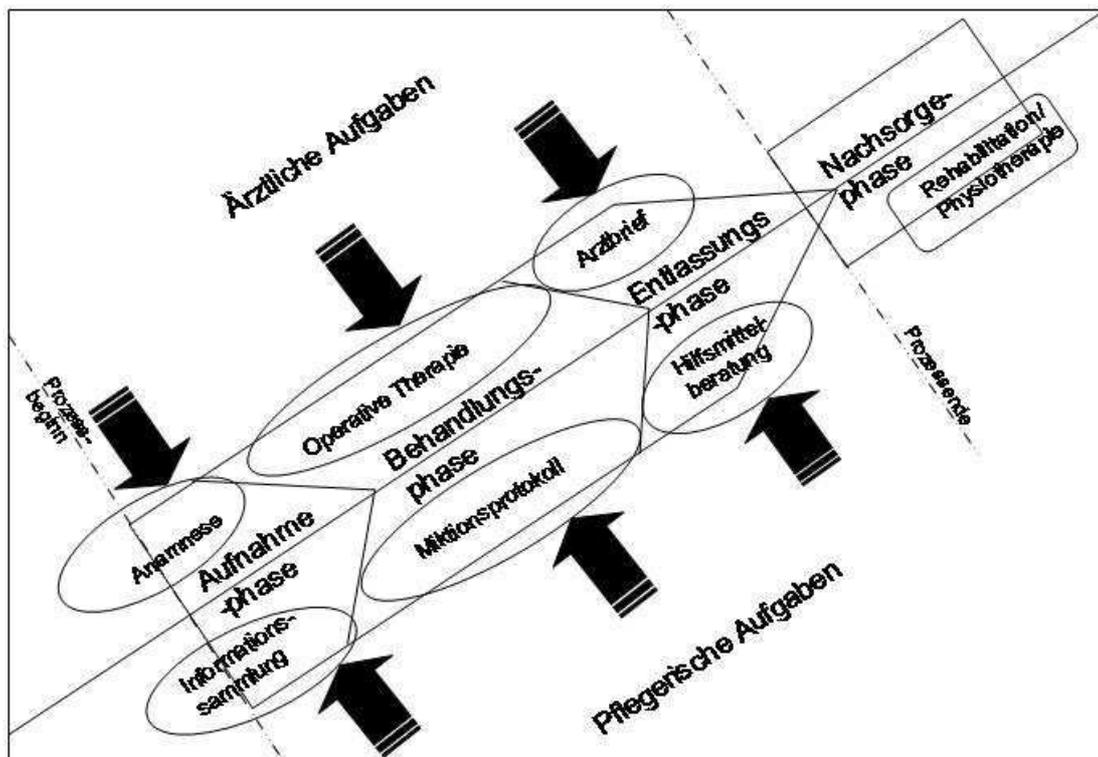


Abb. 1.: Stationärer Versorgungsprozess bei Harninkontinenz, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dahlgaard, Stratmeyer (2006a), S. 32

In dieser Darstellung wurde aus den bereits genannten Gründen, die Nachsorgephase zu den Phasen der Aufnahme, Behandlung und Entlassung ergänzt. Medizinische und pflegerische Unterstützungsangebote beschränken sich dabei auf die drei erstgenannten Phasen. So übernimmt der Arzt zum Zeitpunkt der Aufnahme, die Anamnese und die Pflege vollzieht im Zuge des Pflegeprozesses die Informationssammlung zu wesentlichen Pflegeproblemen. In der Behandlungsphase zählt zu den ärztlichen Aufgaben, die Durchführung der operativen Therapie, während pflegerische Maßnahmen u. a. die Dokumentation und Auswertung des Miktionsprotokolls umfassen. Des Weiteren wird im Entlassungsprozess die Patientin so auf ihre Entlassung vorbereitet, dass eine koordinierte Weiterversorgung außerhalb der Institution Krankenhaus sichergestellt ist und einer Wiederaufnahme entgegen gewirkt wird. Das Ziel besteht darin, einen fließenden Übergang in die anschließende Nachsorgephase zu schaffen.¹²¹ Die Entlassungsphase endet damit nicht zum Entlassungszeitpunkt, sondern nimmt einen Teil in der Nachsorgephase ein. In der Abbildung wurde

¹²¹ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer (2007), S.57

dieser Aspekt kenntlich gemacht durch die Überlappung von Entlassungsphase und anschließender Nachsorgephase. Die Nachsorgephase findet in der Regel zu Hause bei den Patientinnen statt. Dort werden bei Bedarf Einrichtungen zur Physiotherapie oder Sanitätshäuser aufgesucht, um nachfolgende präventive Maßnahmen zu ergreifen, wie etwa die Beckenbodengymnastik oder die Anforderung von Hilfsmitteln.

3.3 Zwischenfazit

In der Abbildung 1 wird verdeutlicht, dass ab dem Entlassungszeitpunkt in der Nachsorgephase von den klinischen Professionen keine Aufgaben mehr erfüllt werden und in dieser Hinsicht eine klare Abgrenzung zum gesamten Versorgungsprozess zu sehen ist. Laut Gruber können besonders bei dem Übergang vom stationären in den poststationären Bereich Versorgungseinbrüche auftreten und sich manifestieren.¹²² Diese Situation kann zu Drehtüreffekten, d. h. zur erneuten Einweisung oder wieder beginnender Diagnostik und Behandlung führen, was gerade in Bezug auf die tabuisierte Problematik der Harninkontinenz mit einer erneuten Belastung für die Betroffenen einhergeht.¹²³ Damit lässt sich ein Versorgungsdefizit in der Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz feststellen, welches aus fehlenden Angeboten zur Weiterbetreuung resultiert. Der bereits thematisierte Beratungsbedarf im Alltag der betroffenen Frauen (s. Kap. 2.4.2) deutet auf diese Versorgungslücke hin. Vor diesem Hintergrund wird im nachfolgenden Kapitel ein mögliches Unterstützungsangebot in der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz vorgestellt.

4. Telefonberatung in der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz

Das vorangestellte Kapitel konnte ein Versorgungsdefizit in der Nachbetreuung von Frauen mit Harninkontinenz aufzeigen. An dieser Stelle gilt es nun einen möglichen Lösungsweg vorzuschlagen, der einen Beitrag zur Verbesserung der nachstationären Versorgungssituation zu leisten vermag. Dazu wählt die Verfasserin die telefonische Beratung für die Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz. In folgendem Abschnitt wird die Wahl der Telefonberatung

¹²² Vgl. Gruber (2008), S.5

¹²³ Vgl. Gruber (2008), S.5

begründet und die genaue Zielsetzung festgelegt. Darüber hinaus sind Themenschwerpunkte und die Rolle der Pflegenden in der Telefonberatung festzuhalten.

4.1 Gründe für eine Telefonberatung

Beratung ist ein dynamisches Anwendungsfeld, das bedingt durch gesellschaftliche und technische Veränderungen sich einem ständigen Wandel unterzieht.¹²⁴ Neue Formen der Interaktion und Kommunikation ermöglichen einen erleichterten Zugang und eine konkrete Durchführung von Beratung.¹²⁵ Dieser Wandel in der Interaktionsform, von der klassischen face- to- face Beratung hin zu anonymeren Interaktionsformen wie dem Telefon hat in der heutigen Beratungslandschaft längst Einzug erhalten und ist aus ihr nicht mehr wegzudenken.¹²⁶ Die Telefonberatung erfreut sich zunehmender Nachfrage in unserer Gesellschaft.¹²⁷ Emmrich et al. sieht die Gründe in der zunehmenden Distanzierungstendenz der Gesellschaft, welche der relativen Anonymität des Telefons den Vorzug gibt.¹²⁸ Weitere Vorteile sehen die Benutzer von Telefonberatungen vor allem in dem bequemen und erreichbaren Zugang, in den geringeren Kosten, der Kontrolle über den Verlauf sowie der Unmittelbarkeit der angefragten Beratung.¹²⁹ Diese Kennzeichen der telefonischen Beratung sprechen für eine derartige Beratungsform in der Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz. Zum einen sind die Frauen nach einem klinischen Aufenthalt nicht mehr vor Ort anzutreffen und eine weitere Betreuung wird durch die Distanz erschwert. Mit einer Telefonberatung könnte diese Schwierigkeit umgangen werden. Im Zeitalter der Medien verfügen die meisten Haushalte über ein Telefon. Dieses Medium ist in fast jeder Situation verfügbar und es müssen keine weiten Wege zum Patienten oder Terminvereinbarungen in Kauf genommen werden, welche die Hilfe verzögern würden.¹³⁰ Darüber hinaus ist die Hürde anzurufen bzw. einen Anruf entgegen zunehmen bei den Ratsuchenden sehr niedrig, da sie einander nicht sehen und jederzeit das Gespräch beenden können. Gerade bei einem mit Scham behafteten Thema wie der Harninkontinenz kann das deutlich von Vorteil sein, um mehr Frauen zu erreichen und zu unterstützen.

¹²⁴ Vgl. Warschburger (2009), S.256

¹²⁵ Vgl. Warschburger (2009), S.256

¹²⁶ Vgl. Warschburger (2009), S.114

¹²⁷ Vgl. Warschburger (2009), S.115

¹²⁸ Vgl. Emmrich et al. (2006), S.21

¹²⁹ Vgl. Warschburger (2009), S.115

¹³⁰ Vgl. Hüdepohl (2008), S.7f.

4.2 Zielsetzung

Nach Seidlitz und Theiss ist es das Ziel von telefonischen Beratungen: „[...] möglichst schnell und unkompliziert in der belastenden Situation erreichbar zu sein und dabei ihre Zielgruppe möglichst breit anzusprechen.“¹³¹ Im Speziellen, geht es bei der telefonischen Beratung von Frauen mit Harninkontinenz, um die bedarfsgerechte Unterstützung über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Die Beratung am Telefon soll den Patientinnen helfen, ihre individuellen Kräfte, nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf kognitiver und emotionaler Ebene einzuschätzen, zu stärken und sinnvoll zu nutzen. Darüber hinaus kann die Beraterin¹³² dabei unterstützen, besondere Belastungen im Alltag der Betroffenen zu identifizieren und diese durch gemeinsam entwickelte Strategien zu minimieren. In diesem Zusammenhang trägt die Telefonberatung dazu bei, im Hinblick auf Harninkontinenz realisierbare Ziele zu ergründen sowie Handlungsstrategien- und planungen zu erarbeiten. Im Gesprächsprozess bestünde die Möglichkeit, Ressourcen ausfindig zu machen, die für die Zielerreichung hilfreich sein können. Dazu wird es notwendig sein, die Lebenswelt des Patienten näher zu ergründen. Die Mitarbeit der betroffenen Frauen im Beratungsprozess ist dabei unerlässlich, da nur sie die Ausprägung der Harninkontinenz selbst spüren und auch nur sie die Auswirkungen auf ihre Lebensqualität wahrnehmen. Zudem werden lediglich die Patientinnen entscheiden können, auf welche Lebensbereiche sich die Beratung beziehen soll und welche Aspekte bearbeitet werden. Die Telefonberatung ist dabei nur eine Unterstützung, die Anregungen zur Krankheitsbewältigung weiter gibt. Die eigentlichen Maßnahmen, die zu Veränderungen führen sollen, müssen von den Patientinnen selbst durchgeführt und in ihrem Alltagsleben implementiert werden. Deutlich zu erkennen ist, dass bei der Telefonberatung in besonderer Weise die Subjektivität und Individualität des Ratsuchenden Beachtung findet und die Patientin mit ihrem ganz persönlichen Erleben im Mittelpunkt des Beratungsgeschehens steht.

Insgesamt soll die Telefonberatung dazu beitragen, das krankheitsbezogene Selbstmanagement der Frauen zu fördern. Betroffene sollen in die Lage versetzt werden, durch Harninkontinenz bedingte Krisensituationen besser als bisher zu bewältigen. In der möglichen Folge kann die durch Inkontinenz herabgesetzte

¹³¹ Seidlitz, Theiss (2007), S.21

¹³² Der Begriff „Beraterin“ bezeichnet die ausführende Person der telefonischen Beratung und wird in der weiblichen Form verwendet, da Pflegenden im gynäkologischen Bereich vorwiegend weiblich sind.

Lebensqualität der betroffenen Frauen gesteigert werden. Ein weiterer denkbarer Effekt bestünde darin, dass Frauen leichter über Inkontinenzprobleme sprechen und damit ein Beitrag zur Enttabuisierung der Thematik geleistet werden kann.

4.3 Die Rolle der Pflege bei der Telefonberatung

Worin zeigt sich die Besonderheit der Berufsgruppe Pflege in der Telefonberatung bei Frauen mit Harninkontinenz? In der Studie von Kummer et al. zur Kommunikation der Ärzte und Pflegenden zur Inkontinenz konnte festgestellt werden, dass Patienten mit den Pflegenden den Aufbau einer persönlichen und vertrauensvollen Beziehung anstreben und die empathische Kommunikation sowie das Verständnis der Pflegenden für die peinliche Situation schätzen.¹³³ Hinzu kommt, dass Pflegende sehr patientennah arbeiten und sie ihre Patienten oftmals über einen längeren Zeitraum betreuen. Aufgrund dieser Patientennähe und den häufigen, teilweise sehr intimen Patienteninteraktionen haben Pflegende im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am ehesten Einblick in die Lebenswelt der Patienten.¹³⁴ Eine vertrauensvolle Beziehung ist gerade bei Harninkontinenz von großer Bedeutung, da oftmals von den Frauen nur ein sehr enger Personenkreis in die Problematik eingeweiht wird. Für die spezifische Gesprächssituation am Telefon könnte die besondere Stellung der Pflegenden durchaus vorteilhaft sein, um die für den Erfolg der Beratung ausschlaggebende Berater- Klient- Beziehung aufzubauen.

Zusätzlich ist die Verfasserin dieser Arbeit der Ansicht, dass Pflegende durch ihre dreijährige Ausbildung sowohl das notwendige Fachwissen besitzen, um über medizinische Aspekte zur Harninkontinenz zu informieren, als auch über kommunikative und soziale Kompetenzen verfügen. Letzteres erweist sich im Zusammenhang mit der Kontinenzproblematik als Kernkompetenzen von Pflegenden bei der Beratung.

5. Theoretischer Rahmen der Telefonberatung

„Große Gedanken brauchen nicht nur Flügel, sondern auch ein Fahrgestell zum Landen.“¹³⁵ Beratung ist sehr vielgestaltig. Sie verliert ihre Diffusität und Unbestimmtheit durch die jeweilige Einzigartigkeit der ihr zugrunde liegenden

¹³³ Vgl. Kummer et al. (2008), S.271

¹³⁴ Vgl. Müller- Mundt, Schaeffer (2001), S.228

¹³⁵ Bayer, Beck (2008), S.138

Anliegen, Umstände und Beratungskonstellationen.¹³⁶ Im Folgenden sollen die wesentlichen Rahmenbedingungen für eine telefonische Beratung in der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz erläutert werden.

5.1 Zielgruppe

Nach einem operativen Eingriff bei bestehender Harninkontinenz können zwei verschiedene Zustandsergebnisse bei den betroffenen Frauen vorliegen. Zum einen kann mit dem invasiven Eingriff die Kontinenz wieder hergestellt werden. Auf der anderen Seite können die vorhandenen Symptome der Inkontinenz lediglich verbessert werden. Vor diesem Hintergrund gibt es bei der Telefonberatung zwei unterschiedliche Gruppen von Frauen auf der Empfängerseite. Die eine Gruppe bilden die Frauen, die nach der Operation wieder vollkommen kontinent sind. Daneben gibt es den Teil Frauen, die eine Restinkontinenz vorweisen. Für die Beraterin sind diese Unterschiede in den Zielgruppen ganz entscheidend bezüglich auf die Auftragsklärung und Interventionsplanung.

5.2 Ansiedlung und Kontaktaufnahme

Die Verfasserin dieser Arbeit sieht die Telefonberatung als ein Angebot in der ambulanten Nachsorgebetreuung für Frauen mit Harninkontinenz, da dort ein Versorgungsdefizit identifiziert werden konnte. (s. Kap. 3.3) Es erscheint sinnvoll, die Telefonberatung als ein stationsinternes Angebot zu betrachten, da dort die Patientinnen sowohl diagnostiziert als auch therapiert werden. Der Vorteil ist vor allem darin zu sehen, dass die Beraterin über die Krankengeschichte und wichtige Behandlungsschritte unmittelbar informiert ist und sie im Vorwege während des Krankenhausaufenthaltes den Kontakt zur Patientin aufnehmen kann. Damit könnte bereits vor dem Telefonat die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Des Weiteren steht die Beraterin bei aufkommenden Fragen in direkten Kontakt zu den am Behandlungsgeschehen Beteiligten und kann gezielte Informationen zur Patientin erhalten, ohne unnötig Zeit zu verlieren.

Im Gegensatz zu Inkontinenzberatungsstellen, die bereits in einigen Krankenhäusern eingerichtet wurden, steht bei der Telefonberatung die Verbesserung der Lebensqualität im Alltag der Betroffenen im Mittelpunkt und weniger die Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention sowie zur Therapie

¹³⁶ Vgl. Warschburger (2007), S.599

von Harninkontinenz. Durch die Ansiedlung der Telefonberatung als Krankenhaus internes Angebot könnte die denkbare Hürde für Patientinnen, eine zusätzliche Beratungsstelle bei aufkommenden Problemen aufzusuchen, umgangen werden. Die vorgesehene Telefonberatung sieht sich als eine institutionalisierte Beratung und ist für den Beratungsempfänger kostenfrei.

Es wird vorgesehen, dass der Erstkontakt zwischen der Beraterin und der Patientin noch während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt. Sinnvoll ist hierbei die Entlassungsphase zu wählen, um einerseits einen Eindruck des aktuellen Endzustandes der Patientin zu erhalten und zugleich mit der Information zur Telefonberatung am richtigen Zeitpunkt anzuknüpfen. Nach der Entlassung der Patientin wird vorgesehen, etwa eine Woche zwischen dem Entlassungstag und dem ersten Anruf verstreichen zu lassen, um den Frauen Zeit zu geben, die für sie neue Situation zu erfassen. Die erste Kontaktaufnahme wird von der Beraterin über das Telefon getätigt. Die Telefonberatung ist somit ein proaktives Angebot, das von der Beraterin initiiert und als Intervention angeboten wird.¹³⁷ Wie der weitere Ablauf der Beratung ist, soll an einer anderen Stelle dieser Ausarbeitung behandelt werden. (s. Kap.5.3) Die zeitliche Fortsetzung sowie die Gestaltung der weiteren Kontaktaufnahme ist flexibel und hängt von den getroffenen Abmachungen zwischen beiden Gesprächsparteien ab. Wie viele Anrufe notwendig werden, wird individuell sicherlich sehr unterschiedlich sein. Dabei könnte eine Rolle spielen, wie schwerwiegend die Inkontinenzprobleme der Ratsuchenden sind, wie informiert sie ist und wie die Umsetzung von erteilten Handlungsempfehlungen gelingt. Wichtig ist dabei, dass die Beratung ein freiwilliges Angebot für die Beratungsempfängerin darstellt und sie mit keinerlei Verpflichtungen einhergeht. Culley schreibt im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Beratung:

„Das Ende gerät gewöhnlich in Sicht, wenn Klienten das erreicht haben, was sie erreichen wollten oder wenn sie hinreichend gut mit ihren Problemen klarkommen, so dass sie keine weitere Unterstützung brauchen.“¹³⁸

5.3 Phasenmodell des ressourcenorientierten Gesprächsprozesses

Zum Themenfeld Beratung existieren eine Vielzahl von Theorien und Ansätzen. Dabei können Beratungsansätze als übergeordnete, handlungsleitende Theorien

¹³⁷ Vgl. Warschburger (2009), S.116
¹³⁸ Culley (2002), S.183

angesehen werden.¹³⁹ In den ihnen zugrunde liegenden Menschenbildannahmen, der Handlungstheorien sowie der Beratungskonzeptionen wird der Ablauf einer jeden Beratungssituation bestimmt. Dementsprechend unterschiedlich kann ein und dieselbe Beratung verlaufen. Auch bei der Telefonberatung sollte die Beraterin in ihrer Gesprächsführung einem bestimmten Beratungsansatz folgen, um Vorstellungen über den Verlauf und das Ziel der Beratung zu entwickeln. Eine komplette Auflistung der Beratungsansätze und ihrer zugrunde liegenden Theorien dürfte den Rahmen dieser Ausarbeitung übersteigen. Aus diesem Grund wird für die weitere Vorgehensweise ein für die Telefonberatung von Frauen mit Harninkontinenz geeigneter Beratungsansatz ausgewählt. Damit zeigt die Verfasserin eine mögliche Art und Weise der Gestaltung einer telefonischen Beratung in der Nachsorge auf. Der gewählte Ansatz hat dabei den bereits vorgestellten Zielen und Merkmalen einer Beratung bei Harninkontinenz zu entsprechen. Ein ressourcenorientierter Ansatz wurde bereits von Seidlitz und Theiss in ihrer Literatur zur Telefonberatung gewählt und erscheint der Verfasserin dieser Arbeit ebenfalls als angebracht. Ausschlaggebend ist dabei, dass sich der ressourcenorientierte Beratungsansatz nach Seidlitz und Theiss bereits explizit auf die telefonische Beratung bezieht und dabei sowohl der geforderten Subjektivität, als auch der Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten von Betroffenen, Rechnung getragen wird. Nach Seidlitz und Theiss geht es in der ressourcenorientierten Beratung darum, „[...] den problembedingten „Tunnelblick“ zu weiten, indem man die Perspektiven wechselt und die Aufmerksamkeit auf mit positiven Empfindungen verbundene Erfahrungen lenkt, um diese für die Bewältigung der jeweiligen Herausforderungen zu nutzen.“¹⁴⁰ Generell wird dabei die Kompetenz zur eigenständigen Bewältigung von Lebensbelastungen durch ein wertschätzendes, kooperatives, sinnstiftendes und auf Kompetenzen achtendes Vorgehen, gefördert.¹⁴¹ Auf dieser Grundlage stellten Seidlitz und Theiss wesentliche Aspekte zur ressourcenorientierten Gesprächsführung in einem idealtypischen Modell auf. Es enthält alle erforderlichen Schritte im Sinne eines Idealzustandes und kann daher als Orientierung für die Darstellung des Ablaufes einer Telefonberatung von Frauen

¹³⁹ Vgl. Mutzeck (2002), S.36f.

¹⁴⁰ Seidlitz, Theiss (2007), S.42, Hervorh. im Original

¹⁴¹ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.43

mit Harninkontinenz genutzt werden. Dazu müssen nachfolgende Aspekte miteinbezogen werden.

Die Ansiedlung der Telefonberatung als ein krankenhausesinternes Angebot macht es notwendig, dass eine Ergebnissicherung im Gesprächsprozess stattfindet, um die Effektivität der Telefonberatung in der Nachsorge zu prüfen. Aus diesem Grund wird der Aspekt der Qualitätssicherung nach Ormond et al. im Modell ergänzt.¹⁴² Zusätzlich wird die erste Phase bereits durch die Kontaktaufnahme der Beraterin dargestellt und die unterschiedlichen Hilfewünsche auf die Harninkontinenz bezogen.

In Anlehnung an das Phasenmodell von Seidlitz und Theiss kann der Gesprächsablauf der telefonischen Beratung von Frauen mit Harninkontinenz in der Nachsorge folgendermaßen grafisch dargestellt werden:

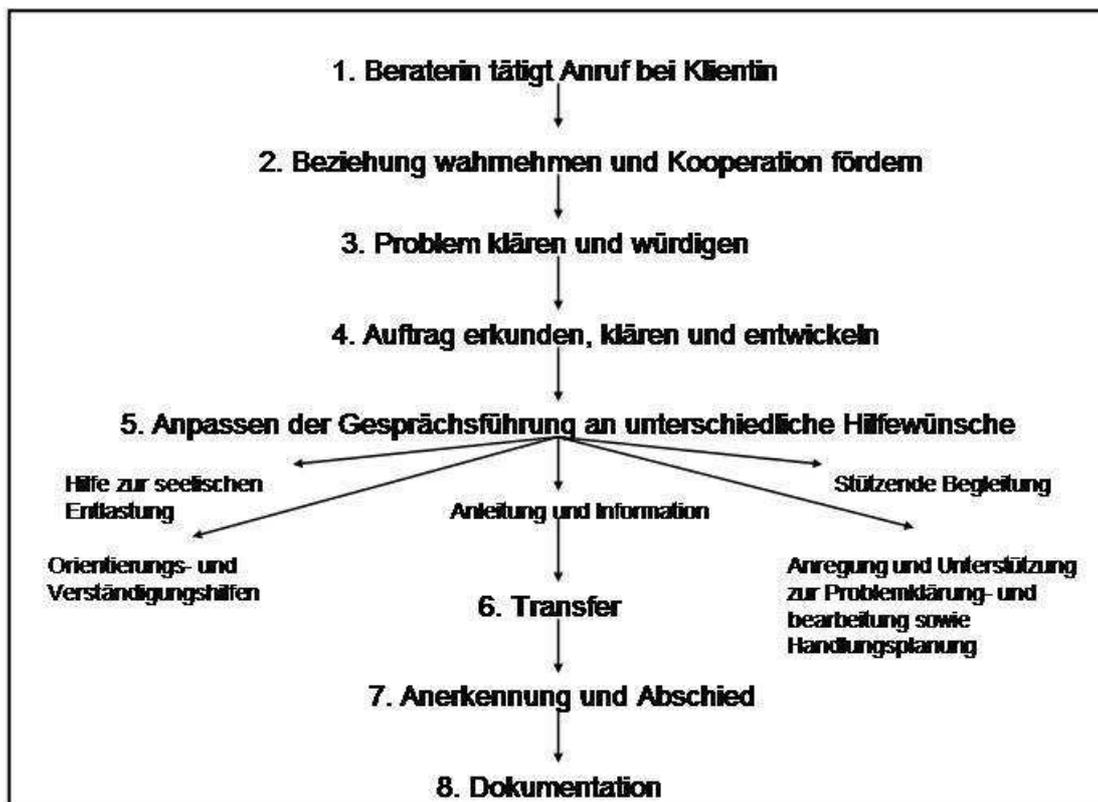


Abb. 2 :Phasenmodell zum Gesprächsablauf der telefonischen Beratung, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Seidlitz, Theiss 2007, S.63

Die Reihenfolge der Phasen gibt an, zu welchem Zeitpunkt welche Schwerpunkte in der Regel gesetzt werden sollten. Laut Seidlitz und Theiss sind in der

¹⁴² Vgl. Ormond et al. (2000), S.69

Gesprächswirklichkeit die einzelnen Aspekte eher zirkulär zueinander zu sehen.¹⁴³
„So kann nach der Anregung zur Problemlösung durchaus wieder eine erneute Auftragsklärung folgen, wenn gewünschte Veränderungen zu unerwünschten Folgen führen, die vorher nicht bedacht wurden.“¹⁴⁴

Im Folgenden werden alle Schritte genauer beleuchtet und auf die Beratungssituation von Frauen mit Harninkontinenz bezogen.

1. Phase: Beraterin tätigt Anruf bei der Klientin

Zum Zeitpunkt des Anrufes verfügt die Beraterin bereits über ein genaues Bild zur Klientin durch die Einsicht in ihre Patientenakte und den Erstkontakt während des Krankenhausaufenthaltes. Zusätzlich ist es ihr mit Hilfe der Dokumentation möglich, die Klientin zu einer der beiden Zielgruppen (s. Kap.5.1) einzuordnen, um im weiteren Gesprächsprozess Bezug darauf zu nehmen.

2. Phase: Beziehung wahrnehmen und Kooperation fördern

Sobald der telefonische Kontakt hergestellt wurde, sollte zuerst die Beziehungsebene wahrgenommen werden, womit das Rollenverständnis der beiden Parteien geklärt wird. Hierbei spielen der Aufbau und die Pflege einer vertrauensvollen und kooperativen Beziehung eine wesentliche Rolle. Die Beraterin kann dabei bereits auf den im Erstkontakt getätigten Beziehungsaufbau anknüpfen. Im Fall der Beratung ist es wesentlich, dass der Beratungsbedarf unter der Bedingung erkannt wird, dass die Klientin tatsächlich Hilfe will.

3. Phase: Problem klären und würdigen

Durch eine detaillierte Problemlklärung kann die Beraterin wichtige Kontextbedingungen und Ressourcen der Klientin erfahren und diese wiederum zur Problemlösung nutzen.

4. Phase: Auftrag erkunden, klären und entwickeln

Die Arbeit an der Klärung und Eingrenzung des Beratungsthemas bedeutet, dass die Beraterin zusammen mit der Klientin an einem gemeinsamen und tragfähigen Verständnis dessen arbeitet, was die Themen der Beratung sind und was ihre Ziele ausmacht.¹⁴⁵ Dieser Klärungsprozess wird von Seidlitz und Theiss als Auftragsklärung bezeichnet.¹⁴⁶ Der Auftrag orientiert sich dabei stets an der

¹⁴³ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.62

¹⁴⁴ Seidlitz, Theiss (2007), S.62

¹⁴⁵ Vgl. Culley (2002), S.33

¹⁴⁶ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.91

Thematik, die die Klientin vorgegeben hat. Mögliche Themen können bei Harninkontinenz bezüglich des Trink- und Essverhaltens, zur Hilfsmittelversorgung, zu verschiedenen Therapiemöglichkeiten, Bekleidung und Anpassung der Umgebung sowie zum Blasen- und Toilettentraining oder dem Selbstkatheterismus bestehen. Es kann aber auch sein, dass einfache Informationen wie Telefonnummern oder Adressen von Physiotherapeuten und Selbsthilfegruppen verlangt werden. Vor dem Hintergrund der Tabuisierung der Harninkontinenz werden unter Umständen emotionale Themen mit der Betroffenen behandelt, wie beispielsweise die Aufbereitung des Krankheitserlebens und der Auswirkungen auf ihren Lebensalltag.

5. Phase: Anpassen der Gesprächsführung an unterschiedliche Hilfewünsche

Vor dem Hintergrund der im Kapitel 2.4 erarbeiteten Hilfsbedürfnisse von Frauen mit Harninkontinenz beinhaltet die Telefonberatung folgende fünf Schwerpunkte:

1. Anleitung und Information
2. Hilfe zur seelischen Entlastung
3. Stützende Begleitung
4. Orientierungs- und Verständigungshilfen
5. Anregung und Unterstützung zur Problemklärung- und bearbeitung sowie zur Handlungsplanung

Die genannten Schwerpunkte werden im Beratungsgespräch durch die jeweilige Themenwahl der Patientinnen inhaltlich ausgefüllt und gemeinsam mit den Problemlösungsansätzen der Beraterin bearbeitet. Hierdurch ergibt sich das vollständige Hilfsangebot für die individuelle Situation der Klientin.

6. Phase: Transfer

Der Transfer bezieht sich auf Anregungen zur Umsetzung des Besprochenen, auf die konkrete Zukunftsplanung und Handlungsempfehlungen.¹⁴⁷

7. Phase: Anerkennung und Abschied

Das Gespräch sollte stets mit einer positiven Note von der Beraterin beendet werden. Dabei sollte sie die Bemühungen ihrer Klientin anerkennen, indem sie beispielsweise sagt, dass sie es gut findet, wie die Klientin offen über ihr schwerwiegendes und für sie manchmal auch schmerzliches Anliegen berichtet

¹⁴⁷ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.63

hat.¹⁴⁸ Neben der Beendigung des Gespräches sollten in dieser Phase Terminvereinbarungen zu weiteren follow- up Anrufen getroffen werden, die der Evaluation der besprochenen Handlungsempfehlungen dienen.

8. Phase: Dokumentation

Ein kurzes Protokoll zum Telefongespräch mit dem Verlauf und den vereinbarten Maßnahmen ist von der Beraterin bei jedem Telefonat anzufertigen, um im nächsten Gespräch daran anzuknüpfen oder wesentliche Inhalte später noch einmal nachvollziehen zu können. Dazu empfiehlt es sich, bereits während des Gespräches Anmerkungen zu notieren. Die Dokumentation kann genutzt werden, um Aussagen über die Effektivität und Nutzung des Angebotes transparent zu machen.

Im gesamten Ablauf der telefonischen Beratung können die Ausprägungen der Phasen unterschiedlich sein, ebenso wie die gesetzten Schwerpunkte. Bedarfsgerechte Telefonberatung bedeutet in diesem Zusammenhang differenziert mit unterschiedlichen Aufträgen und Möglichkeiten umgehen zu können.¹⁴⁹

5.4 Profil des Beraters

Die Rolle des Beraters soll aus den bereits genannten Gründen (s. Kap.4.3) von einer weitergebildeten Gesundheits- und Krankenpflegerin übernommen werden. Im Folgenden wird das Kompetenzprofil der Beraterin näher erläutert.

5.4.1 Grundlegende Kompetenzen

Ein wesentliches Kriterium für eine professionelle Beratung ist, dass es sich bei den Beratern um speziell ausgebildete Personen handelt. Sie sollten einerseits über theoretisches Wissen zur Entstehung des der Beratung zugrunde liegenden Problems verfügen sowie zu potentiellen Lösungsansätzen, gleichzeitig aber kommunikative Kompetenzen in der Interaktion mit der Klientin aufweisen, wie beispielsweise gewisse Gesprächstechniken oder Strategien zum Beziehungsaufbau. Dadurch ist es ihnen möglich, die Beratung individuell, in diskreter und sensibler Art und Weise sowie nach dialogischen Prinzipien zu gestalten.¹⁵⁰ Für die fachlichen Qualitäten einer Beraterin im Bereich der

¹⁴⁸ Vgl. Culley (2002), S.62

¹⁴⁹ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.63

¹⁵⁰ Vgl. Warschburger (2009), S.12

Kontinenzförderung bedeutet das, die Mehrdimensionalität der Harninkontinenz zu kennen bzw. dieses Wissen aufzubauen sowie situationsgerecht und somit individuell im Prozess der Kontinenzförderung entscheiden zu können.¹⁵¹ Nach Ansicht von Hayder zeigt sich die fachliche Expertise von Pflegenden bezüglich der Harninkontinenzproblematik konkret darin:

- Risikofaktoren, die zu einer Inkontinenz führen, zu kennen und zu identifizieren,
- Symptome der Harninkontinenz und deren Auswirkungen im Alltag der Betroffenen zu erkennen,
- Formen der Harninkontinenz zu wissen,
- Strategien der Betroffenen im Umgang mit der Harninkontinenz zu kennen,
- Instrumente und Methoden zur differenzierten Einschätzung der Harninkontinenz anwenden zu können,
- Kompetenzen für individuelle Beratung einzusetzen,
- Maßnahmen zur Kontinenserhaltung- oder förderung zu wissen und anzuwenden,
- Hilfsmittel zur Kompensation der Inkontinenz zu kennen und individuell einsetzen zu können sowie letztlich
- Maßnahmen zu evaluieren.¹⁵²

Darüber hinaus sollte die Beraterin nach Rogers folgende drei Basisqualitäten aufweisen und diese mit in den Beratungsprozess einbringen: Empathie, Kongruenz und Akzeptanz.¹⁵³

Dabei meint Empathie in die persönliche Erfahrungswelt einer anderen Person einzutauchen, ihre Gefühle wahrzunehmen und die Erlebnisse der Person zu verstehen, ohne wertend dabei zu sein.¹⁵⁴

„Mit Kongruenz wird eine Haltung beschrieben, die den anderen nicht täuscht.“¹⁵⁵

Darunter ist zu verstehen, dass die Beraterin auf allen Kommunikationskanälen die gleiche Botschaft sendet, die auch ihren Empfindungen entspricht.¹⁵⁶ Indem ihr

¹⁵¹ Vgl. Hayder et al. (2008), S.21f.

¹⁵² Vgl. Hayder et al. (2008), S.22

¹⁵³ Vgl. Rogers (2001), S.28

¹⁵⁴ Vgl. Warschburger (2009), S.13

¹⁵⁵ Mahlmann (2004), S.58

¹⁵⁶ Vgl. Warschburger (2009), S.13f.

äußeres Verhalten bzw. Handeln kongruent zu ihrem inneren Erleben ist, wird sie dem Beratungsempfänger gegenüber glaubhaft.¹⁵⁷

Akzeptanz ist die bedingungslose positive Wertschätzung des Gegenübers aufgrund seiner Einzigartigkeit. Sie bedeutet allerdings nicht, dass die Beraterin mit allem übereinstimmen oder sich der Klientin anpassen muss.¹⁵⁸

Die Anwendung der Basisqualitäten seitens der Beraterin ist in der Beratungssituation von großer Bedeutung, da durch sie eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehung aufgebaut werden kann, die eine wesentliche Grundlage für die weitere Beratungsarbeit bildet.¹⁵⁹

5.4.2 Kommunikative Kompetenzen

„In der Beratungssituation selbst kommt der Kommunikation eine bedeutende Rolle zu.“¹⁶⁰ Durch die Art und Weise, wie Berater kommunizieren, also wie sie etwas benennen, deuten, bewerten, erklären und wie sie sich dementsprechend verhalten, tragen sie zur Gesprächswirklichkeit bei.¹⁶¹ Durch die Anwendung von Kommunikationstechniken können die Basisqualitäten Empathie, Kongruenz und Akzeptanz ausgedrückt werden. Eine wichtige Voraussetzung ist das aktive Zuhören. Aktives Zuhören zeichnet sich aus durch:

- Interesse an der Erzählerin und ihren Erzählungen,
- Bereitschaft, sich auf die andere einzulassen,
- Fähigkeit das Gehörte wahrzunehmen bzw. zu erkennen, zuzuordnen, abzuwägen, zu beurteilen und dann zu antworten sowie
- Präsenz durch signalisierte Aufmerksamkeit.¹⁶²

Insgesamt ist das Ziel des aktiven Zuhörens, der Ratsuchenden zu signalisieren, dass sie sowohl gehört als auch verstanden worden ist.¹⁶³ Verstehen im aktiven Zuhören kann in der Regel verbal und nonverbal in einer Beratung kenntlich gemacht werden. Obwohl sich die Gesprächspartner bei der telefonischen Beratung einander nicht sehen können, spüren Anrufer sehr genau, ob jemand ihnen respektvoll zuhört.

¹⁵⁷ Vgl. Schmid (2001), S.122

¹⁵⁸ Vgl. Hüdepohl (2008), S.16

¹⁵⁹ Vgl. Culley (2002), S.28

¹⁶⁰ Hayder et al. (2008), S.83

¹⁶¹ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.37

¹⁶² Vgl. Hüper, Hellige (2007), S.127

¹⁶³ Vgl. Culley (2002), S.17

Da sie die Mimik, Gestik und Haltung nicht wahrnehmen können, erhält das sogenannte paraverbale Verhalten eine besondere Bedeutung.¹⁶⁴ Paraverbales Verhalten wird ausgedrückt durch:

- den Tonfall sowie
- gelegentliches Hm oder Ja.¹⁶⁵

Das Letztgenannte entspricht bei der Telefonberatung dem nonverbalen Blickkontakt und dem bestätigenden Kopfnicken im persönlichen Kontakt. Um das verbale Verstehen in einem Beratungsgespräch zu signalisieren, setzt die Beraterin reflektierende und sondierende Fertigkeiten ein. Reflektierende Fertigkeiten werden von der Beraterin benötigt, um der Klientin mitzuteilen, welche Aussagen sie verstanden oder bemerkt hat. Dazu zählen laut Culley das Wiederholen, Paraphrasieren und Zusammenfassen.¹⁶⁶ Sondieren kann die Beraterin durch Fragen, Feststellungen und Konkretisierungen.¹⁶⁷ Alle drei Möglichkeiten dienen dazu, den Fokus der Beraterin auf die wesentlichen Aspekte des Gesprächs zu richten bzw. noch weitere für die Beratung relevante Informationen zu erhalten.¹⁶⁸ Insgesamt sollten Sondierungen aufgrund ihrer wichtigen, aber lenkenden Wirkung im Beratungsprozess wohlbedacht eingesetzt werden.¹⁶⁹

Mit ihrem Kompetenzbereich tritt die Beraterin dem Beratungsempfänger als Expertin für die Beziehungsgestaltung und Gesprächsbeziehung gegenüber. Gleichzeitig nimmt die Klientin die Expertenrolle für ihre eigene Situation, ihrer Problemstellung und Ziele ein.¹⁷⁰ Für eine erfolgreiche Beratung am Telefon treten sich Beraterin und Klientin in einer kooperativen und vertrauensvollen Gesprächsbeziehung gegenüber. Zentrale Aufgabe der Beraterin ist es dabei, auf der Basis von Kooperation zu informieren, durch Deutung und Klärung der Klientin zu verhelfen, ihr Gesundheitsproblem in ihren Alltag zu integrieren und neu zu gestalten, um auf diese Weise Expertin ihrer eigenen Erkrankung zu werden.¹⁷¹ Handlungsgrundlage für dieses kooperative Vorgehen ist ein ausgewogenes Nähe- Distanz- Verhältnis, damit es der Beraterin gelingt, ihr berufliches

¹⁶⁴ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.81

¹⁶⁵ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.81

¹⁶⁶ Vgl. Culley (2002), S.73-85

¹⁶⁷ Vgl. Culley (2002), S.86-101

¹⁶⁸ Vgl. Culley (2002), S.18

¹⁶⁹ Vgl. Culley (2002), S.86

¹⁷⁰ Vgl. Seidlitz, Theiss (2007), S.65

¹⁷¹ Vgl. Hüper, Hellige (2007), S.137

Expertinnen- und Erfahrungswissen ins Verhältnis zum Alltags- und Erfahrungswissen der Klientinnen zu setzen.¹⁷²

5.5 Chancen und Grenzen der Telefonberatung bei Frauen

Die von der Verfasserin ausgearbeitete Konzeption der Telefonberatung für Frauen mit Harninkontinenz in der ambulanten Nachsorgephase könnte einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssituation bei Harninkontinenz leisten. Von äußerster Priorität ist dabei, dass mit der Telefonberatung ein Angebot für die individuelle Bedürfnislage von Frauen mit Harninkontinenz geschaffen wird, welches die Betroffenen über den Krankenhausaufenthalt hinaus unterstützt und die identifizierte Versorgungslücke in der Nachsorge (s. Kap. 3.3) schließt.

Die Chancen der Telefonberatung bestehen aus der Sicht der Verfasserin dieser Arbeit darin, dass die Beraterin als dauerhafte Ansprechpartnerin für die Betroffenen bei auftretenden Problemen fungieren kann und eine wichtige Position im Versorgungsgeschehen einnimmt. Das Telefon als Kommunikationsmittel ermöglicht dabei einen leichteren und planbaren Zugang zur Zielgruppe und hat aus der Perspektive der Beratungsempfänger den entscheidenden Vorteil, der Anonymität und der Kontrolle über die Beratungssituation. Zumal gerade für ältere Frauen das Telefon den Zugang zur Beratung erleichtert, da sie eventuell nicht mehr mobil sind und auf die Hilfe Anderer angewiesen wären. Daher kann angenommen werden, dass Frauen mit Harninkontinenz die telefonische Beratung eher in Anspruch nehmen, als eine klassische face- to- face Beratung. Als mögliches Ergebnis der Telefonberatung werden Leistungen im Gesundheitssystem von den Betroffenen seltener benötigt, was einerseits zur Kostenreduktion beiträgt und gleichzeitig die Zufriedenheit der Patientinnen mit bestehenden Versorgungsstrukturen erhöht. Darüber hinaus wird mit der Einrichtung einer telefonischen Beratung ein Angebot bereitgestellt, welches in dieser Weise noch nicht existiert und demzufolge die Wettbewerbsfähigkeit des jeweiligen anbietenden Krankenhauses steigert. Gleichzeitig können neue Kunden gewonnen und die Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt an den Anbieter gebunden werden.

Neben den genannten Stärken sieht die Verfasserin auch Schwächen bei dieser Form der Beratung für Frauen mit Harninkontinenz, die zunächst die

¹⁷² Vgl. Hüper, Hellige (2007), S.137

Beratungssituation am Telefon betreffen. Durch den indirekten Kontakt am Telefon kann sich ein Problem teilweise für die Beraterin anders darstellen, als es vielleicht in Wirklichkeit für die Patientin ist. Neben den kommunikativen Kompetenzen der Beraterin werden dabei auch die Gesprächsbereitschaft und die Ausdrucksweise der Ratsuchenden für die Problemerkennung ausschlaggebend sein. Im Gegensatz zur klassischen Beratungssituation kann die Beraterin am Telefon nicht beobachten, welche körperlichen Signale von der Betroffenen gegeben werden. So kann jemand ganz leicht am Telefon sagen, dass es ihr gut ginge, jedoch in ihrer Körpersprache besorgt und niedergedrückt wirken. Die Verminderung der direkten Wirkung einer Person durch das Telefon hat auch auf Seiten der Beraterin den Nachteil, dass sie es allein durch verbale Äußerungen schaffen muss, die Ratsuchende zum Beispiel für das Beckenbodentraining zu motivieren. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit Telefonberater über andere Beratungstechniken verfügen sollten, als sie bei der klassischen Beratungssituation zum Einsatz kommen. Zudem muss kritisch hinterfragt werden, ob derartige intime Themen wie die Harninkontinenz am Telefon besprochen werden sollten, wodurch ein Stück Vertrauen verloren gehen kann, da kein persönlicher Bezug besteht. Als weitere Schwachstelle sieht die Verfasserin dieser Arbeit den begrenzten zeitlichen Raum bei einer telefonischen Beratung. Die Beraterin muss als Dienstleister auch den wirtschaftlichen Faktor vor Augen haben und möglichst viele Betroffene mit ihrer Beratung erreichen. Die Gesprächslänge kann nie genau bestimmt werden und Termine sind schwer einzuhalten. So kann es sein, dass ein Gespräch länger dauert als es ursprünglich vorgesehen war und die Beraterin den nachfolgenden Anruftermin nicht realisieren kann. Aus diesem Grund sollte eine zweite Beraterin zur Stellvertretung vorhanden sein, um den Anruf zu übernehmen.

Unabhängig von der spezifischen Beratungssituation am Telefon gibt es noch weitere Schwachstellen. Ein möglicher Erfolg wird ebenfalls davon abhängen, wie gut die Integration der Beratung in die bestehende Versorgungsstruktur von Patientinnen mit Harninkontinenz gelingt. Nach der Literaturrecherche zu dieser Arbeit konnte festgestellt werden, dass bisher noch keine vergleichbaren Angebote in der Nachsorge von Frauen in Deutschland umgesetzt wurden und demzufolge dazu keinerlei Erfahrungswerte existieren. Zusätzlich gibt es relativ wenige Bemühungen zu einer theoretischen Fundierung und Qualitätssicherung in

der Telefonberatung.¹⁷³ Klassische Wirksamkeitsstudien könnten bei der Umsetzung sicherlich eine wichtige Rolle spielen.

Trotz der beschriebenen Schwachstellen, die bei einer Telefonberatung auftreten können, erachtet die Verfasserin dieses Beratungsangebot als sinnvoll und notwendig. Dabei müsste die genaue Umsetzung mit den entsprechenden Rahmenbedingungen der anbietenden Einrichtung noch geprüft und ein genereller Nutzen der Zielgruppe anhand von Studien wissenschaftlich belegt werden.

6. Zusammenfassung und Fazit

In dieser Arbeit wurde dargelegt, dass die Harninkontinenz insbesondere bei Frauen ein häufig auftretendes Gesundheitsproblem darstellt, welches mit vielfältigen Belastungen einhergeht. Die Inkontinenz ist dabei ein sehr prägendes Erlebnis im Leben der betroffenen Frauen, das selbst nach einer Zustandsbesserung durch einen operativen Eingriff im Alltag der Frauen stets mitbedacht wird. Trotz des zunehmenden Interesses der Thematik in Fachkreisen sowie Forschung, ist die Beratungssituation in Deutschland für die Betroffenen unbefriedigend.¹⁷⁴ In der ambulanten Nachsorge von Frauen mit Harninkontinenz zeigte sich eine Versorgungslücke an bedarfsgerechten Beratungsangeboten, welches einen neuen Lösungsweg verlangte. Mit der Telefonberatung konnte eine Möglichkeit zur bedarfsgerechten Unterstützung in der Nachsorge der Betroffenen aufgezeigt werden. Die Verfasserin wählte für die theoretische Konzeption den ressourcenorientierten Ansatz und stellte vor diesem Hintergrund ein Phasenmodell zum Gesprächsablauf (s. Kap.5.3) vor. An dieser Stelle sollte betont werden, dass es nur eine denkbare Variante der Beratungskonzeption zur Telefonberatung darstellt und weitere Beratungsansätze in diesem Zusammenhang denkbar wären, die dementsprechend zu unterschiedlichen Durchführungen führen würden.

Die telefonische Beratung könnte für die Frauen mit Harninkontinenz ein niederschwelliges Angebot darstellen und bei erfolgreicher Implementierung zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgungssituation führen. Sicherlich ist dafür eine Weiterentwicklung der Telefonberatung notwendig. Das Telefon ist ein Mittel der Kommunikation und muss auch professionell bedient werden, um den

¹⁷³ Vgl. Warschburger (2009), S.117

gewünschten Erfolg zu erzielen. Die Grenze der Sinneskanalreduktion kann zu dieser Zeit noch nicht umgangen, jedoch mit einem guten methodischen Vorgehen ausgeglichen werden. Die Entwicklung von Leitlinien und Konzepten, wie bereits mit dem Prozessphasenmodell der Gesprächsführung von der Verfasserin angedeutet, gehört weiterhin zu den zukünftigen Bemühungen, um eine gute Qualität der Telefonberatung zu gewährleisten. Dennoch darf dabei nicht aus den Augen verloren werden, dass es im Kern um einen individuellen Menschen geht, weshalb auch die Beratung anhand eines Leitfadens stets individuell auf den Gesprächspartner abstimbar bleiben muss. Wie bereits im vorangestellten Kapitel erwähnt, stellt sich die Frage der spezifischen Qualifikation von Telefonberatern. Hierzu könnten langfristig gesehen das Schaffen von neuen Aus- und Fortbildungskonzepten nützlich sein, welche vorhandene Kenntnisse mit spezifischen Inhalten und praktischen Übungen zur Telefonberatung kombinieren. Aufgrund der fehlenden Erfahrungswerte bei der telefonischen Beratung in der Nachsorge könnte auch eine Zusammenarbeit mit anderen Telefonberatungsanbietern von Vorteil sein, um weitere Erkenntnisse zu sammeln und Telefonberatungsseminare anzubieten.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass mit dieser Arbeit zunächst ein Denkanstoß in Richtung der Beratung bei Harninkontinenz in der ambulanten Nachsorge gesetzt werden sollte. Zur Implementierung in einem entsprechenden Krankenhaus, muss zunächst die Kompatibilität des Angebots mit bestehenden Strukturen betrachtet werden und mit nachfolgenden Studien die Effektivität sowie Qualität der Telefonberatung überprüft werden.

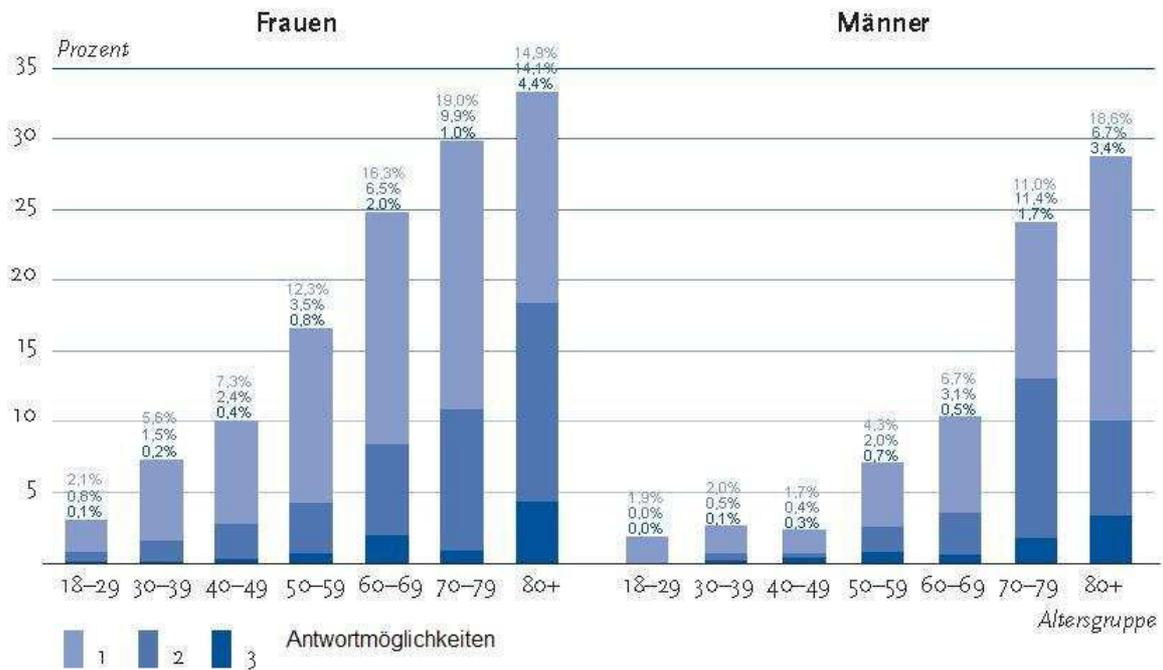
¹⁷⁴ Vgl. Hayder (2010b), S.138

Anhang

Anhang 1

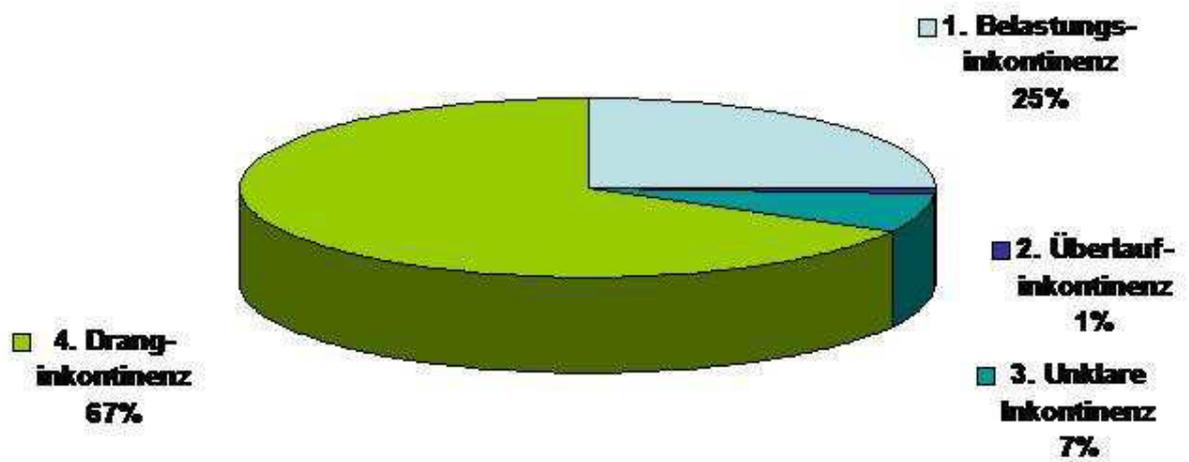
Anteil der Befragten, die angaben, von unfreiwilligem Harnverlust betroffen zu sein

Quelle: Robert Koch-Institut, Telefonischer Gesundheitssurvey 2005



Anhang 1: Telefonischer Gesundheitssurvey, Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007, S.17

Anhang 2



Anhang 2: Häufigkeit der Harninkontinenz Formen, Quelle: Naumann- Husemeyer 2003, S.26

Quellenverzeichnis

- Bayer, W.; Beck, C. (2008): Ziele erreichen- Zukunft gestalten: 37 Erfolgsbausteine für das Selbst-, Ziel- und Zeitmanagement. München: FinanzBuch- Verlag.
- Culley, S. (2002): Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fähigkeiten. Weinheim, Basel: Beltz.
- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2006a): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 1. Das Konzept. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2006b): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 2. Prozessorganisation. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2007): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 5. Kooperative Kernprozesse der Patientenbehandlung. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- DNQP- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung- Konsentierung- Implementierung. Osnabrück.
- Emmrich, D.; Hotze, E.; Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Problemfelder und Lösungsansätze. 1.Aufl., Seelze: Erhard Friedrich.
- Fischlein, J.; Pfänder, T. (2008): Industrielles Klinikmanagement. 1.Aufl., München: FinanzBuch Verlag.
- Füsgen, I.; Melchior, H. (1997): Inkontinenzmanual. Diagnostik Therapie Rehabilitation. 2.Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer- Verlag.

- Hayder, D.; Kuno, E.; Müller, M. (2008): Kontinenz- Inkontinenz- Kontinenzförderung. Praxishandbuch für Pflegende. 1.Aufl, Bern: Verlag Hans Huber.
- Hebgen, E. (2008): Viszeralosteopathie- Grundlagen und Techniken: Ifao- Lehrbuch. 3., überarbeitete Aufl., Stuttgart: Hippokrates.
- Hüdepohl, S. (2008): Telefonische Beratung in der ambulanten Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Diplomarbeit. Grin- Verlag, S. 2-83.
- Hüper, C., Hellige, B. (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen- Grundlagen- Konzepte- Methoden. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Koch-Straube, U. (2008): Beratung in der Pflege. 2.Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Mahlmann, T. (2004): Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue. Hamburg: Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fachbereich Sozialpädagogik, Diplomarbeit, S. 1-75.
- Müller- Mundt, G., Schaeffer, D. (2001): Patientenschulung in der Pflege. In: Reibnitz von, C., et al. (Hrsg.): Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München, S. 225-235.
- Mutzeck, W. (2002): Kooperative Beratung: Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag. 4.Aufl., Weinheim, Basel: Beltz.
- Niederstadt, C.; Gaber, E. (2007): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 39. Harninkontinenz. Berlin: Robert Koch- Institut.

- Norton, C. (1999): Praxishandbuch- Pflege bei Inkontinenz. 1.Aufl., München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Pschyrembel (2007): Klinisches Wörterbuch. 261. Aufl., Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Reibnitz von, C. et al. (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Rogers, C. R. (2001): Die nicht- direkte Beratung. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Schmid, P. F. (2001): Personale Begegnungen: Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Würzburg: Echter.
- Seidlitz, H.; Theiss, D. (2007): Ressourcenorientierte Telefonberatung. Dortmund: Borgmann Media.
- Spornitz, U. (2004): Anatomie und Physiologie. Lehrbuch und Atlas für Pflege- und Gesundheitsfachberufe. 4.Aufl., Heidelberg: Springer Medizin.
- Warschburger, P. (2009): Beratungspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin.

Fachzeitschriften:

Gruber, G. (2008): Menschen mit Kontinenzstörungen. Prozess- Phasen der Versorgung. In: Pro Care, 5.Jg., S.2-5.

Füsgen, I. (1998): Kostenproblem Harninkontinenz. In: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 5.Jg., Heft 1., S.7-12.

Hayder, D. (2010a): Harninkontinenz im Alltag der Betroffenen. „Nicht mal die Blase im Griff...“ Teil 1. In: Die Schwester der Pfleger, 49.Jg., Heft 1 S.28-31.

Hayder, D. (2010b): Harninkontinenz im Alltag der Betroffenen. „Alles meiner Blase nach ausgerichtet...“ Teil 2. In: Die Schwester der Pfleger, 49.Jg.,Heft 2, S. 134-138.

Hayder, D.; Cintron, A.; Schnell, M.; Schnepf, W. (2009): Umgang mit sensiblen Themen in Interviews- Einblicke in das Forschungsprojekt „Harninkontinenz im Alltag der Betroffenen“ In: Pflege, 22.Jg., Heft 5, S. 351-359.

Kummer, K., Dören, M., Kuhlmeier, A. (2008): Kommunikation der Ärzte und Pflegenden über Inkontinenz- eine Patientenperspektive. In: Gerontologische Geriatrie, 41.Jg., Heft 4, S. 267-273.

Ormond, K. E.; Haun, J.; Cook, L.; Duquette, D.; Ludowese, C.; Matthews, A. (2000): Recommendations for telephone counseling. In: Journal of Genetic Counseling, 9.Jg., Heft 1, S.63-71.

Schäfer, D. (2009): Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Frauen mit Harninkontinenz. In: Printernet/Pflegewissenschaft, 1.Jg., S.28-34.

WWW Dokumente:

Alt, F. (1997): Online im Internet: www.netandmore.de/surfboard/alt.htm [Stand 5.05.2010].

Naumann- Husemeyer, M. (2003): Lebensqualität älterer Patienten mit Harninkontinenz in der Hausarztpraxis. Aachen: Medizinische Fakultät der Rheinisch- Westfälischen Technischen Hochschule, Dissertation, S.1-63:
Online im Internet: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=981624758&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=9816247_58.pdf [Stand 27.3.2010].