

Marion Bär, Petra Schönemann, Esther Süs

„Werde ich wieder nachhause kommen?“ Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt

“May I come home again?” About post-acute short-term care

Within post-acute care, short-term care plays an increasingly important role. When people cannot be discharged straight home due to prolonged convalescence or a need to adjust the domestic care situation to changed requirements, short-term care aims at stabilising the domestic setting by providing temporary residential care. However, a growing number of people pass into long-term care right after short-term care. In view of this, the project described in this article focuses on possibly unmet needs for counselling and support for people who attend short-term care after a hospital stay. These needs were screened by a skilled employee and appropriate support was offered where necessary. More than 25% of all people admitted to short-term care during the project showed such needs. In this article, we present characteristics of this group, describe the various support activities offered, and report the individual history data until the support was completed. The findings reveal a hidden gap in post-acute care which leaves the chances for returning home from short-term care unused.

Keywords

Short-term care, discharge management, post-acute care, model project

Kurzzeitpflege (KZP) ist in der postakuten Versorgung von wachsender Bedeutung. Wenn aufgrund längerer Rekonvaleszenzzeit oder bedingt durch erforderliche Anpassungen häuslicher Hilfen eine direkte Entlassung nachhause nicht möglich ist, soll die KZP durch zeitlich befristete vollstationäre Versorgung zur Stabilisierung der häuslichen Wohnsituation beitragen. Es zeigt sich aber, dass Personen nach KZP vermehrt in die stationäre Dauerpflege übergehen. Vor diesem Hintergrund rückte das Projekt „Vom Heim nach Hause“ die Frage nach möglicherweise unberücksichtigtem Beratungs- und Unterstützungsbedarf von KZP-Gästen nach Krankenhausaufenthalt bei der Planung häuslicher Hilfen in den Fokus. Durch eine einrichtungsintern beschäftigte Fachkraft wurde dieser Bedarf geprüft und entsprechende Unterstützung angeboten. Mehr als 25% der im Projektzeitraum in die KZP aufgenommenen Personen wies einen entsprechenden Bedarf auf. Der vorliegende Beitrag stellt Merkmale dieser Personengruppe vor. Er beschreibt das Spektrum der geleisteten Unterstützungsformen und berichtet Verlaufsdaten bis zum Abschluss der Begleitung. Die Projektergebnisse verweisen auf eine verdeckte Versorgungslücke in der Kliniknachsorge, in deren Folge Chancen zur Rückkehr in die Häuslichkeit aus der KZP ungenutzt bleiben.

Schlüsselwörter

Kurzzeitpflege, Entlassmanagement, Nachsorge, Modellprojekt

eingereicht 24.03.2018

akzeptiert 11.07.2018

1. Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt

1.1 Auftrag der Kurzzeitpflege

Auch bei bestehendem Pflegebedarf ist die eigene Häuslichkeit die von betroffenen Menschen am häufigsten präferierte Wohnsituation (Spangenberg et al. 2013). Dem trägt das Pflegeversicherungsgesetz mit seinem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung. Die Chance auf Verwirklichung dieses Anliegens kann allerdings durch Krisensituationen gefährdet werden. Wenn es beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt nicht zeitnah gelingt, die häusliche Versorgungssituation an veränderte Bedarfe anzupassen, ist eine Rückkehr nach Hause entweder nicht möglich oder sie mündet in eine unsichere und risikobehaftete Lebenssituation, die zu weiteren Verschlechterungen des Gesamtzustandes und zu neuen Krankenhausaufenthalten führen kann.

Für derartige Situationen steht Betroffenen die Kurzzeitpflege (im Folgenden: KZP) zur Verfügung: *„Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung“* (§ 42 I SGB XI).

Die Kurzzeitpflege ist ein Versorgungsangebot mit langer Tradition: Bereits in den 1970er Jahren erstmals als sogenannte „Urlaubspflege“ angeboten, wurde sie 1989 in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen und konnte von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen ein vorübergehender Versorgungsbedarf vorlag, dem daheim nicht angemessen entsprochen werden konnte (Kolip et al. 2004). 1996 wurde die Kurzzeitpflege in das SGB XI überführt. In der Folge war der Anspruch auf Kurzzeitpflege an das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit geknüpft – zum Nachteil für all jene, deren Versorgungsbedarf sich auf reversible Fähigkeitseinbußen gründete.

In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber die Zugangsmöglichkeiten zur KZP mehrfach erweitert. So erhielten mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes 1 (2015) auch Personen in der damaligen „Pflegestufe 0“, beispielsweise Menschen mit Demenz, einen jährlichen Anspruch auf KZP. Die Nutzung der KZP wurde außerdem ausgeweitet: Durch Umwidmung aus der Verhinderungspflege kann seither die Dauer auf acht Wochen verdoppelt werden. Seit 2016 haben schließlich auch Personen ohne Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI einen Anspruch auf KZP, wenn sie aufgrund von akuten Krankheitsereignissen vorübergehend Hilfe in einem Ausmaß benötigen, dass häusliche Krankenpflege nicht ausreicht, §39c SGB V. Die KZP hielt damit eine Wiedereinkkehr ins SGB V, in dem sie ursprünglich institutionalisiert war.

Gemeinsam mit weiteren ergänzenden Leistungen der Pflegeversicherung (teilstationären Pflegeangebote und Verhinderungspflege) soll die KZP dazu dienen, bestehende häusliche Pflegearrangements zu unterstützen und zu stabilisieren. Im Unterschied zu den genannten anderen Leistungen kommt sie dort zum Tragen, wo es gilt, akute Krisensituationen zu überbrücken, wie sie durch eine plötzlich eintretende Pflegebedürftigkeit entstehen können (Rothgang et al. 2016: 200).

Der KZP kommt dabei ausschließlich die Sicherung der Versorgung zu. Darüber hinausgehende Leistungen – beispielsweise rehabilitativ-therapeutischer Art, die nach einem Krankenhausaufenthalt häufig indiziert sind – gehören nicht dazu. Dies zeigt sich bereits in der oben zitierten Gesetzesformulierung. Noch deutlicher wird dies in den Landesrahmengesetzen nach § 75 SGB XI, in denen die Leistungen der Altenhilfe konkretisiert sind. In Baden-Württemberg – wo das Modellprojekt durchgeführt wurde – unterscheiden sich die Leistungen der KZP im aktuell gültigen Rahmenvertrag aus dem Jahr 1997 von jenen der stationären Dauerpflege nicht.¹

1.2 Anforderungen an die KZP im Kontext postakuter Nachsorge

Aus gesetzlicher Sicht ist der Auftrag der KZP somit eng umgrenzt. Anforderungen ergeben sich daraus lediglich mit Blick auf die Sicherstellung einer guten Pflege- und Versorgungsqualität. Zu einem anderen Urteil kommen Experten, die von der Frage ausgehen, wie eine Versorgung ausgestaltet sein muss, damit jene Krisensituation überwunden werden können, welchen den Anlass zur Aufnahme in die KZP waren.

Die Befragung von KZP-Anbietern durch den Landespflegeausschuss Niedersachsen (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales 2003) ergab, dass eine KZP, die auf die Wiedergewinnung der häuslichen Pflegefähigkeit abziele, gegenüber der stationären Dauerpflege durch eine „erhöhte Leistungsintensität“ gekennzeichnet sei (ebd.: 11). Auf dieser Basis hat der Landespflegeausschuss Niedersachsen bereits damals fachliche Anforderungen speziell für die KZP formuliert. Zu einem ähnlich Schluss kommt eine Analyse des IGES-Instituts (2013). Dieser zufolge „wurde der KZP durch den Gesetzgeber eine hoch spezialisierte, fachlich sowie organisatorisch anspruchsvolle Aufgabe innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zugewiesen, die an entscheidender Stelle, z. B. der postakuten Versorgung in individuellen Pflegeverläufen angesiedelt ist (sog. „Clearing“- oder „Weichenstellerfunktion“ der KZP)“ (Deckenbach et al. 2013: 20 f.).

Zu den Anforderungen werden auf struktureller Ebene beispielsweise ein ausreichender Anteil an Gesundheits- und Krankenpflegenden gezählt, um erhöhten Bedarfen an medizinischer Behandlungspflege insbesondere bei Patienten nach Krankenhausaufenthalt gerecht zu werden (ebd.: 53). Auf prozessualer Ebene sei (wiederum nur beispielhaft genannt) eine spezialisierte Pflegeüberleitung sowie die frühzeitige Beratung von KZP-Gästen und ihrer Angehörigen hinsichtlich der Folgeversorgung nach Beendigung der KZP notwendig (ebd.: 71).

Diese Ausführungen zeigen eine klare Divergenz auf: Jene Aufgaben und Anforderungen, die von Fachexperten auf der Basis empirischer Analysen für die KZP formuliert werden, finden sich im gesetzlichen Auftrag nicht wieder. Allerdings stützen sich

1 Rahmenvertrag für Kurzzeitpflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg in der Fassung vom 08.04.1997. <https://www.vdek.com> (Stand 2018-01-25)

Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996 in der Fassung vom 09.07.2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11.09.2002 sowie ergänzt durch den Beschluss vom 12.09.2002. <https://www.vdek.com> (Stand 2018-01-25)

beide genannte Expertisen weitgehend auf institutionelle Daten, also Befragungen von KZP-Anbietern und Analyse von deren Konzepten.

1.3 Forschungsstand zur Kurzzeitpflege in Deutschland

Im Jahr 2015 haben 24.200 Personen KZP in Anspruch genommen (Statistisches Bundesamt 2017). Im Gegensatz zur Nutzung anderer ergänzender Leistungen wie der Verhinderungspflege hat die Nutzung der Kurzzeitpflege seit 2011 kaum zugenommen (Barmer GEK-Pflegereport 2016).

Der Zeitpunkt der Erstnutzung der KZP liegt gehäuft im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit, und während bei der Verhinderungspflege Wiederholungsnutzungen gängig sind, kommen diese bei der KZP weniger vor (Rothgang et al. 2016). Die Autoren bezeichnen die KZP daher als eine Form der „*Wege in die Pflege*“ (ebd.: 204).

In der Tat zeigen die Befunde des GEK Pflegereports 2012, dass im Vergleichszeitraum 1998 bis 2011 der Anteil an KZP-Gästen, die postakut versorgt werden, von 13% auf 30% gestiegen ist (Rothgang et al. 2012). Dies ist sicherlich auch in Zusammenhang zu bringen mit der sich seit vielen Jahren verkürzenden mittleren Verweildauer im Krankenhaus (Bitzer et al. 2014).

Der GEK Pflegereport 2016 stellt weiterhin fest, dass nach Inanspruchnahme einer KZP nur in gut der Hälfte der Fälle die Pflege im ambulanten Setting weitergeführt werde (ebd.: 200). Die übrigen Nutzer versterben entweder in der KZP, oder diese geht in eine stationäre Dauerpflege über.

Dieser Trend zeigte sich bereits im Pflegereport 2012 (Rothgang et al. 2012: 199): Im Vergleichszeitraum 1998 bis 2011 stieg der Anteil der Pflegebedürftigen, die aus der KZP in die stationäre Dauerpflege übergehen, von 18% auf 30%, und ebenso stieg der Anteil der in der KZP verstorbenen Personen. Die Autoren geben zu bedenken, dass ein Teil der Personen in beiden Gruppen ohne KZP vermutlich direkt in die stationäre Dauerpflege gegangen wäre. Aber sie folgern auch, übereinstimmend mit dem IGES-Bericht, dass in der KZP eine Weichenstellung stattfindet, die besondere Anforderungen beinhaltet: „*Dennoch macht die Entwicklung deutlich, dass im Überleitungsmanagement von der KZP in die anschließende Versorgung durchaus Potential enthalten ist, das weitere Pflegearrangement zu beeinflussen*“ (ebd.: 200). Die Zielerreichung der KZP, den weiteren Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern, sei rückläufig (ebd.: 18).

Was sind die Ursachen hierfür? Die Schwere der Pflegebedürftigkeit jedenfalls lässt sich als Grund nicht heranzuführen: Der Trend in der Nutzung der KZP verändert im Analysezeitraum des GEK-Pflegereports zugunsten niedrigerer Pflegestufen (ebd.). Was genau also hindert den Rückgang nach Hause, und welche Handlungspotenziale sind an diesem Punkt möglicherweise noch nicht ausgeschöpft?

Die bestehende Datenlage erlaubt auf diese Fragen keine umfassende Antwort. Studien, die die Situation und Bedarfe von KZP-Gästen eingehender untersuchen, gibt es aus den Jahren 2003 (Kolip et al. 2003) und 2002 (Hartmann et al. 2002). Angesichts

der beschriebenen gesetzlichen Veränderungen wie auch jener in der Nutzergruppe selbst sind diese Daten kaum geeignet, auf die aktuelle Situation angewendet zu werden.

1.4 Schlussfolgerung

Die KZP hat innerhalb der ergänzenden Leistungen der Pflegeversicherung eine besondere Stellung inne: Sie hat „auch die Funktion, bei Pflegebeginn oder nach Krankenhausaufenthalt die besondere Krisensituation zu überbrücken“ (Rothgang et al. 2016: 200).

In der Ausgestaltung dieses Auftrags zeigt sich eine Divergenz zwischen gesetzlicher und fachlicher Perspektive. Die Analyse bestehender Nutzerdaten wiederum verweist auf mangelnde Effektivität der KZP im Rahmen des Paradigmas „ambulant vor stationär“. Aus der Datenlage jedoch lassen sich über die Ursachen allenfalls Vermutungen anstellen.

Mit dem Projekt „Vom Heim nach Hause“, dessen Datenfundus den empirischen Anteil dieses Beitrags bildet, wurde ein Modellprojekt realisiert, das an der Problematik des ungewollten Übergangs aus der KZP in die Dauerpflege nach Krankenhausaufenthalt ansetzt.

2. Das Projekt „Vom Heim nach Hause“

2.1 Ausgangspunkt

Die Initiative zum Projekt „Vom Heim nach Hause“ entstand aus Praxisbeobachtungen von Mitarbeitenden in einer Pflegeeinrichtung: Ein Teil der KZP-Gäste in der Einrichtung hätte demzufolge wunschgemäß wieder in ihre Häuslichkeit oder zumindest in eine nichtstationäre Wohnform wie das betreute Wohnen zurückgehen können. Gelingen sei dies jedoch häufig nicht, weil diese Personen keine Unterstützung gehabt hätten, die ihnen bei der Planung und Umstrukturierung der häuslichen Situation hätten behilflich sein können.

Das Projekt fand im Zeitraum vom 1.4.2013 bis 31.3.2015 statt und wurde von der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH durchgeführt. Gefördert wurde das Projekt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Es wurde durch das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg wissenschaftlich begleitet.

2.2 Das Projekt

Im Projekt wurde modellhaft ein Unterstützungsangebot für KZP-Gäste nach Krankenhausaufenthalt erprobt. Personen mit entsprechendem Bedarf sollten individuell beraten und bei der Etablierung von Hilfen unterstützt werden. Falls erforderlich, konnte die Unterstützung in der häuslichen Umgebung fortgesetzt werden. Für diese Tätigkeit wurde eine Fachkraft mit Doppelqualifikation in Krankenpflege und Sozial-

arbeit (im Folgenden: Projektkoordinatorin, da sie auch für zentrale Projektsteuerung sowie die Datenerhebung für die wissenschaftliche Begleitung verantwortlich war) mit 75%igem Stellenanteil eingestellt. Das Angebot richtete sich explizit an KZP-Gäste

- nach Krankenhausaufenthalt,
- mit verändertem Hilfe- und Pflegebedarf,
- mit geplanter Entlassung zurück in die angestammte Wohnsituation.

Zielsetzung des Projekts war

- KZP-Gäste mit entsprechendem Bedarf bei der Rückkehr in die angestammte Häuslichkeit bedarfsangepasst zu unterstützen,
- stabile häusliche Versorgungssituationen aufzubauen und so
- ungewollte Übergänge in die stationäre Dauerpflege zu vermeiden.

Die einzelnen fallbezogenen Tätigkeiten wurden zu Projektbeginn bewusst nicht spezifiziert oder konzeptuell eingegrenzt, um eine möglichst große Flexibilität hinsichtlich der bestehenden Bedarfe zu gewährleisten. Das potenzielle Aufgabenspektrum schloss – mit Ausnahme direkter Pflege – prinzipiell alle Tätigkeiten ein, die die Projektkoordinatorin aufgrund ihrer beruflichen Doppel-Qualifikationen durchführen konnte.

Eine Eingrenzung allerdings war erforderlich, um keine „künstlichen“ Bedarfe zu erzeugen: Die Projektkoordinatorin sollte nur insoweit tätig werden, wie Bedarfe nicht von dem KZP-Gast selbst oder seinem informellen Netzwerk realisiert werden konnten und auch bislang keine anderen Beratungsinstitutionen wie Pflegestützpunkt oder kommunaler Sozialdienst eingeschaltet waren. Außerdem sollte bei der Hilfeplanung auf trägerübergreifende Neutralität geachtet werden.

2.3 Die wissenschaftliche Begleitung

2.3.1 Ziele

Die Ziele der wissenschaftlichen Begleitung waren, einen vertieften Einblick in die Situation und Bedarfe von Personen in der KZP nach Krankenhausaufenthalt zu gewinnen und Aussagen darüber zu treffen,

- a) inwieweit den Ausgangsbeobachtungen ein tatsächlicher und bislang unbeantworteter Bedarf nach Beratung und Unterstützung zugrunde liegt,
- b) welche Aufgaben von der Projektkoordinatorin im Einzelnen wahrgenommen werden, um zu einer Sicherung der häuslichen Versorgung beizutragen,
- c) wie sich der Verlauf der Unterstützung gestaltet, wie lange diese benötigt wird, und inwieweit den begleiteten Personen eine Rückkehr in die Häuslichkeit gelingt.

Darüber hinaus sollte der Frage nachgegangen werden, wie sich das neue Angebot im lokalen Beratungsfeld darstellt und wie es von entsprechenden Akteuren wahrgenommen wird.

2.3.2 Datenerhebung und Auswertung²

Die in den vorliegenden Beitrag einfließenden Daten zu den KZP-Gästen wurden mittels Analysebogen erhoben. Dieser Bogen, der von der Projektkoordinatorin ausgefüllt und anonymisiert übermittelt wurde, enthielt Angaben zu sozio-demografischen Merkmalen, zur Wohn- und Unterstützungssituation vor Klinikaufenthalt sowie zum Grund des Klinikaufenthaltes.

Anträge auf Anpassung der Pflegestufe³, seien sie durch den Kliniksozialdienst oder in der KZP, verweisen auf neu eingetretene oder hinzugekommene Einschränkungen, die entsprechende Anpassungen der häuslichen Versorgungssituation notwendig machen. Daher wurden auch vorhandene Pflegestufen sowie beantragte Änderungen derselben erfasst. Des Weiteren wurden Hinweise auf mögliche kognitive Einschränkungen und weitere psychiatrisch relevante Phänomene durch die Projektkoordinatorin auf Beobachtungsbasis eingeschätzt. Daten zum weiteren Verlauf betragen die Aufenthaltsdauer in der KZP sowie den Entlassort.

Bei jenen Personen, die in private Wohnkontexte entlassen wurden, interessierte auch die Frage, wie ihre Wohn- und Lebenssituation einzuschätzen sei, insbesondere ob sich Hinweise auf Einschränkungen und Risiken zeigten, entweder dergestalt, dass trotz organisierter Hilfen Versorgungslücken bestanden oder aber die Person von sozialer Isolation bedroht war. Bei einem Teil der KZP-Gäste konnte sich die Projektkoordinatorin vor Ort selbst ein Bild machen, bei den anderen fragte sie in den Tagen nach Entlassung telefonisch nach.

Über den Analysebogen wurden auch Inhalt und Umfang der jeweils durch die Projektkoordinatorin geleisteten Unterstützung erfasst.

Zusätzlich zur Datenerhebung via Analysebogen wurden für eine vertiefende Analyse von Fallverläufen im Rahmen monatlich stattfindender Projektmonitorings Fallbeschreibungen erstellt. Zur Kategorisierung der Tätigkeit der Projektkoordinatorin wurden sowohl die Angaben aus dem Analysebogen als auch die in den Fallbeschreibungen genannten Tätigkeiten einbezogen.

Die Auswertung des quantitativen Datenmaterials erfolgte mit SPSS (Version 20), die der qualitativen Daten mithilfe von MAXQDA (Version 11).

3. Ergebnisse

Im Tätigkeitszeitraum der Projektkoordinatorin (21 Monate) verzeichnete der Projektträger in seinen fünf Häusern insgesamt 919 Einzüge in die KZP, bei 586 dieser Per-

2 Da die KZP-Gäste im Rahmen des Projekts keinen zusätzlichen Belastungen in Form von Untersuchungen und Befragungen ausgesetzt waren und die Weitergabe der Daten ausschließlich anonymisiert und konform mit den Datenschutzrichtlinien des Projektträgers erfolgte, wurde auf das Einholen eines Urteils durch eine Ethikkommission verzichtet.

3 Der Projektzeitraum lag vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, daher ist hier noch von Pflegestufen die Rede.

sonen (rund 64%) erfolgte die KZP im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (Akutkrankenhaus oder Reha-Klinik). 170 Personen, die von der Projektkoordinatorin beraten wurden, konnten in die Datenerhebung eingeschlossen werden. Die im Folgenden berichteten Angaben beziehen sich, soweit nicht anders vermerkt, auf diese Grundgesamtheit.

Die Ergebnisdarstellung gliedert sich in zwei Teile: zunächst wird die Projektstichprobe nach jenen Merkmalen beschrieben, die sie quasi in die KZP mitbringen bzw. die in der KZP zutage treten. Im zweiten Teil werden fallbezogenen Tätigkeiten der Projektkoordinatorin umrissen, und es erfolgt die Darstellung jener Befunde, die zum Verlauf und zum Abschluss des Falles erhoben wurden.

3.1 Die Projektstichprobe, Ihre Vorgeschichte und Situation zu Beginn der Kurzzeitpflege

Die im Folgenden dargestellten Befunde finden sich in Tabelle 1. Neben den soziodemografischen Angaben ging es darum, zu ermitteln, wo die KZP-Gäste herkamen, was – bei vorangegangener Hospitalisierung – der Grund für diese gewesen ist, welcher Grad an Pflegebedürftigkeit (gemessen an der Einstufung nach SGB XI) vorliegt und inwieweit sich in der Beratungskommunikation Hinweise auf psychiatrisch relevante Symptome zeigen. Zudem wurden Angaben zur Wohn- und Unterstützungssituation erfasst.

Die Altersspannweite innerhalb der Projektstichprobe ist groß. Sie umfasst mehr als 60 Jahre. Auffällig ist, dass mehr als 10% der Projektstichprobe jünger ist als 65 Jahre.

Über 90% der Stichprobe kam – wie in den Einschlusskriterien vorgesehen – aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung in die KZP. Anlass für die Hospitalisierung waren überwiegend chronische oder maligne Erkrankungen bzw. Ereignisse (wie Stürze), die häufig im Kontext allgemeiner Gebrechlichkeit auftreten. Allerdings wurde die Projektkoordinatorin auch bei Personen tätig, die direkt von daheim kamen.

Der weit überwiegende Teil der Personen kommt aus einem privaten Wohnumfeld, ein kleinerer Teil lebt bei Angehörigen oder in einer betreuten Wohnform. Mehrere Personen kommen aus der Obdachlosigkeit.

Wer im eigenen Privathaushalt wohnt, lebt dort überwiegend allein. Für eine Rückkehr nach Hause bei bestehender Pflegebedürftigkeit ist aber nicht zuletzt die Verfügbarkeit informeller Hilfen entscheidend. Fast 80% der KZP-Gäste haben mindestens eine Person (überwiegend aus dem Kreis der Familie), die sie im Alltag in irgendeiner Form unterstützt.

Etwas mehr als die Hälfte der Personen erhalten bereits bei Eintritt in die KZP Leistungen nach dem SGB XI, von diesen wiederum haben gut 50% eine niedrige Pflegestufe (0 oder 1). Die übrigen Personen (immerhin über 40%) stehen entweder an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit oder sind nicht antragsbefugt, da ihre Einschränkun-

<i>Unmittelbarer Herkunftsort (%)</i>	Akutkrankenhaus	83,5
	Rehabilitationseinrichtung	8,2
	anderer Herkunftsort	8,2
<i>Geschlecht (%)</i>	weiblich	65,9
	männlich	34,1
<i>Alter (Jahre)</i>	$\bar{x}=79$ ($SD=11,57$, min. 35, max. 101)	
	Altersgruppen (%)	
	< 65 Jahre	13,5
	65-84 Jahre	49,4
<i>Familienstand (%)</i> N=167	> 84 Jahre	37,1
	verwitwet	44,9
	ledig	24,6
	verheiratet	23,4
<i>Eigene Kinder (%)</i> N=166	geschieden / getrennt lebend	7,2
	vorhanden	63,3
<i>Wohnsituation vor Hospitalisierung/ Einzug in die KZP (%)</i> * z. B. betreutes Wohnen, WG für psychisch Kranke, Notunterkunft	eigene Wohnung/ Haus, alleinlebend	55,8
	eigene Wohnung/ Haus, mit rüstigem Partner	28,2
	eigene Wohnung/ Haus, mit pflegebedürftigem Partner	2,3
	in Haus/ Wohnung von Angehörigen	5,3
	betreute/stationäre Wohnform*	5,4
<i>Informelle Hilfe daheim: Netzwerkpartner (%)</i>	kein fester Wohnsitz	2,9
	mindestens eine Nennung	79,4
	mindestens zwei Nennungen	14,7
<i>Hospitalisierungsgrund</i> N=155) (%)	keinerlei informelle Unterstützung	5,9
	Sturz mit Fraktur	27,1
	Sturz ohne Fraktur	12,3
	kardiale Erkrankung/Ereignis	9,0
	internistische Erkrankung/Ereignis	20,6
	Krebserkrankung	12,3
	Apoplex	1,9
<i>Pflegestufen (%)</i>	geplanter medizinischer Eingriff	6,5
	sonstige Gründe	10,3
	keine Pflegestufe	43,5
<i>Im KH oder in der KZP gestellte Anträge auf Anpassung der Pflegestufe (%)</i>	Pflegestufe 0	3,5
	Pflegestufe 1	29,4
	Pflegestufe 2	21,8
	Pflegestufe 3	1,8
	Antrag gestellt	52,3
<i>Hinweise auf psychiatrische Auffälligkeiten (%)</i>	Keine Anpassung beantragt	47,7
	Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen (N=166)	
	abklingende Delirsymptomatik	4,2
	leichte kognitive Einschränkungen	12,0
	deutliche bis schwere Demenzsymptomatik	22,3
	Weitere Anzeichen (N=167)	
depressiven Verstimmung	7,8	
wahnhaftes Symptomatik	3,0	

Tab. 1: Merkmale der Stichprobe (N=170)

gen entweder reversibel oder durch die Kriterien des SGB XI nicht erfasst sind. Bei 89 Personen (52,3%) wurde bereits im Krankenhaus oder während der KZP eine Anpassung der Pflegestufe beantragt, bei 64 Personen in Form einer Ersteinstuflung, bei 25 Personen als Höherstufung. Bei fast der Hälfte der KZP-Gäste finden sich Hinweise in Form deliranter Symptome, kognitiver Einschränkungen, als Anzeichen eines Wahns oder depressiver Verstimmungen.

3.2 Tätigkeiten der Projektkoordinatorin

Personen, die nach Krankenhausaufenthalt in die KZP kamen, wurden bereits bei Aufnahme mündlich und schriftlich über das Unterstützungsangebot informiert. In der Folge wendeten sich allerdings nur 3% der beratenen Personen aus eigener Initiative an die Projektkoordinatorin. Bei den übrigen 97% erfolgte der Zugang auf anderem Weg: Die Projektkoordinatorin wurde von den verantwortlichen Personen in den Einrichtungen auf KZP-Gäste hingewiesen, bei denen ein Unterstützungsbedarf vermutet wurde. Diese Personen suchte die Projektkoordinatorin auf und bot ihre Unterstützung an. Wurde diese angenommen, so erstellte die Projektkoordinatorin einen Bedarfs- und Hilfeplan und führte entsprechende Beratungen durch. Weiterhin gehörte es zu ihren Aufgaben, den KZP-Gast bei der Realisierung der Maßnahmen zu unterstützen, soweit dies erforderlich war. Auch die Dauer der Unterstützung richtete sich nach den individuellen Bedarfen und konnte, je nach Situation, in der häuslichen Umgebung weitergeführt werden. Der Fallabschluss erfolgte, wenn alle erforderlichen Hilfen installiert waren, die begleitete Person keine weitere Unterstützung benötigte oder in Anspruch nehmen wollte, oder wenn der Fall an eine Institution aus dem ambulanten Sektor (Beratungsstelle oder Pflegedienst) übergeleitet wurde.

Die Häufigkeit der Beratungskontakte variierte zwischen einem und 15 Kontakten, im Mittel betrug sie 4,6 Kontakte (*SD* 2,9). Der zeitlichen Gesamtaufwand pro Fall, in den auch Tätigkeiten außerdem der Kontakte einfließen, lag im Durchschnitt bei 2,25 Stunden (*SD* 1,7). Bei zwei Dritteln der beratenen KZP-Gäste betrug der zeitliche Gesamtaufwand mehr als eine Stunde, s. Tabelle 2.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bedarfs- und Ressourcenermittlung - Beziehungsaufbau - Beratungsgespräche <ul style="list-style-type: none"> <i>Informationsweitergabe (z. B. über mögliche häusliche Hilfen)</i> <i>Beratung zu Finanzierungsfragen und Leistungsansprüchen</i> <i>Psychosoziale Entlastungsgespräche</i> <i>Unterstützung bei Entscheidungsfindung</i> - Hilfeplanung und -koordination - Unterstützung bei Antragstellungen und Widerspruchsverfahren sowie bei Einrichtung bzw. Aufhebung einer gesetzlichen Betreuung - Veranlassung therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen - Kontaktabbau zu anderen Beratungsstellen - Fall-Monitoring während/nach KZP-Aufenthalt |
|--|

Tab. 2: Übersicht: Tätigkeiten der Projektkoordinatorin

Das Spektrum der Tätigkeiten reicht von direkter Beratung mit unterschiedlichen Schwerpunkten über diverse Managementaufgaben bei der Initiierung und Realisierung diverser Maßnahmen bis zur Umsetzungskontrolle, teilweise über den Entlasszeitpunkt hinaus.

Die Kategorie „Beziehungsaufbau“ findet explizite Erwähnung, da diese bei manchen KZP-Gästen mit einem höheren Zeit- und Arbeitsaufwand verbunden war. Wiederholt kam es vor, dass Personen trotz offensichtlicher Überforderung mit ihrer Situation, zunächst die Unterstützung ablehnten, dann aber durch geduldiges Nachfragen Vertrauen fassten und sich schließlich helfen ließen.

3.3 Ergebnisse zum weiteren Verlauf

Die mittlere Aufenthaltsdauer in der KZP liegt mit 36,7 Tagen über den vor der Reform von 2015 vorgesehenen vier Wochen. Bedeutend aber ist die Varianz in der Aufenthaltsdauer: diese liegt zwischen zwei und 168 Tagen. Bei 12,4% der beratenen Personen wurde die derzeitige Finanzierungsgrenze des SGB XI für die KZP überschritten, diese gingen für den restlichen Zeitraum ihres Verbleibs in „vorläufige Dauerpflege“.

Anschließend wurden 88 Personen in ein nicht-institutionelles Wohnsetting entlassen, 11 Personen in Formen institutionell betreuten Wohnens außerhalb der stationären Dauerpflege, insgesamt rund 58% der unterstützten KZP-Gäste. Bei den übrigen Personen ist entweder noch keine Aussage möglich, da sie sich in medizinisch-stationärer Behandlung befanden, oder sie sind erneut in die Obdachlosigkeit gegangen, verstorben oder dauerhaft im Pflegeheim geblieben.

<i>Aufenthaltsdauer in der KZP (N=169)</i>	liegt zwischen zwei und 168 Tagen (\bar{x} = 36,7 Tage, SD = 25,5 Tage)	
	Dauer nach Leistungsbezug (SGB XI) (%)	
	KZP (max. 28 Tage)	58,6
	Kurzzeit- und Verhinderungspflege (max. 56 Tage)	29,0
	Aufenthaltsdauer überschreitet Leistungszeitraum des SGB XI	12,4
<i>Entlassungsort (%)</i>	eigene Wohnung/eigenes Haus	47,6
	Wohnung bzw. das Haus eines Angehörigen	4,1
	betreute Wohnform (betreutes Wohnen, Notunterkunft, WG für psychisch Kranke)	6,4
	Obdachlosigkeit	1,2
	stationäre Rehabilitation	4,7
	Re-Hospitalisierung während KZP-Aufenthalt	8,8
	während KZP verstorben	5,9
	stationäre Dauerpflege	21,2
<i>bei Personen mit Entlass-Ort Privatwohnung (N=82):</i>		
<i>Einschätzung zu Risiken der Lebenssituation (%)</i>	kein Hinweis auf Risiken	54,9
	Hinweise auf Risiken (Risiken (Versorgungsbrüche, Sicherheitsrisiken, soziale Isolation)	45,1
<i>Einschätzung subjektive Zufriedenheit (%)</i>	zufrieden	96,3
	unzufrieden	3,7

Tab. 3: Aufenthaltsdauer in der KZP und Anschlussituation

Bei 82 der 88 Personen war seitens der Projektkoordinatorin eine Einschätzung über Einschränkungen bzw. Risiken der Wohnsituation sowie zur Zufriedenheit der Person mit ihrer Situation möglich. Bei über der Hälfte der Personen ergaben sich keine Hinweise auf Einschränkungen der Wohn- und Lebenssituation. Bei den übrigen rund 45% Personen wurden dagegen Einschränkungen bzw. potenzielle Risiken wahrgenommen. Allerdings: Lediglich drei von 82 Personen äußerten bei der Nachbefragung, mit der Situation zu Hause nicht zufrieden zu sein. Alle übrigen äußerten sich zufrieden mit der gefundenen Lösung. Das heißt: Jene Personen, bei denen die Projektkoordinatorin Einschränkungen der Lebenssituation wahrgenommen hatte, haben dies in fast allen Fällen entweder anders gesehen oder aber den Einschränkungen eine untergeordnete Bedeutung beigemessen angesichts der Tatsache, dass man es wieder „heim“ geschafft hat.

4. Diskussion

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Vom Heim nach Hause“ ermöglicht einen Einblick in Merkmale und Situation von Personen in der KZP nach Krankenhausaufenthalt. Einige Personen aus der Stichprobe entsprachen nicht den ursprünglichen Einschlusskriterien, da sie nicht aus einem klinischen Setting in die KZP kamen. Dennoch wurden sie in die Auswertung einbezogen, da auch hier Unterstützungsbedarfe vorlagen, die über die in der KZP üblichen Leistungen der Pflege, Unterbringung und hauswirtschaftlichen Versorgung hinausgingen.

Einen Ausgangspunkt des Projekts bildete die Hypothese, dass bei Personen, die nach einem Krankenhausaufenthalt in die KZP kommen, oftmals neue Hilfebedarfe vorliegen, die eine Anpassung der häuslichen Lebenssituation erfordern. Bei etwas mehr als der Hälfte der Stichproben lässt sich dies insofern belegen, als hier im Verlauf Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung (Neueinstufung oder Höherstufung) gestellt wurden.

Bei etwas mehr als einem Viertel der im Projektzeitraum aus dem klinischen Setting aufgenommenen KZP-Gäste war die Projektkoordinatorin tätig. Daraus folgt: Mehr als ein Viertel der aus dem klinischen Setting aufgenommenen Personen kam ohne abgeschlossenes Entlassmanagement in die KZP. Dies mag die Frage aufwerfen, ob in diesen Fällen der Kliniksozialdienst nicht oder zu spät eingeschaltet wurde, um fallabschließend tätig zu sein. Im Einzelfall mag dies zutreffen, generell ist jedoch eine andere Schlussfolgerung wahrscheinlich (welche auch von den befragten Kliniksozialdiensten in den Experteninterviews beschrieben wurde): KZP wird als postakute oder postrehabilitative Anschlussversorgung gerade dann gewählt, wenn entweder das erforderliche Versorgungsmanagement komplex ist, oder wenn der Zustand des Patienten bei Entlassung noch keine genaue Prognose über die langfristige Wohn- und Lebenssituation zulässt. Darauf deuten auch die teilweise langen Aufenthalte in der KZP hin: Es kann dauern, bis eine endgültige Perspektive gefunden oder realisiert wird. Die

Erweiterung des KZP-Anspruchs auf acht Wochen erweist sich für Leistungsempfänger aus dem SGB XI hier als eine Chance.

Zeit zu gewinnen allein ist aber nicht hinreichend, um wieder nach Hause zu kommen: Es bedarf bei einem Teil der Kurzzeitpflegegäste weiterer Anstrengungen in der Hilfeplanung, um aus der Kurzzeitpflege wieder in ein ambulantes Wohnsetting zu kommen.

Personen selbst und ihre Familien, dies zeigt die Studie auch, suchen nicht zeitnah selbst nach Beratung oder Information, um die Anschlussversorgung daheim zu organisieren, es bedurfte des aufsuchenden Angebots durch die Projektkoordinatorin. Mit Blick auf zugrundeliegende Krankheitsbilder (soweit in der Studie ermittelbar) und angesichts von Hinweisen auf psychiatrisch relevante Einschränkungen bei über 40% der Personen kann man vermuten, dass viele Personen mit der Bewältigung ihrer Situation derart gefordert waren, dass sie weitergehende Schritte von sich aus nicht initiiert haben. Gleichwohl besteht die Präferenz der begleiteten Personen in fast allen Fällen eindeutig darin, wieder „heim“ zu kommen. Dies zeigt auch der hohe Anteil an Zufriedenheitsäußerungen selbst bei jenen Personen, deren anschließende häusliche Lebenssituation aus der Außensicht suboptimal erschien.

Die Tätigkeiten der Projektkoordinatorin weisen viele Parallelen zu Prozessen auf, die im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP 2009) beschrieben sind (z. B. Erfassung häuslicher Hilfebedarfe, Hilfeplanung mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen, Gewährleistung bedarfsgerechter Information). Gleichwohl – auch wenn die KZP-Gäste aus einer pflegerischen Institutionen entlassen werden – lässt sich die Arbeit der Projektkoordinatorin nicht dem pflegerischen Entlassungsmanagement zuordnen: Ein Teil ihrer Tätigkeiten (z. B. Unterstützung bei Antragsstellung, Einleitung von Reha-Maßnahmen) entspricht klassischen Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes (DVSG 2013: 7 f.).

Die Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 IV 1 SGB V) wurde innerhalb des Kliniksettings durch den 2017 eingeführten Rahmenvertrag zum Entlassmanagement gestärkt. Bei Entlassung in die KZP jedoch – dies zeigen die Projektergebnisse – kommt es hier bei einem Teil der KZP-Gäste zu einer Versorgungslücke. Dieser Versorgungslücke wurde im Rahmen des Projekts mit einem Modell begegnet, bei dem das Entlassmanagement in der KZP selbst angesiedelt war. Dieses weist drei Merkmale auf, die im Blick auf eine gelingende Anschlussperspektive bedeutsam sind:

1. Ein zeitnah realisierbarer Fallzugang, da die Projektkoordinatorin aufsuchend tätig werden konnte und nicht erst von außen zugeschaltet werden musste. Letzteres setzt u.a. das Einverständnis der betroffenen KZP-Gäste voraus, die zum Zeitpunkt der Einschaltung vielleicht noch gar nicht bereit sind, notwendige Hilfen anzunehmen.

2. Ein zeitlicher Spielraum, um Hilfebeziehungen aufzubauen und mit der Person in Richtung einer Neubewertung ihrer Lage zu arbeiten, was auch die Akzeptanz neuer Hilfen einschließt.
3. Die Möglichkeit der Begleitung des KZP-Gastes über den Entlasszeitpunkt hinaus. Dass sich ein Teil der Bedarfe erst nach Rückkehr in die Häuslichkeit zeigt, ist eine Erfahrung, die auch von Bauer et al. (im gleichen Heft) berichtet wird.

Diese Aspekte sollten bei künftigen Überlegungen zur Schließung der Versorgungslücke berücksichtigt werden.

Zum Schluss sei noch auf zwei Befunde aus dem Projekt eingegangen, die im Rahmen der Thematik ebenfalls von Bedeutung sind:

Die Gruppe der Personen in der KZP mit Beratungsbedarf ist nicht homogen: Der Anteil an KZP-Gästen unter 65 Jahren liegt über jenem der Gesamtnutzer der KZP (Rothgang et al. 2012), und ein Teil nutzt die KZP außerhalb des Leistungsrahmens des SGB XI. Jener Teil dürfte sich durch die zwischenzeitlich erfolgte Rückführung des KZP-Anspruchs ins SGB V noch erhöhen. Das heißt: Nicht nur hochaltrige und pflegebedürftige KZP-Gäste, sondern auch jüngere Personen und solche ohne dauerhaften Pflegebedarf können, wie sich im Projekt zeigt, komplexe sozialarbeiterische Unterstützungsbedarfe aufweisen. Dies ist bei der Beratungskonzeption zu berücksichtigen, um die Gruppe nicht vorschnell im Feld der klassischen Pflegeberatung zu verorten, wie sie beispielsweise im § 7a SGB XI gesetzlich verankert ist.

In den Einrichtungen des Projektträgers lag der Anteil der aus dem klinischen Sektor aufgenommenen KZP-Gäste bei 64%, das ist mehr als das doppelte des Bundesdurchschnitts. Wie ist dies zu erklären? Der Projektträger verfügt im Stadtgebiet Heidelberg über 17 feste Kurzzeitpflege, die zudem zentral über den Pflegestützpunkt belegt werden. Dies stellt ein verlässliches Versorgungsangebot für die örtlichen Kliniken dar. Deutschlandweit hingegen ist die Zahl fester KZP-Plätze begrenzt und hat sich in den letzten Jahren kaum erhöht, wie ein Vergleich der Pflegestatistiken 2011 und 2015 zeigt. Die spontane Verfügbarkeit flexibler KZP-Plätze wiederum ist in hohem Maße von der jeweils aktuellen Auslastung der stationären Pflegeeinrichtung abhängig. Bei der Bewertung der Nutzung von KZP sollte neben dem Nachfrageverhalten auch – gerade bei Krankenhauspatienten – das verfügbare Angebot in Betracht gezogen werden.

Die berichteten Ergebnisse sind in mehrfacher Hinsicht limitiert. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ. Auch basieren viele Befunde auf Einschätzungen. Interviews mit den KZP-Gästen selbst konnten innerhalb des Projektrahmens ebenso wenig durchgeführt werden wie diagnostische Verfahren, die zu einer besseren Abbildung des gesundheitlichen Status' notwendig gewesen wären. Jedoch legen die Einblicke den Schluss nahe, dass es für weitergehende Überlegungen hinsichtlich einer verbesserten Konzeptualisierung der KZP dienlich wäre, repräsentative Nutzerdaten auf umfassenderem Niveau verfügbar zu erheben.

5. Fazit und Ausblick

Die KZP ist für die postakute Versorgung von wachsender Bedeutung. Ihr gesetzlicher Auftrag besteht, analog zur stationären Dauerpflege, darin, die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft sowie Verpflegung zu gewährleisten. Weitergehende Leistungen (unter diesen ein Entlassmanagement, das im Fokus des hier vorgestellten Projekts stand), die von Expertengruppen als maßgeblich formuliert wurden, um die Potenziale einer Rückkehr in die eigene Häuslichkeit auszuschöpfen, sind im gegenwärtigen gesetzlichen Auftrag der KZP nicht enthalten.

Die in diesem Beitrag dargelegten Sachverhalte verweisen auf eine Verquickungen zwischen sozialpolitischer Makro-Ebene (u. a. Leistungsrecht und ein Versorgungskontext, der mehrere Sozialgesetzbücher tangiert), institutioneller Meso-Ebene (konzeptionelle Ausrichtung und institutionelle Praktiken jener Einrichtungen, die KZP anbieten) und individuenbezogener Mikro-Ebene (Nutzerverhalten, Effektivität), die sich nur mit hinreichender Datengrundlage analysieren lassen.

Eines lässt sich jedoch schon jetzt klar folgern: Das Versorgungsmanagement von Personen in der KZP nach Krankenhausaufenthalt bedarf einer Klärung. Und soweit die stationäre Altenhilfe als Kurzzeitpflegeanbieter in das Versorgungsmanagement einbezogen werden soll, bedarf es einer Anpassung ihres Auftrages sowohl in leistungsrechtlicher wie auch konzeptioneller Hinsicht. In diesem Sinne darf man den Ergebnissen der derzeit in Baden-Württemberg durchgeführten Überarbeitung der Rahmenverträge nach §75 SGB XI für die Kurzzeitpflege mit Spannung entgegensehen.

Literatur

- Bär, M./Schönemann-Gieck, P./Süs, E. (2015): Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojektes zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de> (Stand 2018-01-25)
- Bitzer, E.M./Bohm, S./Hartmann, A./Priess, H.-W. (2014): BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 27. Asgard Verlagsservice
- Deckenbach, B./Stöppler, C./Klein, S. (2013): Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. IGES-Institut, Berlin. www.iges.com (Stand 2018-02-10)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)(2013): DVSG Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. <http://dvsg.org> (Stand 2018-03-01)
- Hartmann, E./Heinemann-Knoch, M. (2002): Kurzzeitpflege in der Region. Teil I und II. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 205, Stuttgart: Kohlhammer.
- Kolip, P./Güse, H.-G. (2004): Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37(3), 231-239
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (2003): Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege. Empfehlungen des Landespflegeausschusses. <https://www.ms.niedersachsen.de> (Stand 2018-01-25)

- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R./Weiß, C./Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Siegburg: Asgard Verlagsservice
- Rothgang, H./Kalwitzki, T./Müller, R./Runte, R./Unger, R. (2016): BARMER GEK Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Siegburg: Asgard Verlagsservice
- Spangenberg, L./Glaesmer, H./Brähler, E./Kersting, A./Strauß, B. (2013): Nachdenken über das Wohnen im Alter. Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer repräsentativen Stichprobe ab 45-jähriger. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46(3), 251-259
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Deutschlandergebnisse. <https://www.destatis.de> (Stand 2018-02-11)
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015, Deutschlandergebnisse. <https://www.destatis.de> (Stand 2018-01-25)

Dr. phil. Marion Bär

concept.alter, Erbprinzenstraße 6, D-69126 Heidelberg, marion.baer@conceptalter.de

Dr. phil. Petra Schönemann-Gieck

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de

Esther Süs

Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg, Büro: Altenpflegeheim Haus Philippus, Zepelinstr. 9, 69121 Heidelberg, esther.sues@stadtmission-hd.de

Alle Autorinnen geben an, dass im Rahmen des berichteten Projekts keinerlei Interessenkonflikte bestehen.

Judith Bauer, Christian Grebe, Hermann Brandenburg

Brückenpflege bei geriatrischen Patienten nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus. Ausgewählte Befunde des Forschungsprojekts EPOS-B

Transitional care for geriatric patients after discharge from hospital. Selected findings of the research project EPOS-B

Background: The stabilization of the domestic situation after discharge from hospital is challenging for patients with a geriatric profile. Deficits are this transitional process often lead to re-admissions. The lack of health-related information and the psychological stress are often insufficiently addressed in the transitional process. Bridging care can be an approach to closing this supply gap. In the research project EPOS-B, a bridging care intervention based on home visits, implemented by the registered association „Unsere Brücke e.V.“, was evaluated.

eingereicht 12.04.2018

akzeptiert 13.07.2018

Methods: A mixed method approach was realized with parallel qualitative and quantitative study parts. In the qualitative part, eight nurses, five patients and six relatives were interviewed using problem-centered interviews. Additionally, 17 expert interviews with stakeholders were conducted. The interviews were analyzed using qualitative content analysis. The quantitative part used a quasi-experimental pre-post-test design with N=119 patients. Measured outcomes were the quality of the transition (Care Transition Measure, CTM-15), health-related quality of life (EQ5D-VAS), well-being (Trait Well-Being Inventory, HSWBS), and the incidents of emergency admission, re-hospitalization, and emergency contact to a GP.

Results: Effects on CTM-15, EQ5D-VAS and HSWBS were positive and significant. Respondents rated psychosocial support as a key performance with the aim of providing safety. The implementation of bridge care revealed weaknesses in the systematic acquisition of patients as well as in the awareness of the offered approach among the stakeholders as well as within the hospital.

Conclusions: The evaluated approach has positive effects, but suffers from implementation deficits. For a viable approach, in which hospitals overcome the interstices to people's living arrangements, discharge regulations should be improved and more sustainable external structures should be established.

Keywords

„transitional care“, „home visits“ evaluation, geriatric, hospital

Hintergrund: Die Stabilisierung der häuslichen Situation nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus stellt für Patienten mit geriatrischem Profil eine besondere Herausforderung dar, deren Bewältigung häufig nur teilweise gelingt und in der Folge zu Drehtüreffekten führt. Handlungserfordernissen, die sich aus Informationsdefiziten und psychischen Belastungen ergeben, kann seitens des Akutkrankenhauses im Entlassungsprozess häufig nur unzureichend begegnet werden. Brückenpflege kann ein Ansatz sein, um diese Versorgungslücke zu schließen. Im Forschungsprojekt EPOS-B wurde eine durch den Verein „Unsere Brücke e.V.“ implementierte Brückenpflege-Intervention, die auf poststationären Hausbesuchen basiert, evaluiert.

Methodik: Realisiert wurde ein Mixed-Methods-Ansatz mit parallel verlaufenden qualitativen und quantitativen Studienteilen. Qualitativ wurden acht Pflegefachkräfte, fünf Patienten und sechs Angehörige mittels problemzentrierter Interviews befragt. Darüber hinaus wurden 17 Experteninterviews mit Stakeholdern durchgeführt, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Quantitativ wurde ein quasi-experimentelles Prä-Post-Design bei N=119 Patienten umgesetzt. Als Outcomes wurden die Transitionsqualität (Care Transition Measure, CTM-15), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D-VAS), das habituelle subjektive Wohlbefinden (HSWBS) sowie die Ereignisse Notaufnahme, erneute stationäre Aufnahme und Notfall-Arztkontakt gemessen.

Ergebnisse: Effekte auf CTM-15, EQ5D-VAS und HSWBS waren positiv und signifikant. Als zentrale Leistung wurde seitens der Betroffenen die psychosoziale Unterstützung der Brückenpflege mit dem Ziel, Sicherheit zu vermitteln, wahrgenommen. In der Umsetzung der Brückenpflege zeigten sich Schwächen bei der systematischen Akquise von Patienten sowie bei der Bekanntheit des Angebots bei den Stakeholdern wie auch innerhalb des Klinikums.

Schlussfolgerungen: Das untersuchte Angebot einer Brückenpflege erzielt positive Effekte, weist in der Umsetzung aber Defizite auf. Um ein solches Angebot, in dem Krankenhäuser die Zwischenräume zu den Wohnsettings der Menschen überwinden, dauerhaft zu implementieren, bedarf es der Optimierung des Entlassmanagements in der Klinik und der Etablierung tragfähiger externer Strukturen.

Schlüsselwörter

Brückenpflege, Überleitung, Hausbesuche, Evaluation, geriatrisch, Krankenhaus

1. Hintergrund

Herausforderungen in der Versorgungsplanung und Qualitätssicherung stellen sich insbesondere an den Schnittstellen. Dazu gehört der Übergang von der akutstationären Behandlung in einem Krankenhaus in die häusliche Umgebung. Beispielsweise verlieren bis zu 60% der Patienten¹, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, danach weiterhin an Selbstständigkeit (Bender 2013). Unter anderem führt dies häufig zu Drehtüreffekten, der Rehospitalisierungsgrad liegt zwischen 20-50% im ersten Monat nach der Entlassung (Pilgrim, Kittlick 2013). Betroffen sind vor allem multimorbide alte Menschen.

Die Wiedergewinnung der Alltagskompetenz gleicht für diesen vulnerablen Personenkreis einem „Vabanquespiel“, weil die Patienten durch die Anforderungen an ein krankheitsadäquates und gesundheitsförderliches Verhalten überfordert sind (Schaeffer et al. 2008), die (Medikamenten)-Adhärenz insuffizient ist (Gosche et al. 2014) und die stützenden informellen inner- und außerfamiliären Netzwerke nur ansatzweise vorhanden sind (Rötter-Liepmann 2007). In der Konsequenz kann die häusliche Situation bei Patienten mit geriatrischem Profil nur teilweise stabilisiert werden. Die überwiegende Mehrheit weist keinen Pflegegrad auf, kann also nicht von einem Pflegedienst versorgt werden. Die hausärztliche Versorgung deckt Aspekte der Prävention, Wiedergewinnung und Erhalt der Alltagskompetenz nicht umfassend ab, auch wenn Hausbesuche durch Allgemeinmediziner bei alten Menschen vorgenommen werden. Hinzu kommt, dass eine medizinische Intervention häufig erst dann greift, wenn bereits wieder Verschlechterungen des Gesundheitszustands und Komplikationen aufgetreten sind. Eine Konsequenz sind die oben bereits thematisierten Drehtüreffekte, die auf Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich verweisen.

Patienten sind während ihrer Entlassungssituation aus dem Krankenhaus in besonderer Weise belastet. Als zentrale Problematiken werden Verlustserfahrungen, wie Autonomie- und Kontrollverluste, Aktivitätsbegrenzungen oder auch der Verlust von sozialen Rollen beschrieben (Wingefeld 2010). Der Informationsbedarf bei Patienten, vor allem im Hinblick auf den Umgang mit krankheitsbezogenen Einschränkungen, muss als hoch eingeschätzt werden. Unsicherheiten sind häufig mit hohen psychischen Belastungen verbunden (Grundböck et al. 2005; Spiller et al. 2005). Auch bei den Ange-

¹ In folgenden Text wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form gewählt, gemeint sind immer alle Geschlechter.

hörigen der entlassenen Patienten werden Unsicherheit und Uninformiertheit als zentrale Kategorie beschrieben, welche zu starken emotionalen Belastungen führen. Diese Situation führt dazu, dass sich die Angehörigen im Hinblick auf eine Betreuung des Patienten in der Häuslichkeit nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Uhlmann et al. 2015; Foust et al. 2012; Dossa et al. 2012; Wingenfeld 2010; Williams et al. 2006; Grundböck et al. 2005; Bull, Jervis 1997). Den sich daraus ergebenden Handlungserfordernissen steht gegenüber, dass die Perspektive der Patienten und ihrer Bezugspersonen im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus systematisch vernachlässigt wird. Als oberste Prioritäten gelten im Krankenhaus eher medizinische Kriterien oder die schnellstmögliche Entlassung (Janzen 2014; Bräutigam et al. 2005; Uhlmann et al. 2005). Hintergrund dieser Entwicklung ist ein in den letzten Jahren zunehmend ökonomisiertes Gesundheitssystem, in dem die Pflege weitgehend als Kostenfaktor seitens des Managements im Blick ist und ein signifikanter Stellenabbau realisiert wurde (zur Situation im Krankenhaus vgl. insgesamt Bartholomeyczik 2009). Ein segmentiertes Versorgungssystem und nicht aufeinander abgestimmte Versorgungseinheiten sowie eine fehlende Standardisierung von Entlassungsmanagement verstärken die Problematik. Die am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen berichten von nicht geregelten Zuständigkeiten beim Entlassungsprozess, zudem wird eine schlechte interdisziplinäre Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen angegeben. Dies betrifft auch externe Stakeholder, wie Beratungsstellen, Hausärzte oder ambulante Pflegedienste (Janzen 2014; Hesse, Klever 2013; Foust et al. 2012; Davis et al. 2012; Schönlau et al. 2005; Spiller, Gittler-Hebestreit 2005).

Einen konkreten Ansatz zur Schließung von Teilbereichen dieser Versorgungslücke bietet der Förderverein „Unserer Brücke e.V.“ Durch speziell qualifizierte „Brückenfachkräfte“² wird eine vorübergehende nachstationäre Betreuung angeboten. Zielgruppe sind ältere, alleinstehende und multimorbide Menschen. Nachdem während des Krankenhausaufenthalts der nachstationäre Versorgungsbedarf ermittelt wurde, begleitet eine Pflegefachperson aus der Klinik die Patienten für zwei bis vier Wochen poststationär, berät die Angehörigen, schaltet bei Bedarf ambulante und soziale Dienste ein. Ziel ist es, geriatrische Patienten bei der Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld zu unterstützen, einer gesundheitlichen Verschlechterung vorzubeugen und eine kurzfristige, erneute stationäre Aufnahme zu verhindern. Die Tätigkeit dieser Pflegepersonen erfolgt mit Nebentätigkeitserlaubnis des Krankenhauses, die Entlohnung erfolgt auf der Basis von Minijobs bzw. nach § 3 Nr. 26 EStG aus Spendenmitteln des Fördervereins. Im Forschungsprojekt EPOS-B wurde dieser Ansatz evaluiert.

² Eigenbezeichnung des untersuchten Vereins, die wir hier übernehmen. Gemeint sind Pflegefachkräfte, die Aufgaben der aufsuchenden nachstationären Betreuung übernehmen.

3. Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Projektes wurden folgende Forschungsfragen untersucht:

- Welche Charakteristika weist die Patientengruppe, die das Angebot der Brückenpflege in Anspruch nimmt, auf?
- Welche Leistungen werden während der Intervention erbracht und in welchem Umfang?
- Welche Bedeutung wird den einzelnen Leistungen seitens der Stakeholder zugemessen?
- Wie werden die Fälle im Klinikum identifiziert und wie der Zugang gestaltet?
- Welche Stärken und Schwächen kennzeichnen die Intervention aus Sicht der Stakeholder?
- Welche Effekte hat die Intervention auf patientenbezogene Outcomes wie Transitionsqualität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, habituelles Wohlbefinden und Drehtüreffekte?
- Werden durch das Angebot Doppelstrukturen zu bestehenden Leistungen des SGB V und SGB XI geschaffen?

Umgesetzt wurde ein Mixed Methods-Ansatz mit parallel verlaufenden qualitativen und quantitativen Studienteilen (Creswell et al. 2013) Dieser Ansatz ist besonders geeignet, um in komplexen Forschungsvorhaben ein möglichst umfassendes und in die Tiefe gehendes Verständnis des Forschungsgegenstands zu erhalten (vgl. Bressan et al. 2017). So sollten durch den quantitativen Forschungsstrang Charakteristika der Patientengruppe der Brückenpflege sowie Effekte auf patientenbezogene Outcomes gemessen werden. Im qualitativen Forschungsstrang konnten die Ergebnisse des quantitativen Forschungsstranges bestätigt oder widerlegt werden. Außerdem sollte ein umfassenderes Verständnis der Stärken oder Schwächen der Intervention aus der Sichtweise von verschiedenen direkt an der Intervention beteiligten Akteuren sowie aus Stakeholderperspektive analysiert werden. Schließlich erfolgten die Datenerhebung und die Analyse beider Stränge getrennt voneinander, eine Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse wurde im Rahmen einer gemeinsamen Schlussfolgerung umgesetzt. Somit kam es zur Integration der qualitativen und quantitativen Perspektive auf der Ebene der Dateninterpretation (Cresswell, Plano 2011)

Vor Beginn der Datenerhebung erfolgte ein ethisches Clearing durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft.

Der qualitative Untersuchungsteil adressierte die Erfahrungen und Beurteilungen aus den Perspektiven der Betroffenen sowie der professionellen Akteure. Befragt wurden acht Pflegefachkräfte, fünf Patienten und sechs Angehörige. Als Erhebungsmethode wurde das problemzentrierte Interview gewählt (Witzel 1982). Die Bereitschaft der Patienten und Angehörigen war eher verhalten; ein wesentlicher Grund muss darin gesehen werden, dass diese Gruppen bereits vorher in den quantitativen Studienteil involviert waren.

Zudem wurden im Rahmen der Studie 17 Stakeholder, wie zwei Pflegedienstleitungen ambulanter Dienste, vier Hausärzte, vier Mitarbeiter des Sozialdienstes des Klinikums, fünf weitere Experten aus der Klinikleitung und Vereinsleitung „Unsere Brücke“ befragt. Außerdem interviewt wurden zwei kommunal Verantwortliche aus dem Bereich der Seniorenberatung des entsprechenden Landkreises. Hier wurden als Erhebungsmethode Experteninterviews nach Bonger und Menz (2009) genutzt. Als Auswertungsmethode der Daten wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewählt.

Der quantitative Teil der Studie war in Form eines quasi-experimentellen Prä-Post-Designs angelegt und umfasste standardisierte schriftliche Befragungen der Patienten sowie eine schriftliche Fremdeinschätzung durch die betreuende Brückenfachkraft. Die Outcome-Variablen wurden an zwei Messzeitpunkten erhoben: am Entlassungstag (t_0) sowie unmittelbar nach Beendigung der Brückenpflege-Intervention (in der Kontrollgruppe zwischen dem 8. und 11. Tag nach der Krankenhausentlassung).

Als primäres Outcome wurde die Qualität des Transitionsprozesses gemessen. Hierzu wurde der Care Transition Measure (CTM-15, Coleman et al. 2005) eingesetzt, der auf Aspekte des Transitionsprozesses, kritisches Verstehen des Managements der eigenen Gesundheit (u. a. Verantwortlichkeiten, Medikation), Berücksichtigung von Präferenzen des Patienten bei der Planung der weiteren Versorgung, Vorbereitung auf das persönliche Gesundheitsmanagement sowie das Vorliegen schriftlicher Verordnungen und Versorgungsplanung fokussiert. Für den CTM-15 ist eine hohe Anpassungsgüte (CFI=0,99, RMSEA=0,69) auf Basis konfirmatorischer Faktorenanalyse belegt (ebd.), eingesetzt wurde eine ungetestete deutsche Übersetzung. Als sekundäre Outcomes wurde zum einen die gesundheitsbezogene Lebensqualität (visuelle Analogskala EQ5D, Herdman et al. 2011) eingeschätzt. Zur Messung des habituellen Wohlbefindens wurde die (habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS, Dalbert 1992) genutzt, die sich aus den Skalen allgemeine Lebenszufriedenheit (kognitive Dimension) und Stimmungsniveau (emotionale Dimension) zusammensetzt. Für die beiden Skalen wird eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbach's Alpha zwischen 0.82 und 0.87) berichtet (ebd.). Zudem wurden als Outcome die Häufigkeiten von Notfall-Arztkontakten, Aufhalten in der Notaufnahme und Wiedereinweisungen erfragt. Zur Charakterisierung der Stichprobe wurde der funktionelle Status mittels des Functional Independence Measure (FIM, Keith 1987) und des iADL Index (Lawton/ Brody 1969) als Fremdbeurteilung durch die betreuende Brückenfachkraft gemessen. Angaben zur Person der Patienten und zur stationären Episode (ICD-10 kodierte medizinische Diagnosen, Dauer des Krankenhausaufenthalts, Alter, Geschlecht, Pflegestufe) wurden mit eigens entwickelten Items beurteilt.

Die Zielpopulation der Interventionsgruppe (IG) bildeten Patienten, die zwischen Juli 2015 und Mai 2017 Leistungen der Brückenpflege in Anspruch genommen hatten. Die gesamte Zielpopulation wurde adressiert und um Beteiligung an der Evaluationsstudie gebeten. Die Stichprobe setzt sich aus jenen Fällen der Zielpopulation zusammen, die in die Studienteilnahme einwilligten. Da zu Beginn der Erhebung keine

belastbaren Daten zu den Charakteristika der versorgten Klientel und zu deren Verteilung vorlagen, wurden zunächst ausschließlich Fälle der Interventionsgruppe gemessen. Bei Erreichen von 35 Fällen erfolgte eine Zwischenauswertung, um die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Charakteristika der Fälle der Interventionsgruppe zu analysieren. Diese dienten als Vorgabe für die Akquise der Kontrollgruppe (KG), die sich aus Patienten desselben Klinikums zusammensetzte.

Aufgrund teilweise an t0 bestehender Gruppenunterschieden wurden Hypothesen zu Gruppenunterschieden bei zwei Messzeitpunkten mittels Kovarianzanalysen (ANCOVAs) analysiert. Baseline-Gruppenunterschiede wurden bei metrischem Skalenniveau mittels t-Tests für unabhängige Stichproben und bei dichotomen Variablen mittels des exakten Tests nach Fisher getestet. Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels SPSS in Version 23.

4. Ergebnisse

Dargestellt werden im Folgenden ausgewählte Befunde. Für detailliertere Ergebnisse sowie für O-Töne aus dem qualitativen Studienteil sei auf den ausführlichen Abschlussbericht des Forschungsprojekts EPOS-B verwiesen (Brandenburg et al. 2018).

4.1 Charakteristika der Zielgruppe

Für den quantitativen Studienteil lag die Fallzahl in der Interventionsgruppe bei $N=66$, in der Kontrollgruppe bei $N=53$ Personen. Das Alter der Brückenpflege-Fälle lag im Mittel bei $79,6 \pm 8,4$ Jahren (Kontrollgruppe $82,4 \pm 6,0$ Jahre, $p=0,028$, t-Test für unabhängige Stichproben). 60,9% der Patienten waren weiblich (Kontrollgruppe 63,5%, $p=0,848$, exakter Test nach Fisher). Bei den Haupt-Entlassungsdiagnosen handelte es sich überwiegend um Krankheiten des Kreislaufsystems (28,98%) sowie Verletzungen (21,8%). Im Mittel waren bei der Entlassung $9,35 \pm 3,44$ verschiedene Medikamente verordnet (Kontrollgruppe $8,83 \pm 2,96$, $p=0,0443$, t-Test für unabhängige Stichproben). Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 18,71 Tagen (Kontrollgruppe 18,46 Tage, $p=0,028$, t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Empfänger der Brückenpflege (IG) wiesen im Mittel mäßige funktionelle Einschränkungen auf, der Median der motorischen FIM Summenscores lag bei 74 von 91 Punkten. Kognitive Beeinträchtigungen spielten eine untergeordnete Rolle, der Median des kognitiven FIM Summenscores lag bei 32 von 35 Punkten. 90,2% der Fälle zeigten eine Gangunsicherheit, 69,7% der Patienten waren in den sechs Monaten vor der Krankenhausentlassung gestürzt. Kennzeichnend für die Klientel waren Sehschwäche, Schwindel und Schmerzen, die mehr als die Hälfte der Fälle der Interventionsgruppe aufweisen sowie Harninkontinenz, Obstipation, Diabetes und Einschlafstörungen. Hinsichtlich der instrumentellen Lebensaktivitäten wies die Klientel deutliche Defizite auf, der Median des iADL-Index lag bei 3 von 8 Punkten. Weitere Charakteristika zeigt Tabelle 1.

	IG (N=64) zutreffend in %	KG (N=53) zutreffend in %	Sig.
Sehschwäche	79,7	86,8	0,336
Schwerhörigkeit	29,2	20,8	0,396
Sturz in den letzten 6 Monaten	69,7	66,0	0,696
Gangunsicherheit	90,2	90,6	1,000
Schwindel	54,2	73,6	0,049
Stuhlinkontinenz	10,9	1,9	0,071
Harninkontinenz	47,6	47,2	1,000
Obstipation	40,9	45,3	0,710
Schmerzen vorhanden	60,0	49,1	0,267
Gewichtsverlust	25,9	11,5	0,082
Diabetes	40,3	32,7	0,440
Einschlafstörungen	40,0	36,5	0,848
Durchschlafstörungen	33,8	47,2	0,186
vorhandener Dekubitus	6,3	0,0	0,125

Tab. 1: Stichprobencharakteristika (quantitativer Studienteil)

Im qualitativen Studienteil wurde deutlich, dass die vorhandene Hilfsbedürftigkeit der Brückenpflegepatienten häufig erst nach einigen Tagen oder gegen Ende des Krankenhausaufenthaltes auffiel. Nicht selten handelte es sich bei der betreuten Klientel auch um Patienten, die behandlungspflegerische Maßnahmen (z. B. Insulininjektionen) weiterführen mussten und in diesem Bereich unsicher waren. Außerdem wurden seitens der Brückenfachkräfte die Konstellation angesprochen, dass Patienten, die die Leistung Brückenpflege in Anspruch nahmen, am Anfang einer aufwendigen Therapie standen (z. B. COPD-Patienten). Eine bestehende Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst stellte ein Ausschlusskriterium für die Brückenpflege dar.

4.2 Gestaltung des Zugangs

Die im qualitativen Studienteil befragten Brückenfachkräfte gaben an, dass die Brückenpatienten meistens durch Eigeninitiative der Brückenfachkräfte gewonnen wurden, aber auch aufgrund von Hinweisen anderer Berufsgruppen (Sozialdienst, Stationsärzte oder auch die Diabetesfachkraft) hinsichtlich Patienten mit entsprechenden Bedarfen. In seltenen Fällen sprachen Patienten oder Angehörige die Brückenfachkräfte selber an, weil sie über einen Flyer auf das Angebot aufmerksam wurden. Bestenfalls wurde im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung zusammen mit verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus entschieden, ob eine Nachbetreuung durch die Brückenpflege sinnvoll war.

4.3 Leistungen

Die Dauer des Interventionszeitraums betrug nach Auswertung der quantitativen Ergebnisse in der IG im arithmetischen Mittel $10,12 \pm 4,75$ Tage (Median: 8 Tage, Spannweite: 2-27 Tage). Dabei wurden im Mittel $2,77 \pm 1,07$ (Median: 2, Spannweite: 2-6) Hausbesuche geleistet. Die Gesamtdauer der Hausbesuche betrug durchschnittlich $4,97 \pm 2,18$ Stunden (Median: 4 Stunden, Spannweite: 2,5-12 Stunden).

Das Spektrum reichte von der Beratung über die unmittelbare Anleitung und Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten im Haushalt bis hin zur Organisation von weiteren Hilfen. Im quantitativen Studienteil zeigte sich, dass jeweils über 90% der Patienten zu Selbstpflege, Hilfsmittelgebrauch, gesundheitsgerechtem Verhalten, Ernährung und Medikamenteneinnahme beraten und angeleitet wurden, bei 30,6% der Fälle erfolgte eine Beratung zur Wundversorgung.

Im qualitativen Studienteil wurde deutlich, dass keine verbindliche Beschreibung des Tätigkeitsspektrums der Brückenfachkräfte existierte. Als wichtigste Leistung schätzten die im qualitativen Studienteil befragten Brückenfachkräfte, Patienten und Angehörigen die emotionale und psychosoziale Betreuung ein. Deutlich wurden erhebliche Ängste und Unsicherheiten beim Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit. Bei Beratungsleistungen, die von den Brückenfachkräften erbracht wurden, ging es vielfach darum, welche Hilfen im Umfeld für die Patienten verfügbar waren oder welche Möglichkeiten der Wohnraumveränderungen gegeben waren, um Stürze zu verhindern und die Selbstständigkeit zu Hause weiter aufrechterhalten zu können. Als wichtige Aufgabe benannten die Brückenpflegekräfte die umfassende Beratung der Patienten und Angehörigen über ihr Krankheitsbild. Diesbezüglich wurden die Brückenfachkräfte vielfach gebeten, den Arztbrief in eine verständliche Sprache zu übersetzen. Die interviewten Brückenpflegekräfte äußerten zudem, häufig Bedarfe in Zusammenhang mit dem Medikamentenmanagement zu identifizieren und schrieben der diesbezüglichen Unterstützung der Patienten eine hohe Bedeutung zu. Hier ging es darum, die Patienten über die Wirkung ihrer Medikamente aufzuklären oder Medikamente für jene Personen zu richten, die dazu nicht oder nur ansatzweise in der Lage waren. Teilweise wurden Betroffene (und Angehörige) auch hinsichtlich behandlungspflegerischer Tätigkeiten, wie z. B. Insulinspritzen, Verbandswechsel oder fachgerechtem Umgang mit Kathetern bzw. Urinbeuteln angeleitet. Zeitweise mussten diese Tätigkeiten auch von den Brückenfachkräften direkt übernommen werden.

Im quantitativen Studienteil gaben die Brückenfachkräfte an, bei 30,3% der Fälle bei der Organisation der Weiterversorgung durch ambulante Pflegedienste zu unterstützen, sowie bei 48,8% der Fälle bei der Organisation der hauswirtschaftlichen Versorgung (48,4%) und bei 60,3% der Fälle bei der Organisation sonstiger Hilfen (Einkaufshilfen, soziale Betreuung).

4.4 Doppelstrukturen

Die Aussagen der Stakeholder im qualitativen Studienteil verdeutlichten, dass sich im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement die Aufgaben der Pflegekräfte auf den Krankenhausstationen jene der Brückenfachkräfte überschnitten. Dies betraf beispielsweise die Hilfsmittelabklärung und die Beantragung von Pflegestufen, welche von beiden Gruppen vorgenommen wurden. Es lagen ebenfalls Überschneidungen mit den Tätigkeiten des Sozialdienstes vor. Die Rolle des Sozialdienstes bei der Vermittlung der Patienten an die Brückenpflege im Rahmen des Entlassungsmanagements wurde von den Befragten im qualitativen Studienteil unterschiedlich wahrgenommen. Ein Teil des Sozialdienstes sah die Verantwortung bei den Pflegekräften auf Station. Diese würden situativ entscheiden, ob die Patienten vor Entlassung an die Brückenfachkräfte oder an den Sozialdienst vermittelt wurden. Andere Mitarbeiter des Sozialdienstes waren der Auffassung, dass sie immer über jeden Patienten, der ein Entlassungsmanagement erhielt, informiert wurden und dann entsprechend über den Einsatz der Brückenpflege entschieden. In diesem Fall war auffällig, dass keine einheitlichen Kriterien formuliert waren, welche Berufsgruppe über den Einsatz der Brückenfachkräfte entscheiden sollte und inwiefern Absprachen untereinander erfolgen sollten. Im qualitativen Studienteil wurden außerdem Überschneidungen zwischen Tätigkeiten der Brückenpflege und von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen beobachtet. Dies betraf beispielsweise behandlungspflegerische Leistungen wie etwa die Wundbehandlung. Da es sich bei den Verrichtungen, die durch die Brückenpflege durchgeführt wurden, nur um ein vorübergehendes Angebot handelte, sahen die befragten Leitungspersonen der ambulanten Pflegedienste hier auch keine Konkurrenzsituation. Ein ähnliches Angebot wie die Brückenpflege leisteten außerdem kommunale Dienste, wie die „Pflegebrücke“, bei der verschiedene kirchliche Träger im Landkreis Biberach zusammenarbeiteten. Hier handelte es sich um Angebote und Leistungen für Menschen im Landkreis Biberach, die aufgrund ihres Alters, ihrer Behinderung oder ihrer Pflegesituation Information, Beratung, Begleitung, Hilfe, Unterstützung und Versorgung benötigten. Diese Dienste boten beispielsweise ebenfalls Wohnumfeldberatungen an, wozu die Brückenfachkräfte auch berieten. Auch hier wurde keine Konkurrenzsituation wahrgenommen, man ging vielmehr in den Interviews von einem zu geringen Hilfsangebot innerhalb des Landkreises Biberach aus und somit von einer dringenden Erforderlichkeit solcher Hilfsangebote.

4.5 Stärken

Stärken der Brückenpflege wurden seitens der Patienten, Angehörigen und auch der Stakeholder im qualitativen Studienteil vielfach beschrieben. Brückenfachkräfte wurden als hoch engagiert wahrgenommen. Sie führten zeitweise auch ehrenamtlich Hausbesuche durch, denn sie konnten nur eine bestimmte Stundenzahl über ihre Tätigkeit abrechnen. Für die Brückenfachkräfte selber wurde ihre Arbeit als eine persönliche Bereicherung angesehen, sie sprachen von einer hohen Sinnhaftigkeit ihres Engagements. Bei den Brückenpatienten wurde durch die Betreuung der Brückenfachkräfte häufiger

eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes verhindert, indem beispielsweise Medikamentenanordnungen überprüft wurden oder Hinweise auf Krankheitsverschlechterungen frühzeitig an den Hausarzt weitergegeben wurden. Auch positive Auswirkungen auf den psychischen Zustand der Patienten nach der Entlassung wurden mehrfach erwähnt. So konnte beispielsweise Patienten Angst genommen werden und Beistand geleistet werden. In einem Fall wurde eine konflikthafte familiäre Situation entspannt, denn einer Brückenfachkraft gelang es, den Kontakt zwischen Mutter und Tochter wiederherzustellen. Bei befragten Angehörigen war die Vermittlung von Sicherheit durch die Brückenfachkräfte ein zentrales Element. Feedback und Rückmeldung durch eine Fachkraft wurden als entlastend beurteilt. Auch andere Berufsgruppen, die befragt wurden, erlebten die Brückenpflege als Entlastung bei ihrer Arbeit, beispielsweise der Sozialdienst gab dies als Stärke an. Vor allem aber die Hausärzte empfanden die Brückenpflege als sehr positiv. Sie gaben an, dass durch den Einsatz der Brückenfachkräfte ein direkter Kontakt ins Krankenhaus bestand und dort beispielsweise Unklarheiten bei krankenhausesärztlichen Verordnungen beseitigt werden konnten. Auch mussten die Hausärzte die Patienten der Brückenpflege nicht direkt am Tag der Entlassung zu Hause aufsuchen, was von ihnen ebenfalls als Entlastung wahrgenommen wurde. Ambulante Pflegedienste betonten die positive Kommunikation mit den Brückenfachkräften. Wenn beispielweise ein Patient, der durch die Brückenpflege betreut wurde, an einen ambulanten Dienst übergeben wurde, konnten alle wichtigen Informationen problemlos weitergegeben werden, und die häusliche Situation war bekannt. Verantwortliche Leitungskräfte im Klinikum in Biberach berichteten, dass durch die Brückenpflege die Qualität der Entlassung verbessert wurde. Ein Ziel bei der Einführung des Angebotes war, dass Patienten hierdurch einen Gewinn an Vertrauen in die Klinik erlangen sollten.

4.6 Schwächen

Als Defizit der Brückenpflege wurde im qualitativen Studienteil von den Brückenfachkräften selbst eine fehlende Trennung zwischen Beruf und Privatleben angesehen. Nach Beendigung der Brückenpflege waren die Brückenfachkräfte häufig noch über längere Zeit für die Patienten erreichbar oder diese kontaktierten sie wiederholt telefonisch, sodass eine Abgrenzung schwerfiel. Als weitere Schwäche wurde beschrieben, dass das Angebot der Brückenpflege von nur wenigen Patienten in Anspruch genommen wurde und relevante Patienten oft nicht erreicht wurden, weil diese das Angebot ablehnten. Als Gründe hierfür wurden von den Brückenfachkräften und den Stakeholdern genannt, dass die Patienten sich meistens ihre Hilfsbedürftigkeit nicht eingestehen wollten, oder nicht wollten, dass jemand Fremdes sie in ihrer eigenen Wohnung aufsuchte. Sie sahen hier einen Eingriff in ihre Privatsphäre. Die Brückenpflege stellte für viele potentielle Patienten außerdem ein weiteres Angebot neben vielen anderen im Gesundheitssystem dar, und diese waren in der Regel überfordert mit den vielen Möglichkeiten, zwischen denen sie sich entscheiden mussten. Des Weiteren war das Profil der Brückenpflege den befragten Berufsgruppen nicht umfänglich bekannt. Ein Teil

der Hausärzte war der Auffassung, dass Brückenpflege hauptsächlich für Wundbehandlung und Betreuung bzw. Behandlung von frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten zuständig war. Außerdem war den meisten Verantwortlichen der ambulanten Pflegedienste, aber auch den Hausärzten im Landkreis Biberach das Angebot Brückenpflege der Klinik in Biberach generell nicht bekannt.

4.7 Effekte auf patientenbezogene Outcomes

Der durchschnittliche CTM-15 Score lag am Entlassungstag (Baseline) in der Kontrollgruppe bei 60,99 und in der Interventionsgruppe bei 57,36 von 100 möglichen Punkten. An t_1 verbesserte sich der Score in der Interventionsgruppe auf 89,12 Punkte, während er in der Kontrollgruppe leicht auf 57,78 Punkte sank. Der Gruppenunterschied an t_1 war in der ANCOVA signifikant ($p < 0,001$), der Baseline-Unterschied nicht ($p = 0,109$). Hinsichtlich der berichteten gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterschieden sich Interventionsgruppe (35,72 von 100 Punkten) und Kontrollgruppe (52,17) an Baseline signifikant ($p > 0,001$). An t_1 veränderte sich der durchschnittliche Score in der Kontrollgruppe geringfügig (54,92), in der Interventionsgruppe stieg er auf 51,05 an. Der Gruppenunterschied an t_1 ist in der ANCOVA signifikant ($p = 0,002$).

Auf der Subskala Stimmungsniveau der Habituellen Wohlbefindensskala (Wertebereich: 1-6) erreichten beide Untersuchungsgruppen mittelhohe Werteausprägungen. In der Interventionsgruppe stieg der durchschnittliche Score von 3,36 an t_0 auf 3,84 an t_1 . Die Kontrollgruppe zeigte an t_0 ein höheres Stimmungsniveau als die Interventionsgruppe (3,65 Punkte), veränderte sich zu t_1 aber nur geringfügig auf 3,61 Punkte. Der Baseline-Unterschied an t_0 ist in der ANCOVA signifikant ($p = 0,004$), der Unterschied der Scores an t_1 ebenfalls ($p < 0,001$).

Auch auf der Subskala Allgemeine Lebenszufriedenheit der Habituellen Wohlbefindensskala (Wertebereich ebenfalls 1-6) erreichten beide Untersuchungsgruppen mittelhohe Werte. Auf dieser Skala verbesserte sich der Mittelwert der Interventionsgruppe von t_0 zu t_1 von 3,86 auf 4,18 Punkte. Der Mittelwert der Kontrollgruppe hingegen verschlechterte sich von t_0 zu t_1 von 4,31 auf 4,14 Punkte. Sowohl der Baseline-Unterschied ($p = 0,002$) als auch der Unterschied an t_1 ($p < 0,001$) sind signifikant.

In der Interventionsgruppe kam es bei 17,5% der Fälle zwischen t_0 und t_1 zu einem Notfall-Arztkontakt, einem Besuch in der Notaufnahme oder einer erneuten stationären Krankenhausaufnahme, in der Kontrollgruppe bei 5,7%. Der Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ist nicht signifikant ($p = 0,084$, exakter Test nach Fisher).

5. Diskussion

Der untersuchte Ansatz erreicht den Anspruch, eine geriatrische Klientel zu adressieren. Empfänger der Brückenpflege sind bis auf wenige Ausnahmen älter als 65 Jahre

und multimorbide. Funktional und kognitiv ist die Klientel im Durchschnitt eher moderat eingeschränkt, wobei sich allerdings eine große Streuung zeigt. Deutliche Einschränkungen wiesen die Empfänger der Brückenpflege allerdings in instrumentellen Alltagsaktivitäten auf. Folgerichtig liegt der Unterstützungsschwerpunkt stärker beim Aufbau eines Netzwerks von Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Hauswirtschaftlichen Hilfen sind hier wichtig, ebenso die informelle Begleitung – weniger die Etablierung professioneller ambulanter Pflege oder der Beantragung einer Einstufung der Pflegebedürftigkeit (wenngleich auch letzteres auf fast jeden dritten Fall zutrifft).

Beide Studienteile weisen einige Limitierungen auf. Im quantitativen Teil war keine Randomisierung möglich, da ein bestehendes Angebot zu evaluieren war und die Patientenakquise ebenfalls Gegenstand der Evaluation war. Die Untersuchungsgruppen sind bezogen auf mehrere Charakteristika nur bedingt vergleichbar. Der Einfluss der sozialen Erwünschtheit ist in der Interventionsgruppe möglicherweise groß, durch die situationsbedingt teilweise Anwesenheit der Brückenpflegekraft beim Beantworten der Patientenfragebögen dürften derartige Einflüsse noch verstärkt worden sein. Ein hoher Anteil der Patienten in beiden Untersuchungsgruppen wies zudem einen Unterstützungsbedarf durch Bezugspersonen bei der Bearbeitung des Fragebogens auf (66,7% in der Interventions- und 62,3% in der Kontrollgruppe). Im qualitativen Teil war der Zugang zu Interviewpartnern nur über mit der Intervention in Verbindung stehende Akteure möglich, so dass Verzerrungseffekte nicht ausgeschlossen werden können. Insgesamt konnten nur wenige Patienten und Angehörige bei der Befragung erreicht werden. Patienten, welche die Brückenpflege ablehnten, konnten ebenfalls nicht befragt werden. Durch die geringe Bekanntheit der Intervention konnten zudem nur sehr wenige Leitungspersonen ambulanter Dienste und eine geringe Anzahl von Hausärzten befragt werden.

Eingedenk dieser Limitierungen lässt sich aber feststellen, dass für die Intervention deutlich positive Effekte auf die Transitionsqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie auf das Stimmungsniveau nachgewiesen werden konnten. Die Patienten gaben an, beim Verständnis ihrer Krankheiten, ihrer Medikation sowie in der Gestaltung ihres Alltags und ihrer Versorgungssituation große Unterstützung erhalten zu haben, die Brückenfachkräfte benannten die psychosoziale Betreuung sowie Beratung und Information von Patienten und Angehörigen als zentralen Aspekt ihrer Tätigkeit. Der Fokus der Intervention zielt also, auch im Bewusstsein der handelnden Akteure, auf eines der zentralen Handlungserfordernisse im Transitionsprozess der Klientel ab (Wingefeld 2010; Grundböck et al., 2005; Spiller/Gittler-Hebestreit 2005). Die qualitativen Ergebnisse deuten zudem auf das Gelingen einer psychologischen Stabilisierung bei Patienten und insbesondere auch deren Angehörigen hin. Ein positiver Effekt auf die Reduzierung von Drehtüreffekten konnte hingegen nicht belegt werden, für belastbare Aussagen wäre eine Untersuchung mit höheren Fallzahlen erforderlich. Da der Anteil an Wiedereinweisungen und Inanspruchnahmen von notärztlichen Kontakten in der IG sogar höher ausfällt (wenngleich nicht signifikant), ist es denkbar, dass eine höhere Sensibilität bezogen auf Krankheitssymptome und/oder ein unmittelbares Eingreifen der Brückenfachkräfte dazu führen

(kann), dass bei Auftreten entsprechender Symptome eher (not-)ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Dies wurde aber nicht untersucht.

Gleichwohl leidet der evaluierte Ansatz der Brückenpflege unter den in anderen Studien beschriebenen Koordinationsdefiziten, u. a. bezogen auf die Klärung von Zuständigkeiten im Entlassungsprozess (Janzen 2014; Davis et al. 2012; Schönlau et al. 2005; Spiller, Gittler-Hebestreit 2005). Aus diesem Grund ist Optimierungsbedarf innerhalb der Klinik gegeben. Dies betrifft auch Aspekte wie Vorgaben über die Beendigung der Intervention, transparente Kriterien für die Auswahl der Klientel sowie die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit mit der Folge einer nicht ausreichenden Bekanntheit des Angebots.

In der untersuchten Ausgestaltung der Intervention, die neben der psycho-sozialen Stützung der Patienten und ihrer Angehörigen auch Anleitung und Beratung zur Selbstpflege, zum Hilfsmittelgebrauch und zum Medikamentenmanagement umfasst, erscheint es folgerichtig, für die Leistungserbringung auf die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte zu fokussieren. Angesichts des komplexen Anforderungsprofils ist es jedoch als kritisch zu bewerten, dass die eingesetzten Akteure nur in geringem Maße über ein Beratungs- und Case-Management-bezogenes Qualifizierungsprofil verfügen. Die seitens der Brückenfachkräfte mehrfach benannten Probleme bei der Abgrenzung ihrer Tätigkeit von privatem Engagement unterstreichen eine Forderung nach einem höheren Grad an Professionalisierung, der entsprechende Bildungsprozesse voraussetzt.

Angesichts dieser Aspekte stößt eine auf spendenfinanzierter und auf ehrenamtlicher Vorstandsarbeit basierende Tätigkeit des die Intervention tragenden Vereins offenkundig an Grenzen. Insgesamt bedarf es tragfähigerer Strukturen, um Angebote wie das hier untersuchte zu etablieren. Die Krankenhäuser sind hier gefordert, die Zwischenräume zur Lebenswelt der Wohnsettings der Menschen zu überwinden und den Patienten nach Hause zu begleiten, um sich an der Generierung einer Sicherstellung sorgender Gemeinschaft zu beteiligen. Modelle der sektorenübergreifenden Versorgung werden seit einigen Jahren – auch in der Langzeitpflege – diskutiert und ausprobiert. Eine Möglichkeit der Finanzierung bestünde gegebenenfalls in Form eines Public Private Partnership (PPP) zwischen Krankenkassen als öffentlich-rechtlichen Körperschaften und einer Vereinsstruktur wie „Unsere Brücke e.V.“ (vgl. hierzu detailliert: Schulz-Nieswandt 2018). Es darf davon ausgegangen werden, dass die positiven Effekte der Intervention im Wesentlichen die Defizite anderer Akteure (Entlassungsmanagement der Klinik, hausärztliche Versorgung) kompensieren. Informationen hinsichtlich der Krankheitsbilder und der bedeutsamen Symptome, des Medikamentenmanagements, der Wirkung und Nebenwirkungen der verordneten Medikation sollten idealerweise während des Krankenhausaufenthaltes, spätestens im Prozess des Entlassungsmanagements, vermittelt werden. Dies trifft jedoch nicht nur auf die untersuchte Versorgungssituation zu, sondern stellt vielmehr ein typisches Bild des Transitionsprozesses vom Krankenhaus in die Häuslichkeit dar. Die Stagnation der CTM-15-Scores in der KG zeigen auf, dass eine Kompensation diesbezüglicher Defizite, etwa durch die Hausärzte, nicht gelingt. Interventionen innerhalb der häuslichen

Wohn- und Lebenssituation sollte ganz allgemein in diesem Zusammenhang eine höhere Bedeutung zugemessen werden. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, dass Krankenhäuser, wie im untersuchten Fall, in die Lebenswelt geriatrischer Patienten hinaus agieren und einen Zugang durch Personen gestalten, die den Betroffenen bereits aus der stationären Phase bekannt und zu denen idealerweise bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte.

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2009): Pflege im Krankenhaus unter den Bedingungen des sich wandelnden Gesundheitssystems. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 55, (1), 1-19
- Bender, T. (2013): Kritische Analyse aus Sicht des Patienten/Angehörigen. In: Deimel, D./ Müller, M.L. (Hrsg.): *Entlassungsmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination*, Stuttgart: Thieme, 12-13
- Bonger, A.; Menz, W. (2009): Das theoriegenerierende Experteninterview Erkenntnisinteresse Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A. (Hrsg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 61-69
- Brandenburg, H.; Bauer, J.; Grebe, C.; Luft, L.; Frank, M.; Schäfer, K.; Rausch, A. (2018): Evaluation des Projekts Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld durch den Förderverein „Unsere Brücke“ Biberach e.V. (EPOS-B). Abschlussbericht. Vallendar: Pflegewissenschaftliche Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
- Bräutigam, C.; Klettke, N.; Kunstmann, W.; Prietz, A. und Sieger, M. (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer Teilnehmenden Beobachtung. In: *Pflege*, 18, 112-120
- Bressan, V.; Bagnasco, A.; Bianchi, M.; Rossi, S.; Mochetti, F.; Barisone, M. (2017): Mixed method research in nursing - a critical review. *J Clin Nursing*, 25, 243-245
- Bull, M.; Jervis, L.L. (1997): Strategies used by chronically ill older woman and their caregiving daughters in managing posthospital care. In: *Journal of Advanced Nursing*, 25, 541-547
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Bundestags-Drucksache 18/10210. Berlin: Deutscher Bundestag
- Coleman, E. A.; Mahoney, F.; Parry, E. (2005): Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. In: *Medical Care*, 43, (3), 246-55
- Creswell, J.; Plano, C.; Gutman, V.L.; Hanson, W.E. (2013): *Advanced Mixed Methodes Research Design*. In: Tashakkori, A.; Teddlie C. (Hrsg.): *Handbook of Mixed Methodes in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage, 209-240
- Creswell, J.W.; Plano, Clark V.L. (2011): *Designing and Conducting-Mixed Methods Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications
- Dalbert, C. (1992): Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. In: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*; 13, (4), 207-220
- Davis, M.M.; Devoe, M.; Kansagara, D.; Nicolaidis, C. und Englander, M.D. (2012): "Did I Do as Best as the System Would Let Me?" Healthcare Professional Views on Hospital to Home Care Transitions. In: *Journal General Medicine*, 27, (12), 1649-56
- Dossa, A; Bokhour, B.; Hoenig, H. (2012): Care Transition from the Hospital to Home for Patients with Mobility Impairments: Patient and Family Caregiver Experiences. *Rehabilitation Nursing*, 37, (6), 277-285
- Foust, J. B.; Vuckovic, N.; Hernandez, E. (2012): Hospital to Home Health Care Transition: Patient, Caregiver, and Clinician Perspectives. In: *Western Journal of Nursing Research*, 32, (2), 194-212
- Gosche, M.; Heppner, H-J. (2014): *Pharmakotherapie*. In: Pantel, J. et al. (Hrsg.). *Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer, 642-652

- Grundböck, A.; Rappauer, A.; Müller, G.; Stricker, S. (2005): Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen – Sicht der Patienten und Angehörigen. In: *Pflege*, 18, 121-127
- Herdman, M.; Gudex, C.; Lloyd, A.; Janssen, M.; Kind, P.; Parkin, D.; Bonnel, D.; Badia, X. (2011): Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). In: *Quality of life research*; 20, (10), 1727-1736
- Janzen, P. (2014): Was passiert nach dem Krankenhaus? Lebensweltorientierung und die Praxis der Entlassung Pflegebedürftiger. Marburg: Tectum Verlag
- Keith, R.A. (1987): The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. In: *Advances in clinical rehabilitation*, 2, 6-18
- Lawton, M.P.; Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: *Gerontologist*; 9, 179-186
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 1., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag
- Pilgrim, T.; Kittlick, C. (2013): Kritische Analyse aus Sicht des Versorgungsmanagements. In: Deimel, D.; Müller M.L. (Hrsg.): *Entlassungsmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination*. Stuttgart. Thieme Verlag, 15-18
- Rötter-Liepmann, B. (2007): *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für zukünftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim u. München: Juventa
- Schaeffer, D.; Büscher, A.; Ewers, M. (2008): *Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen*. In: Kuhlmei, A.; Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 352-369
- Schönlau, K.; Kunstmann, W.; Plenter, C.; Sieger, M. (2005): Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. In: *Pflege*, 18, 95-104
- Schulz-Nieswandt, F. (2018): Biberacher „Unsere Brücke e.V.“. Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? Baden-Baden: Nomos
- Spiller, A.; Gittler-Hebestreit, N. (2005): *Pflegeüberleitung – Ein pflegewissenschaftlich begleitetes Projekt zur Einführung und Evaluation am Universitätsklinikum Jena*. In: *Printernet*, 03, 166-174
- Uhlmann, B.; Bartel, D.; Kunstmann, W.; Sieger, M. (2005): *Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen*. In: *Pflege*, 18, (2) 105-111
- Williams, C.; Thrope, R.; Harris, N.; Dickinson, H.; Barrett, C.; Rorison, F. (2006): *Going home from hospital: The postdischarge experience of patients and carers in rural and remote Queensland*. In: *Australian Journal of Rural Health*, 14, 9-13
- Wingenfeld, K. (2010): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Huber Verlag
- Witzel, A. (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus Verlag

Judith Bauer, MScN

Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar,
Pallottistr. 3, D -56179 Vallendar, jbauer@pthv.de

Christian Grebe, MScN

Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, FH Bielefeld
Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar,
Pallottistr. 3, D -56179 Vallendar, cgrebe@pthv.de

Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg (Korrespondenz)

Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar,
Pallottistr. 3, D -56179 Vallendar, hbrandenburg@pthv.de

Autorin und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Petra Schönemann-Gieck, Arne Evers, Iris Groß

Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“

Hospital discharge of elderly patients with need for social intervention: Communal options and limits using the example of the health network “GeReNet.Wi” in Wiesbaden, Germany

In acute hospitals an increasing amount of elderly and multimorbid patients receive treatment. That’s why hospitals are increasingly faced with their patient’s non-medical needs. Due to a very short stay, the preparation of discharge back to their homes is a great challenge for hospitals – especially, when no supportive relatives or authorized representatives are available. Little to no attention is paid on patients without entitlement to the service of the statutory nursing insurance. The purpose of the Wiesbaden Health Network „GeReNet.Wi“ is to develop an individually tailored management of discharge and transition for patients with need of support in their respective homes. Based on findings of a qualitative study with 40 members of clinical staff, a four-step, transectional procedure for transition of elderly patients with social needs was defined and is currently under implementation. A highly developed communal structure seems to be an important element for trans-sectional care.

Keywords

discharge management, transectional transitional care, social needs, municipal social work for the elderly, home need of support, hospital social services, municipal information service

Immer mehr ältere und multimorbide Patienten¹ werden in Akutkrankenhäusern behandelt. Kliniken sind daher zunehmend mit sozialen Bedarfen ihrer Patienten konfrontiert. Aufgrund der oft sehr kurzen Verweildauer der Patienten stellt die Vorbereitung der Entlassung zurück in die Privatwohnung eine große Herausforderung für Kliniken dar – insbesondere dann, wenn keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen unterstützend zur Verfügung stehen. Wenig beachtet werden bislang vulnerable Patienten, die keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung aufweisen.

Auf Grundlage zahlreicher Vorarbeiten im GeReNet.Wi wurde ein vierstufiges, sektorenübergreifendes Entlass- und Überleitungsmanagement zur Überleitung älterer Patienten

1 Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte Form meint grundsätzlich immer alle Geschlechter.

eingereicht 24.03.2018

akzeptiert 08.08.2018

mit sozialem Interventionsbedarf entwickelt und in drei Kliniken implementiert. Erste Ergebnisse deuten auf eine zielgenaue Identifikation der Risikopersonen hin aber auch auf die Grenzen klinischer Entlassplanung. Implementierungsbarrieren werden diskutiert. Neben einer gut ausgebauten kommunalen Übernahmestruktur und geordneten klinischen Prozessen sind intersektorale Kommunikationsstrukturen eine zentrale Voraussetzung für eine gelingende, transsektorale Versorgung.

Schlüsselwörter

Entlassmanagement, sektorenübergreifende Überleitung, sozialer Interventionsbedarf, kommunale Altenarbeit, häuslicher Unterstützungsbedarf, Krankenhaussozialdienst, kommunale Beratungsstellen

1. Problemhintergrund

Der wachsende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung hat im Setting Krankenhaus zu einem deutlichen Zuwachs von Patienten mit komplexen Problemstellungen geführt. So stieg der Anteil von Patienten mit multimodalen Versorgungsbedarfen innerhalb von 10 Jahren um rund 80 Prozent. Der aktuelle BARMER Krankenhausreport spricht von 2 Millionen Patienten 2015, die neben medizinischen auch pflegerische, soziale und psychische Problemlagen aufweisen (Augurzky et al. 2017):

Die zunehmend ökonomische Orientierung des „Unternehmens Krankenhaus“ führt seit Jahren zu einem erhöhten Patientendurchlauf und damit zu immer kürzeren Verweilzeiten. So reduzierte sich die fallbezogene Dauer eines Krankenhausaufenthaltes innerhalb von 10 Jahren um einen ganzen Tag auf eine mittlere Verweildauer von 7,6 Tagen pro Krankenhausfall (Bitzer et al. 2014): Es ist also zu konstatieren, dass für eine aufwändiger werdende Planung und Organisation der nachstationären Versorgung immer weniger Zeit zur Verfügung steht. Klinikmitarbeitende bezeichnen dies als „Entlassungsdruck“ (Knoll et al. 2018): Entlassung aus dem Krankenhaus können immer seltener als „sanftes Hinausbegleiten“ (Maio 2014: 33) ermöglicht werden.

Es sind vermehrt Einbußen der Versorgungsqualität an der Schnittstelle zwischen Klinik und häuslicher Versorgung zu erkennen. So gab knapp ein Viertel der befragten 858 Pflegekräfte in einer Studie zur Situation der Pflege in hessischen Akuthäusern an, Patienten und ihre Angehörigen nicht in dem erforderlichen Maß auf die Entlassung vorbereiten zu können (Hessisches Sozialministerium 2014): Auch bei den Betroffenen selbst wird diese Problematik wahrgenommen. Die Vorbereitung auf die Entlassung wurde von annähernd der Hälfte der befragten Patienten und deren Angehörigen als größtes Problem im Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung bezeichnet (Stahl, Nadj-Kittler 2013): Insbesondere unzureichende Informationen sowie fehlende praktische Befähigung für die Zeit nach der Entlassung nannte der Großteil der befragten Patienten einer Studie von Hartwig et al. (2008) als maßgeblich für deren Unzufriedenheit. Die Entlassungsplanung älterer Patienten gestaltet sich dann besonders schwierig, wenn Angehörige in der Versorgung fehlen (Victor et al. 2000) oder eine demenzielle Erkrankung vorliegt (Challies et al. 2014):

Es gibt deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit eines personalisierten Entlassmanagements². So fanden Gonçalves -Bradley et al. (2016) überwiegend Belege für die Verringerung der klinischen Verweildauer von Patienten und eine Reduzierung der Wiederaufnahmerate. Hyde et al. (2000) fanden in ihrem systematischen Review deutliche Hinweise darauf, dass die begleitete Entlassung hochaltriger Patienten aus dem Krankenhaus zu einer Reduzierung von Pflegeheimübersiedlungen führt.

Die Politik reagierte auf die an der Sektorengrenze bestehenden Versorgungslücken, in dem sie eine Konkretisierung der schon seit 2007 bestehenden Verpflichtungen zur Regelung einer sachgerechten Anschlussversorgung durch den Rahmenvertrag (RV) Entlassmanagement § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V vornahm. Demnach sind Kliniken seit 1. Oktober 2017 grundsätzlich dazu verpflichtet, jedem Patienten ein individuelles Entlassmanagement anzubieten.

2. Motive kommunalen Handelns an der Sektorengrenze

Vor dem Hintergrund der kommunalen Verantwortung zur Daseinsvorsorge, die sich aus Artikel 28 Absatz 2 des Grundgesetzes (GG) ableitet, hat eine Kommune dafür zu sorgen, dass ihren Bürgerinnen und Bürgern benötigte Hilfen zur Verfügung stehen und dass sie in die Lage versetzt werden, diese auch in Anspruch nehmen zu können. Ziel ist dabei immer die Ermöglichung und der Erhalt von Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Hinzu kommt der gesetzliche Auftrag der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII. Demnach soll Kommune dazu beizutragen, *„Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“*.

Alle von der Kommune erbrachten Leistungen im Bereich der Altenhilfe bauen dabei auf den im Sozialgesetzbuch XII festgelegten Grundsätzen auf:

- „ambulant vor stationär“: Vor der Inanspruchnahme von vollstationären Leistungen sollen ambulante und teilstationäre Hilfen ausgeschöpft werden (§ 13 SGB XII):
- Vorrang von Prävention und Rehabilitation: Die Kommune soll sicherstellen, dass präventive und rehabilitative Maßnahmen gegenüber pflegerischen Maßnahmen vorrangig in Anspruch genommen werden (§14 SGB XII):
- Nachrang der Sozialhilfe: In ihrer Funktion als örtlicher Sozialhilfeträger obliegt es der Kommune sicher zu stellen, dass Sozialhilfe erst nach Einsatz von privatem Vermögen und der Leistungen vorrangiger Träger, wie der Kranken- und Pflegeversicherung, gewährt wird (§ 2 SGB XII):

2 Der Konzeptskizze Entlassmanagement des aQua-Instituts (2014) folgend gibt es vier Indikatoren für ein gelungenes Entlassmanagement: keine ungeplante Wiederaufnahme im Krankenhaus, keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung, keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung und der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess.

Es ist anzunehmen, dass unter den beschriebenen Bedingungen in den Kliniken Entscheidungen für die weitere Versorgung oftmals ohne gründliche Prüfung aller teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten getroffen werden. Diese Vermutung wird gestützt durch eine Entwicklung, die seit einigen Jahren zu beobachten ist: In den letzten Jahren zieht eine wachsende Anzahl von Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Pflegeeinrichtung um. So erfolgte 2010 jeder Vierte (26%) Pflegeheimneueinzug direkt aus der Klinik (Infratest Sozialforschung 2010): Diese Entwicklung widerspricht allen Aufträgen und Grundsätzen der Kommune.

Insbesondere vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auf kommunaler Ebene durchaus Steuerungsmöglichkeiten und Gestaltungsräume bestehen, die übereilten Heimaufnahmen entgegen wirken können (Knaup 2018): Daher besteht ein Interesse der Kommune zum einen darin, dass rehabilitative und geriatrische Potenziale auch im Rahmen der Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt systematisch zugänglich gemacht und im Hinblick auf den Selbständigkeitserhalt genutzt werden können. Zum anderen müssen die Möglichkeiten des ambulanten und teilstationären Unterstützungssektors sinnvoll koordiniert und ausgeschöpft werden.

3. Situation in Wiesbaden

In Wiesbaden stellen die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter das zentrale Instrument zur Sicherung dieser übergeordneten kommunalen Ziele dar. Als sozialer Dienst der Landeshauptstadt Wiesbaden ist es ihre Aufgabe, Menschen ab 60 Jahren und deren Angehörigen Wege und Möglichkeiten zur Erhaltung einer selbständigen Lebensführung aufzuzeigen. Die Sozialarbeiter in den dezentral organisierten Beratungsstellen arbeiten stadtteilorientiert und zugehend. Ihr Aufgabenspektrum umfasst neben der kostenfreien und trägerunabhängigen Beratung insbesondere die Regelung der Finanzierung, Organisation und Koordination von Hilfe- und Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich. Beim Aufbau tragfähiger Versorgungssettings kooperieren die Beratungsstellen eng mit Akteuren des Gesundheitswesens – insbesondere Hausärzten und ambulanten Pflegediensten. Gestützt auf ihre Einblicke in die Wiesbadener Seniorenhaushalte geben die Mitarbeitenden der Beratungsstellen regelmäßig Hinweise auf problematische Lebenssituationen älterer Bürger. Diese Rückmeldungen aus dem Beratungsstellenalltag weisen auf mögliche Handlungsbedarfe der kommunalen Altenhilfeplanung hin.

Die Kommune fördert seit vielen Jahren systematisch den Aufbau vernetzter Strukturen zwischen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens im Rahmen des „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ – kurz „GeReNet.Wi“. Das Netzwerk ist inzwischen verstetigt und einschließlic der wissenschaftlichen Begleitung regelhafter Bestandteil der kommunalen Altenarbeit (Schönemann-Gieck, Weber 2016): Die Arbeit im GeReNet.Wi wird von einem Beirat begleitet, in dem neben den Leistungs-

erbringern aus Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit und Therapie auch Leistungsträger und Politik vertreten sind.

Eine besondere Herausforderung stellt im GeReNet.Wi seit Jahren die interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Versorgungsbereich dar. Hier an der Sektorengrenze zwischen Klinik und Nachsorge ist der Handlungsbedarf für die Sicherstellung einer guten Kooperation besonders hoch.

Auch in Wiesbaden besteht der Trend einer Zunahme alleinlebender Personen hoher Altersgruppen und einer steigenden Zahl von demenziell Erkrankter (Knaup 2014): Damit wächst die Zahl von Menschen mit spezifischen Vulnerabilitäten und Versorgungsbedarfen. Im Pflegebericht wird der Übergang zwischen dem Krankenhaus und der eigenen Häuslichkeit als besonders kritischer Versorgungsbereich beschrieben (ebd.):

Die Kommune Wiesbaden initiierte im GeReNet.Wi bereits zahlreiche Maßnahmen, zur Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle Krankenhaus / nachsorgendes System:

- Mit der „Notfall-Karte“, die mit der Krankenversichertenkarte mitgeführt wird, werden z. B. bei Krankenhausaufnahme wichtige persönliche Angaben und in deren Versorgung involvierte Ansprechpartner (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst etc.) übermittelt. Die Notfallkarte wurde inzwischen über 7000 mal über das Amt für soziale Arbeit ausgegeben.
- Als Hilfe für Patienten wurden Checklisten für die Vorbereitung eines Krankenhausaufenthaltes und für die Entlassung entwickelt.
- Um strukturelle und personelle Veränderungen in Kliniken und Nachsorge zeitnah zu kommunizieren, finden seit Jahren jährlich Kooperationsgespräche zwischen den Wiesbadener Kliniken und den kommunalen Beratungsstellen statt.
- Seit 2007 wird das im GeReNet.Wi entwickelte Instrument „Info-Fax“ zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Kliniksozialdiensten und Beratungsstellen bei der Klinikaufnahme oder Entlassung von Risikopersonen genutzt.

Doch trotz zahlreicher Maßnahmen zur Verbesserung der Überleitung nach Klinikaufenthalt zeigten sich in einer zweimonatigen Vollerhebung aller Nachsorgefälle der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter immer wieder deutliche Hinweise auf Defizite in der Überleitung älterer, hilfebedürftiger Menschen aus dem Krankenhaus zurück in die eigene Häuslichkeit. Etwa jede dritte Überleitung wurde von den Beratungsstellen als nicht optimal bewertet – insbesondere dann, wenn die entsprechenden Mitarbeitenden nicht oder erst spät eingeschaltet worden waren. Weiterhin wurden Fälle beschrieben, bei denen keine oder nur unzureichende Hilfen zu Hause installiert wurden, was dann zu einer Unterversorgung der Klienten und Überforderung der Angehörigen führte. Schließlich wurden Situationen dokumentiert, in denen bereits aktive Pflegedienste nicht berücksichtigt, sondern neue Dienste eingeschaltet worden waren. Überleitungen wurden v. a. dann als „nicht gelungen“ bewertet, wenn kein Sozial-

dienst oder Case-Management eingeschaltet worden war (Schönemann-Gieck, Weber 2014): Aus kommunaler Perspektive erschien es an diesem Punkt notwendig, die Anforderungen an das nachsorgende System aus der Perspektive der Krankenhäuser in den Blick zu nehmen.

Deshalb beauftragte das Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg mit der Durchführung der „Studie zur Verbesserung der Überleitung aus dem Krankenhaus“. Zielsetzung der Studie war es, Probleme aus Sicht der Klinik zu identifizieren und daraus Handlungsbedarfe für eine bessere Überleitung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt abzuleiten. Alle drei Akutkliniken vor Ort konnten für die Untersuchung gewonnen werden und qualitative Experteninterviews mit 40 Professionellen aus Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit geführt werden. Die Ergebnisse belegten deutlich, dass nichtmedizinische, soziale und versorgungsstrukturelle Faktoren einen zunehmenden Stellenwert in der klinischen Versorgung einnehmen und Kliniken und deren Mitarbeitende unter Druck setzen. Es wurden verschiedene strukturelle und patientenbezogene Barrieren aus Sicht der Kliniken geschildert, die zu einer ambulanten Unter- oder Fehlversorgung nach dem Klinikaufenthalt führen können (Schönemann-Gieck 2017):

Das Projekt 2016-2018

Diesen Hinweisen wurden im Rahmen des Projektes „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ nachgegangen.

Das Projekt wird als regionales Gesundheitsnetz durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration von Mai 2016 bis Ende 2018 gefördert. Träger ist das Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden, die wissenschaftliche Begleitung obliegt dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Entwicklungs- und Abstimmungsvereinbarungen werden in einem multiprofessionellen Nachsorgezirkel umgesetzt, in dem die drei Akutkliniken Wiesbadens, Dienste des nachsorgenden Systems (Altenhilfe und Gesundheitswesen), die wissenschaftliche Begleitung und das Projektteam der Kommune vertreten sind. Die Moderation obliegt einem Vertreter der Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit. Die Aufgabenfelder der Mitglieder des Nachsorgezirkels sowie Art und Umfang deren Zusammenarbeit sind verbindlich in einer Kooperationsvereinbarung geregelt. Übergeordnetes Projektziel ist die „Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements für ältere Patienten mit Unterstützungsbedarfen aus dem sozialen Bereich“. Zur Umsetzung des Vorhabens wurden vier Teilziele definiert (vgl. Abbildung 1):

Teilprojekt 1 zielt darauf ab, Bürger auf mögliche Klinikaufenthalte vorzubereiten und ihre persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Hilfs- und Pflegebedürftigkeit anzuregen. Hierfür wurde eine Bürgerveranstaltung mit Vorträgen z. B. zur rechtlichen und pflegerischen Vorsorge, zu Neuerungen im klinischen Entlassmanagement, zur ambulanten und stationären notärztlichen Versorgung durchgeführt und verschiedene Informationsmaterialien erstellt.

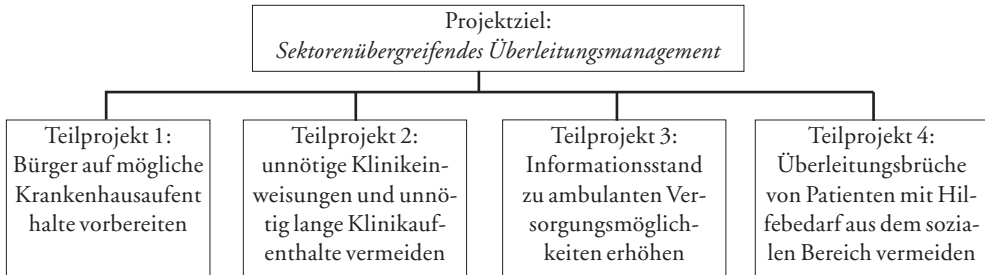


Abb. 1: Ziele im Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“

Teilprojekt 2 beinhaltet Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Klinikeinweisungen aufgrund akuter häuslicher Versorgungsprobleme. Um prekäre häusliche Situationen frühzeitig identifizieren zu können, wurde eine Kooperationsverfahren zwischen Rettungswesen und kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter entwickelt.³ Weitere geplante Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Klinikaufenthalte sind ein Pflegenotruf insbesondere nachts und außerhalb der Geschäftszeiten bei akuter pflegerischer Unterversorgung von Personen ohne bestehende Anbindung an einen Pflegedienst. Ebenso in der Planungsphase befindet sich die Umsetzung von stationären Notfallpflegebetten.

Teilprojekt 3 umfasst Maßnahmen, mit denen der Informationsstand Professioneller zu ambulanten Versorgungsmöglichkeiten verbessert werden soll. Durch Schulung von Klinikpersonal und Hausärzten sowie die Bereitstellung entsprechender Informationsmaterialien wird über ambulante Hilfen und Versorgungsmöglichkeiten informiert und so deren vorrangige Vermittlung gefördert.

Teilziel 4 sieht vor, Versorgungsbrüche von Patienten mit sozialen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen zu vermeiden. Die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines sektorübergreifenden Verfahrens zur Identifikation und Überleitung von Patienten mit Hilfebedarfen aus dem sozialen Bereich stellt den zeitlichen und inhaltlichen Schwerpunkt der Projektarbeit dar und ist Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitforschung. Da sich hier aus kommunaler Sicht erhebliche Steuerungsmöglichkeiten ergeben, wird das Konzept, dessen Implementierung und erste Ergebnisse der Evaluation an dieser Stelle genauer ausgeführt.

4. Überleitungsverfahren für Patienten mit sozialen Hilfebedarfen

Wie bereits ausgeführt stellen Patienten mit sog. „sozialer Indikation“ im medizinisch ausgerichteten Klinikbetrieb eine besondere Herausforderung dar. Ziel des sektorüber-

3 Erste Auswertungen sind vielversprechend. Die Rettungsdienste nehmen das neue Verfahren gut an und geben regelmäßig Meldungen akuter sozialer Bedarfe an die Sozialarbeiterinnen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter weiter. Anlässe sind vorwiegend unterversorgte Haushalte, Verwahrlosung/Vermüllung der Wohnung und Hinweise auf soziale Isolation. In wieweit das Ziel der Vermeidung von Klinikaufenthalten erreicht werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht zu beantworten.

greifenden Verfahrens ist es, entsprechenden Patienten nach ihrem Klinikaufenthalt einen lückenlosen Zugang zu entsprechenden sozialen Hilfe- und Unterstützungsleistungen im ambulanten Bereich zu garantieren. Zentrale Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitung wurden wie folgt formuliert:

- Welche Handlungsmöglichkeiten obliegen der kommunalen Altenhilfe im Kontext intersektorale Versorgung? Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um die Versorgung insbesondere für alte, ressourcengeschwächte Patienten zu verbessern?
- Kann es gelingen, Risikopersonen mit sozialen Handlungsbedarfen bereits in der Klinik zu erfassen, entsprechende Hilfen bereits im Krankenhaus einzuleiten, und wie kann eine systematische Übergabe an den nachstationären Bereich organisiert werden? Welche Handlungsbedarfe zeigen sich bei den Risikopersonen nach der Entlassung und in wieweit können diese im häuslichen Setting aufgegriffen werden?
- Welche Barrieren zeigen sich bei der Implementierung und welche Aussagen können über die Wirksamkeit eines solchen Verfahrens getroffen werden?

Zielgruppe

Innerhalb des Nachsorgezirkels wurden zunächst die Einschlusskriterien für die Zielgruppe des Verfahrens bestimmt. Fallanalysen aus der Praxis und theoretische Inputs der Wissenschaft⁴ bildeten die Grundlage für die Operationalisierung des sozialen Überleitungsbedarfs. Folgende Merkmale wurden als Einschlusskriterien für das Verfahren festgelegt (vgl. Abbildung 2):

Patienten ab 65 Jahren, die nach Hause entlassen werden sollen und mindestens einen der drei folgenden Unterstützungsbedarfe aufweisen:

1. Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson (Kümmerer)
z. B. keine verfügbaren Angehörige, Nachbarn oder andere Bezugspersonen, keine Anbindung an professionelle Dienste
2. *Erkrankung mit daraus folgender Beeinträchtigung der Versorgung*
z. B. hauswirtschaftlicher oder pflegerischer Bedarf, Hilfsmittelbedarf
3. *unklare häusliche Versorgungssituation*
z. B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf

Abb. 2: Operationalisierung des sozialen Überleitungsbedarfs (Einschlusskriterien der Patienten)

Das Verfahren wurde unter Beteiligung der Klinikvertreter und Beratungsstellen entwickelt und abgestimmt. Die Zustimmung der Patienten zur Teilnahme erfolgte im Rahmen der allgemeinen Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement. Die Über-

⁴ Als Grundlage der Zielgruppendefinition war es zunächst notwendig, eine Operationalisierung des Begriffs „sozialer Handlungsbedarf“ vorzunehmen. Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (WHO 2001) wurde dabei als hilfreiches Denkmodell eingebracht, da sich auch soziale Handlungsbedarfe immer aus einem Zusammenspiel persönlicher und umweltbezogener Faktoren (Kontextfaktoren) ergeben, die sowohl positiv als auch negativ wirken können.

mittlung personenbezogener Informationen wurde ohne weitere Vorbehalte der einbezogenen Datenschutzbeauftragten der Kliniken genehmigt.⁵

Verfahrensschritte

Dem Idealtyp einer Intervention⁶ folgend umfasst das Verfahren zur sozialen Überleitung (SÜV) vier Verfahrensschritte (vgl. Abbildung 3):

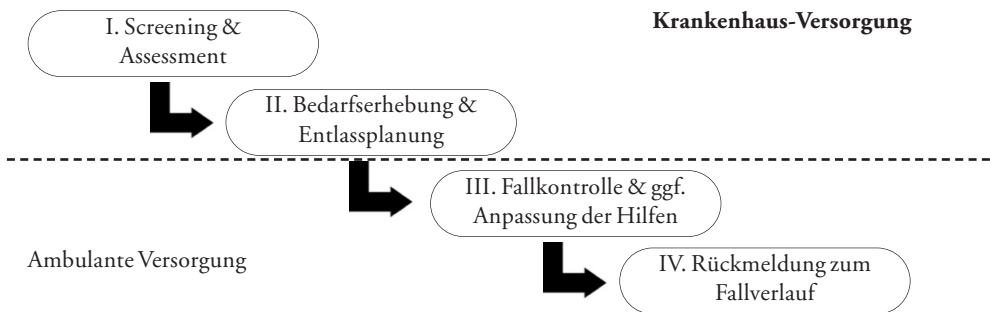


Abb. 3: sektorenübergreifendes Verfahren zur sozialen Überleitung

In Anlehnung an die Einschlusskriterien erfolgt auf den ausgewählten Stationen das Screening nach Patienten mit sozialem Überleitungsbedarf. Die Identifikation der Risikopersonen wurde in den Kliniken unterschiedlich personell verortet (Stationsarzt, Physician Assistances und als multidisziplinäre Entscheidung in Frühbesprechungen): Bei Zustimmung zur Teilnahme erfolgte ein Assessment zur sozialen Situation (I):⁷ Die Entlassplanung in der Klinik (II) oblag in allen drei Kliniken den Mitarbeitenden des Kliniksozialdienstes. Dieser beriet Patienten, seine Angehörigen und ggf. gesetzlichen Vertreter zu Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Häuslichkeit und organisierte die abgesprochenen Maßnahmen. Die Fallübergabe an der Sektorengrenze wurde wie folgt festgelegt: Der Kliniksozialdienst schaltet spätestens 24 Stunden vor Entlassung die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter ein – in der Regel telefonisch oder per Info-Fax. Diese nimmt spätestens am zweiten Werktag nach Entlassung Kontakt zum Patienten bzw. seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern auf und organisiert noch fehlende Hilfen (III): In Einzelfällen kann es jedoch notwendig sein, dass ein/e Mitarbeitende der Beratungsstelle den Patienten vor seiner Entlassung in der Klinik besucht und die Situation mit dem/der Patient/in im Krankenhaus bespricht. Da dies mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand für die Mitarbeitenden dort verbunden ist und auch nur unter bestimmten Bedingungen einen Nutzen für die Überleitung des Patienten verspricht,

5 In Anlage 1a des Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 17.10.2016 erklären Patienten ggf. ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung.

6 vgl. „Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock 1995)

7 Die Erhebung der sozialen Situation oblag in einer Klinik dem Pflegepersonal, in einer anderen dem Stationssekretär und in einer Klinik dem Sozialdienst.

wurden die Kriterien für einen Beratungsbesuch in den Kliniken genau definiert. Die bereits in der Klinik einzuleitenden sozialen Hilfen wurden konsentiert.⁸ Etwa zwei Wochen nach Entlassung beurteilt die Beratungsstelle erneut die Stabilität der häuslichen Versorgungssituation und gibt der/m einweisenden Klinikmitarbeitenden Rückmeldung zur Entlassplanung (IV):

Evaluation des Verfahrens

Die Evaluation umfasste sowohl die Implementierung des Verfahrens als auch dessen Wirksamkeit. Als Datengrundlage wurden Instrumente entwickelt, anhand derer personen- und verfahrensbezogenen Informationen erhoben wurden. Die Auswertung der Überleitungsverfahren stützte sich damit auf vier Messzeitpunkte: Das Assessment (T1) umfasste die Einschätzung des poststationären sozialen Bedarfs auf Grundlage der funktionellen, verhaltensbezogenen und kognitiven Situation des Patienten sowie der Ressourcen und Barrieren in der häuslichen Versorgung.⁹ Während des Evaluationszeitraums dokumentieren die Beratungsstellen jede Kliniküberleitung direkt nach der Entlassung (T3)¹⁰ sowie erneut nach 14 Tagen (T4): Dabei wurde erfasst, ob in der Zwischenzeit weitere Kontakte zum Klienten erfolgt waren. Ebenso wird vermerkt, ob und warum empfohlene Maßnahmen durch den Patienten oder seine Angehörige abgelehnt wurden und ob in den folgenden Wochen weitere Kontakte notwendig erschienen.

Implementierung

Das Verfahren wurde im November 2017 in den Kliniken eingeführt. Über die Auswahl der Stationen, in denen das Verfahren zunächst erprobt werden sollte, entschieden die Kliniken selbst. Ebenso wurde den Kliniken bezüglich der Festlegung personeller Zuständigkeiten für das Screening und die Bedarfserhebung keine festen Vorgaben gemacht, um bereits bestehende klinikinterne Strukturen im Entlassmanagement berücksichtigen zu können. Um eine Stichprobe von 70 kompletten Überleitungsfällen zu erreichen, wurden von der Wissenschaft 150 identifizierte Personen avisiert.¹¹ Aufgrund geringer Rückläufe wurde zunächst mit einer Ausweitung des Erhebungszeitraums reagiert und weitere Stationen hinzugenommen. Die Schwierigkeiten bei der

8 So wurde festgelegt, dass folgende Hilfen aus dem sozialen Bereich möglichst bereits in der Klinik einzuleiten sind: Hilfsmittel, Pflegedienst, Haushilfe, Eilbegutachtung für Pflegegrad, Hausnotruf, Essen auf Rädern, Hilfeangebote in sozialen Notlagen, Kurzzeitpflege, 24-Stunden-Betreuung, Eilanträge zur gesetzlichen Betreuung, SAPV.

9 Neben Informationen zum Klinikaufenthalt wurden zu T1 Daten zur präklinischen Versorgungssituation, bereits in Anspruch genommene Hilfeleistungen und Informationen zur aktuellen funktionellen und kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten erhoben. Weiterhin werden Barrieren im Wohnumfeld und weitere versorgungsbezogene Informationen (z.B. zu versorgenden Angehörigen oder Haustieren) erfasst.

10 Die Beratungsstelle dokumentiert den Tag die Art der Kontaktaufnahme zum Klienten und schätzt dessen Versorgungsstabilität anhand einer vierstufigen Skala ein. Sie dokumentieren zudem die Beratung zu und Einleitung einzelner Hilfen.

11 Die der Hochrechnung zu Grunde gelegte Drop-Out-Quote von gut 50% orientiert sich an Erfahrungen im GeReNet.Wi I (Haas, Schönemann-Gieck & Weber 2007).

Implementierung des Verfahrens in den Klinikbetrieb wurden im Nachsorgezirkel erörtert und teilweise mit Überleitungen in die Geriatrie begründet.

Die Einbindung der Physician Assistances in die Datenerhebung war aufgrund der zeitlichen Ressourcen zunächst als sinnvoll erachtet worden. Es stellte sich jedoch im Laufe der Evaluationsphase heraus, dass sie eine Doppelstruktur zum bestehenden Entlassmanagement durch die Kliniken darstellten und eine Weiterleitung der Bögen an die Beratungsstellen nicht erfolgte. Da zudem die erforderlichen Kenntnisse zum Entlassmanagement oft nicht vorlagen, wurden viele Erhebungsbögen nur unvollständig ausgefüllt. Weiter wurden Probleme in der Konfigurierung des Klinikinformationssystems als Implementierungsbarriere genannt. So konnte die Datenerfassung nicht wie vorgesehen in die EDV integriert werden.

Auch die Aufnahme von Patienten der Notaufnahme auf Stationen, die nicht am Verfahren teilnahmen, Verlegungen auf andere Stationen und sog. „Spontanentlassungen“ führten nach Angaben der Klinikmitarbeiter dazu, dass Patienten im Verfahren „verloren gingen“ und keine geordnete Überleitung von Kliniksozialdienst zu Beratungsstelle erfolgen konnte.

Evaluation des Verfahrens

In der 9-monatigen Evaluationsphase rekrutierten die Kliniken 50 Patienten. Im gleichen Zeitraum dokumentierten die Beratungsstellen 35 Fälle direkt nach einem Klinikaufenthalt und führten eine Überprüfung der Versorgungslage 14 Tage nach Entlassung durch. Lediglich zehn Patienten konnten über alle vier Messzeitpunkte hinweg verfolgt werden (Tabelle 1):

T1 Grunddaten der Klinikpatienten	T2 soziale Entlass- planung	T3 Nachsorge durch BSen	T4 Stabilitätskontrolle nach 14 Tagen	
10	10	10	10	komplette Fälle (n=10)
40	40	-	-	nur Klinikdaten (n=40)
-	-	25	25	nur Nachsorgedaten (n=25)
Klinikdaten (n=50)		Nachsorgedaten (n=35)		

Tab. 1: Datengrundlage der Evaluation (Stichprobe)

Die Auswertung beziehen sich somit auf 50 in den Kliniken erhobenen Datensätze und 35 Patienten, die nach Klinikaufenthalt von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter erfasst wurden.

71% waren weiblich, das Durchschnittsalter bei Klinikentlassung lag bei $81 \pm 8,1$ (61-96) Jahren. 80% der Aufnahmen war notfallmäßig erfolgt, d. h. nur jede fünfte Aufnahme erfolgte elektiv, d. h. geplant. Die Aufenthalte im Krankenhaus dauerten im Mittel 14,8 ($\pm 8,2$; 0-32) Tage; fast zwei Drittel der Patienten wiesen eine mindestens dreifach erhöhte Verweildauer auf. Die Auswertung der Patientendaten zeigte deutlich

die hohe physische und psychische Vulnerabilität der ausgewählten Patienten: Mit fast drei Vierteln (73,5%) litt der Großteil der Stichprobe unter funktionellen Problemen aufgrund von Einschränkungen der Mobilität, Beweglichkeit oder Kontinenz. Kognitive Einschränkungen oder Auffälligkeiten wie Orientierungs-, Gedächtnisstörungen, gestörtes Planen von Handlungsabläufen etc. lagen aus Sicht der Klinikmitarbeitenden bei über der Hälfte (53,1%) der Patienten vor. Depressive Verstimmung, Apathie, Aggressivität, Hin-/Weglaufendenzen etc. wurden unter der Rubrik „Verhaltensauffälligkeiten“ gefasst und bei knapp einem Drittel (29,2%) der rekrutierten Personen beobachtet. Zudem war bei jedem fünften Patienten (20,4%) die Auskunftsfähigkeit eingeschränkt – vorwiegend aufgrund demenzieller Veränderungen, teilweise waren Sprachbarrieren verantwortlich. Mit fast 90% lag der Anteil von Patienten, die laut Klinik über eine „Bezugsperson“ bzw. eine „Pflege“ verfügt, auffallend hoch. Die Analyse der beschriebenen Aufgabenbereiche der Personen zeigte jedoch, dass die Klinikmitarbeitenden unter einem „Kümmerer“ eher eine Kontaktperson oder einen rechtlichen Vertreter fassten und weniger eine handlungsfähige und handlungsbereite Pflegeperson für die nachstationäre Phase.

Die Einschaltung der Beratungsstellen erfolgte überwiegend durch den Kliniksozialdienst (71,4%), teilweise auch durch Angehörige bzw. den Patienten selbst oder über einen ambulanten Pflegedienst (je 14,3%): Der Kontakt zu den Patienten wurde zunächst überwiegend in Form eines Telefonanrufs initiiert (59,4%), in gut jedem dritten Fall führten die Beratungsstellen direkt einen Hausbesuch im Haushalt des Patienten durch. In einem Fall wurde ein Beratungsbesuch in der Klinik vorgenommen, bevor der Patient entlassen wurde.

Haupttätigkeitsfelder der Beratungsstellen innerhalb der ersten zwei Wochen nach Klinikaufenthalt waren die Beratung und Einleitung ambulanter Pflege- und Hauswirtschaftsdienste (58,3%), Unterstützung und Beratung bei der Beantragung finanzieller Hilfen (42,9%), die Einleitung einer Pflegebegutachtung (41,7%) und die Unterstützung bei rechtlichen Vorsorgemaßnahmen (38,9%): Weitere Tätigkeitsfelder der Sozialarbeiter waren die Klärung von Wohnungsangelegenheiten und die Organisation von Grundreinigungen sowie die Unterstützung bei Anträgen und sonstigem Schriftverkehr. In etwa einem Viertel der Fälle (24,2%) wurde von Seiten der Beratungsstellen Kontakte zum Hausarzt aufgenommen – überwiegend um Verordnungen oder ärztliche Bestätigungen zu organisieren.

Bei fast zwei Drittel der Patienten (59,4%) schlossen sich nach dem Erstkontakt durch die Beratungsstellen noch weitere Telefonate oder Hausbesuche an. In knapp einem Drittel der Fälle (32,1%) wurde die Versorgungsstabilität durch die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen auch zwei Wochen nach Entlassung aus der Klinik noch als eher oder sehr instabil bewertet. Fast bei drei Vierteln der Patienten (77%) waren fest weitere Beratungskontakte mit den Klienten besprochen. Nur bei jedem zehnten Fall konnte die Nachsorge innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen werden.

5. Diskussion der Befunde und abschließendes Fazit

Im Rahmen des Projektes GeReNet.Wi 3 wurde ein strukturiertes Entlassmanagement für Patienten mit sozialen Bedarfen entwickelt. Diese Zielgruppe stellt eine bislang wenig beachtete Patientengruppe dar. Gängige Konzepte zum Entlassmanagement berücksichtigen soziale Bedarfe nicht systematisch, obwohl sie in Kliniken ein entlassungsverzögerndes Element darstellen. Die im Verfahren rekrutierten Personen verbrachten durchschnittlich über zwei Wochen in den Kliniken und wiesen damit eine mehr als doppelt so lange Verweildauer auf als andere Patienten im gleichen Jahr (DESTATIS 2016):

Das vorliegende Verfahren ist komplementär zur Pflegeüberleitung zu sehen. Für Personen mit Pflegebedarf liegt mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement seit Jahren eine Verfahrensempfehlung zur Überleitung vor (DNQP 2009): Der Expertenstandard setzt jedoch eine Anbindung an einen ambulanten Dienst oder eine stationäre Pflegeeinrichtung und damit eine zuständige Pflegefachkraft im poststationären Setting als Ansprechpartner voraus und empfiehlt aufgrund des manifesten Pflegebedarfs „*dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt*“ (ebd. 11)¹². Die im Verfahren soziale Überleitung avisierte Patientengruppe zeichnete sich jedoch dadurch aus, dass überwiegend (noch) keine Pflegeversicherungsleistungen bezogen wurden und sozialarbeiterische Aufgaben im Entlassmanagement dominierten (DVSG 2015): Schulz-Nieswandt folgend ist das vorliegende Konzept also dem „*No Care-Zonen-Bereich*“ zuzuordnen, „*wo SGB XI-Leistungen nicht wirksam sind*“ (ebd. 2018: 33):

Die Implementierung des Verfahrens stellte eine hohe organisatorische und technische Herausforderung im Klinikalltag dar. Nach Kraus (2016) ist die standardisierte Umsetzung des Entlassmanagements mit dem Fokus Patientenorientierung „*bereits jetzt schon in der internen Prozessgestaltung eine erhebliche Herausforderung*“ (ebd.: 37): Doch trotz eingeschränkter Datenbasis leisten vorliegende Befunde und Erfahrungen einen relevanten Beitrag zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vulnerabler Patienten:

- Die Rekrutierung der Patienten wurde durch die zeitgleiche Umsetzung des RV Entlassmanagement dahingehend erleichtert, als die Klinik von jedem Patienten bereits bei Klinikaufnahme das schriftliche Einverständnis zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenverarbeitung einholt. Unklar ist allerdings bislang, wie mit Ablehnungen des Entlassmanagements umzugehen ist. Insbesondere vor dem Hintergrund der hier beschriebenen Patientengruppe mit teilweise geringer Adhärenz Hilfe- und Unterstützungsangeboten gegenüber besteht hier weiterer Evaluations- und ggf. Handlungsbedarf.

12 Pflegefachkräfte haben auch im Verfahren soziale Überleitung eine wichtige Rolle. Wie auch im Expertenstandard Entlassungsmanagement ist die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zum Patienten und ihren Angehörigen für das Screening von Patienten mit poststationären Bedarfen im häuslichen Umfeld zuständig. Allerdings zeigten sich im vorliegenden Projekt deutlich die begrenzten zeitlichen Ressourcen im Pflegealltag. Die personelle Anspannung führte zudem zu kurzfristigen Einsätzen auf anderen Stationen und damit insgesamt zu einer Abnahme längerfristiger Patientenkontakte (Flagg 2015).

- Auch wenn die Identifikation anhand der im Projekt entwickelten Einschlusskriterien gut funktionierte, so stieß die Meldung dieser Risikopersonen an den Sozialdienst häufig an organisatorische Grenzen. Insbesondere die mangelnde Flexibilität des Klinikinformationssystems begrenzte hier die automatische Weitergabe der Information. Dort wo der Sozialdienst an den täglichen Besprechungen auf Station eingebunden war, bestand diesbezüglich kein Problem. Hier waren vielmehr Kapazitäts- und Zuständigkeitsgrenzen des Sozialdienstes bei Verlegung bereits identifizierter Patienten auf andere Stationen dafür verantwortlich, dass Patienten „aus dem Verfahren fielen“.
- Es zeigte sich zudem, dass insbesondere dann, wenn Patienten sich gänzlich unvorbereitet und erstmalig mit dem eigenen Hilfe- und Pflegebedarf auseinandersetzen müssen, notwendige Hilfen zunächst abgelehnt werden. Aufgrund mangelnder Antizipationsfähigkeit des postklinischen Unterstützungsbedarfs, Verdrängung des eigenen Hilfebedarfs oder durch Scham, Unwissenheit oder anderen Gründe können zu poststationärer Unterversorgung führen. Es wurde deutlich, dass die Annahme von Hilfen vielfach nicht einer spontanen Entscheidung zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gleichkommt, sondern vielmehr einem zeitaufwändigen Prozess, der mit entsprechenden Beratungsangeboten flankiert sein sollte.
- Nach Fallübernahme durch die Beratungsstellen offenbarten sich in den meisten Fällen (noch) deutliche Defizite in der häuslichen Versorgung. Es erforderte der Intervention durch die Beratungsstellen, um die in der Entlassplanung als notwendig erachteten Hilfsmaßnahmen abzuschließen. Teilweise offenbarten sich im häuslichen Setting auch neue Hilfebedarfe, die dann erst aufgegriffen werden konnten.

Die Kliniktür stellt für viele Akteure innerhalb des Krankenhauses das Ende des eigenen Zuständigkeits- und Einflussbereichs dar. Eine Vernetzung kann jedoch nur gelingen, wenn ein gegenseitiges Verständnis zwischen Kliniken und Nachsorge gefördert wird. Kommunen haben durch ihre trägerübergreifende Position die Möglichkeit und Aufgabe, interdisziplinäre Vernetzungsprozesse anzuregen, zu moderieren und so den intersektoralen Austausch im Hinblick auf eine bestmögliche Versorgung vulnerabler Patientengruppen anzuregen (Schardt et al. 2009): Der Austausch in Gremien wie dem Wiesbadener Nachsorgezirkel ermöglicht es den Akteuren, ein Verständnis für die Arbeit jenseits der Schnittstelle zu entwickeln und damit die Basis für vertrauensvolle Kooperationen über die Sektorengrenze hinweg aufzubauen.

Das Entlassmanagement stellt bei der Personengruppe vulnerabler älterer Patienten keine kurzfristige Intervention dar. Wie sich zeigte, war ein Großteil der entlassenen Patienten auch 14 Tage nach der Entlassung noch nicht in einer stabilen Situation und erforderte weitere ambulante Unterstützung. Die Versorgungsqualität an der Sektorenschnittstelle wird bislang überwiegend auf klinikinterne Strukturen fokussiert und Verbesserungsansätze in den Kliniken selbst ansetzen. In der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass auch das Angebot nachsorgender Einrichtungen und Dienste einen hohen Einfluss auf positive Verläufe nach Klinikaufenthalt haben. Außerklinische Versorgungsstrukturen haben nach Herrin et al. (2015) einen großen Einfluss auf die Qua-

lität des Entlassmanagements. Keine ausreichende Berücksichtigung fand bislang der Stellenwert der aufnehmenden Struktur. Im vorliegenden Projekt wird die Verantwortung vom Kliniksozialdienst an die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben übertragen. Diese übernimmt dann die Koordinationsverantwortung im ambulanten Bereich und ist jenseits der Klinik für zuverlässiger Ansprechpartner des Patienten. Das vorliegende Verfahren kommt der Forderung des Sachverständigenrats (SVR-G 2018) nach „Staffelmodellen“ nach, in denen eine stärkere Verbindlichkeit der Koordinationsverantwortung sichergestellt wird.¹³

Fazit

Im vorliegenden Projekt hat eine Kommune diesen Auftrag übernommen und verlässliche Annahmestrukturen für die Überleitung von Patienten mit sozialem Handlungsbedarf geschaffen. Der Systematik Schulz-Nieswandts (2018) folgend, könnte man von einem mehr-poligen Brückenmodell sprechen, dass bei ausreichender Adhärenz mit einer optimalen Vernetzung der Patienten in seiner Häuslichkeit abschließt. Aufgrund der Erfahrungen im Projekt können drei Faktoren als maßgeblich für eine gute Überleitung von Menschen mit sozialen Bedarfen genannt werden.

Erstens muss die Klinik die Identifikation der Risikopersonen sowie deren Übergabe an die Nachsorge gewährleisten. In Anbetracht der besonderen Vulnerabilität der Zielgruppe erfordert dies besondere personelle Kapazitäten und zeitliche Ressourcen. Eine stärkere Beachtung der krankenhausinternen Strukturen und Abläufe ist dabei notwendig.

Zweitens ist es zugleich kommunaler Auftrag wie auch größte Herausforderung in der Altenhilfe, ambulante Versorgungsstrukturen zu entwickeln und auszubauen, die eine verlässliche Weiterversorgung der entlassenen, vulnerablen Patienten vor Ort gewährleisten können (Übernahmestruktur):

Drittens muss die Zusammenarbeit von Akteuren in Klinik und Nachsorge ermöglicht und von beiden Seiten gefördert werden. Das Entlassmanagement ist nicht als lediglich den Kliniken oktroyierte Pflicht zu betrachten, sondern stellt vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

Literatur

- Augurzyk, B.; Hentschker, C.; Pilny, A.; Wübker, A. (2017): Krankenhausreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 4
- Challies, D.; Hughes, J.; Xie, C.; Jolley, D. (2014): An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *Int. Journal of Geriatric Psychiatry* 29, 160-168

13 Der SVR-G empfiehlt in seinem Gutachten 2018 die Schaffung Staffelmodellen, in denen die Hauptverantwortung der Koordination gleich einem Staffeltab an einen anderen Leistungsträger übergeben wird.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg; 2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des DNQP. Osnabrück.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. 3. Neuauflage 2015
- Flagg, A. J. (2015): The role of patient-centered care in nursing. *Nurs Clin North Am.* 50 (1): 75–86
- Gonçalves-Bradley, D.C.; Lannin, N.A.; Clemson, L.M.; Cameron, I.D.; Shepperd, S. (2016): Discharge planning from hospital (Review): *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art. No.: CD000313. Wiley, Sons & Ltd.
- Haas, B; Schönemann-Gieck, P; Weber, J. (2007): 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation. Abschlussbericht, Wiesbaden
- Hartwig, J; Janzen, P; Waller, H. (2008): Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten. *Pflege* 21, 157-162. Bern: Verlag Hans Huber
- Herrin, J; Andre, J; Kenward, K; Joshi, M.S; Audet, A-M. J; Hines, S.C. (2015): Community Factors and Hospital Readmission Rates. *Health Services Research* 2, 50:1, 20-39
- Hyde, Chr. J.; Robert, I.E; Sinclair, A.J. (2000): The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age and Ageing* 29: 271-279
- Knaup, K. (2014): Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen in Wiesbaden bis 2030 - Grundlagenbericht zur Altenhilfeplanung. Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden (Hrsg.): Beiträge zur Sozialplanung Nr. 34 / 2014
- Knaup, K. (2018): Ausgaben und Leistungen der Hilfe zur Pflege 2016 in Wiesbaden. Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden (Hrsg.) Materialien zur Hilfe- und Pflegebedarfsplanung älterer Menschen in Wiesbaden bis 2030. Wiesbaden
- Knoll, M.; Otte, I; Salloch, S; Ruiner, C; Kruppa, E; Vollmann, J. (2018): „Etwas Menschliches ist verloren gegangen“. Erfahrungen leitender Ärzte in Bezug auf das DRG-System – eine qualitativ-normative Analyse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 131–132, Pages 60-65
- Kraus, S. (2016): Über Sektoren hinweg Versorgung verbessern. Neue Regelungen und Auswirkungen auf Schnittstellen und Soziale Arbeit. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* 1, 36-38
- Maio, G. (2014): Gefährdung der Patientensicherheit im Zeitalter der DRGs. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 108, Issue 1, 32-34
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. *Gesundh.-Wes.* 57:140-44
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G 2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018
- Schardt, Th; Weber, J; Schönemann-Gieck, P. (2009): Vom Modellprojekt zur Regeleinrichtung – das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet. *Wi. Deutsches Zentrum für Altersfragen* (Hrsg.) Informationsdienst Altersfragen 04 (36) 2-7
- Schönemann-Gieck, P. (2017): Abschlussbericht zur Studie Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt. Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit (Hrsg.): Download im Internet unter www.wiesbaden.de
- Schönemann-Gieck, P; Weber, J. (2016): Die Bedeutung der Kooperation zwischen Wissenschaft und Kommune für die Implementierung nachhaltiger Versorgungskonzepte am Beispiel des „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“. In: M. Hoben, M. Bär, H.-W. Wahl (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch. Kohlhammer-Verlag
- Schönemann-Gieck, P; Weber, J. (2014) Akutkrankenhaus und kommunale Altenhilfe – wie hängt das zusammen? *FORUM sozialarbeit + gesundheit* 5/2014
- Schulz-Nieswandt, F. (2018): Biberacher 'Unsere Brücke e.V.', Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? *Studien zum sozialen Dasein der Person*, Band 27. Nomos-Verlag
- Stahl, K; Nadj-Kittler, M. (2013): Picker Report 2013 - Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Picker Institut Deutschland gGmbH, Hamburg

Victor, Chr. R; Hon, M. P; Healy, J; Thomas, A; Seargeant, J. (2000): Older patients and delayed discharge from hospital. *Health and Social Care in the Community* 8 (6), 443-452
World Health Organization (2001): „International Classification of Functioning, Disability and Health“

Dr. phil. Petra Schönemann-Gieck, M.A; Dipl.-Gerontologin
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 20, 69120 Heidelberg,
petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de (Korrespondenzanschrift)

Arne Evers, M.Sc.
Stv. Pflegedienstleiter St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Beethovenstraße 20, 65187 Wiesbaden
aevers@joho.de

Iris Groß, M.A; Dipl.-Sozialpädagogin
Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Beratungsstellen für selbständiges
Leben im Alter, Konradinerallee 11, 65189 Wiesbaden, iris.gross@wiesbaden.de

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte seitens der Autoren. Ebenso wurden keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Regina Stolz, Katrin Stopper, Eva Schmedding, Annette Riedel

Beratung von Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten durch qualifizierte Pflegekräfte im Rahmen des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting: erste Projekterfahrungen und Erkenntnisse

Counselling of caring relatives of geriatric patients by qualified nurses within the transition from hospital to home setting: initial experiences and findings

Due to a significant reduction of the mean length of stay in hospitals, the discharge home of a geriatric patient can be a critical juncture in the course of an illness, the patient's ongoing care and for their relatives (Bartholomeyczik 2014: 513). Unprepared discharge leads to a higher risk of expensive rehospitalisation as well as an increased risk of delayed

eingereicht 03.04.2018

akzeptiert 26.07.2018

coping with the disease or delayed (re)attainment of skills for daily life (Wingenfeld 2005/2009, Rothgang et al. 2012 in Menzel-Begemann 2015: 101). The project “accompanied hospital discharge” of the Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen, contributes to the empowerment of family caregivers during transition of their relatives from the hospital back to their own home. By prospectively counselling of the family caregivers and by preparing them for any predictable demands, the project aims at minimizing the interruption of care. The project is supported by the Ministry of Social Affairs of the state Baden-Württemberg.

Keywords

family caregivers, caring relatives, care consultation, education, discharge management, geriatric patients, training concept, advisory concept, geriatric clinic

Aufgrund des deutlichen Rückgangs der Verweildauern in Krankenhäusern kann die Entlassung ins häusliche Setting für geriatrische Patientinnen und Patienten und für deren Angehörige eine kritische Phase – sowohl im Krankheitsverlauf als auch im Versorgungsalltag – darstellen (Bartholomeyczik 2014: 513). Erfolgt die Entlassung unvorbereitet, besteht ein erhöhtes Risiko einer kostenintensiven Wiedereinweisung oder auch die Gefahr der Verzögerung bei der Krankheitsbewältigung bzw. bei der (Wieder-)Erlangung alltagspraktischer Fähigkeiten (Wingenfeld 2005, Wingenfeld 2009, Rothgang et al. 2012 in Menzel-Begemann 2015: 102). Das vom Sozialministerium Baden-Württemberg geförderte Projekt „Begleitete Entlassung“ der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen leistet einen Beitrag dazu, pflegende Angehörige beim Übergang – ihres auf Hilfe und Pflege angewiesenen Angehörigen vom Krankenhaus zurück in die Häuslichkeit – durch eine zugehende Beratung zu stärken, auf die vorhersehbaren Anforderungen dezidiert vorzubereiten und bestenfalls Versorgungsbrüche zu minimieren. Die Erfahrungen aus dem Projekt können konstitutiv sein für vergleichbare Projektvorhaben.

Schlüsselwörter

pflegende Angehörige, Pflegeberatung, Edukation, Entlassungsmanagement, geriatrische Patienten, Schulungskonzept, Beratungskonzept, geriatrische Klinik

1. Einleitung

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen möchte so lange wie möglich im häuslichen Umfeld leben. Angehörige leisten einen maßgeblichen Beitrag dazu, diesen Wunsch zu realisieren (Büscher 2014: 491). Im Jahr 2015 bezogen von den 2,9 Millionen als pflegebedürftig eingestuften Menschen knapp die Hälfte ausschließlich Pflegegeld (1,385 Millionen) (Statistisches Bundesamt 2017: 9). Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld von Angehörigen ohne die Unterstützung von ambulanten Pflegediensten versorgt werden.

Ist eine stationäre Versorgung erforderlich, bedeutet die Rückkehr in die Häuslichkeit nach Menzel-Begemann eine große Herausforderung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige, da sich die Versorgungssituation ändert und sektorale Grenzen überschritten werden (Menzel-Begemann 2015: 101). Aus formaler Perspek-

tive wurden dazu bereits Schritte eingeleitet, um diesen Übergang mit weniger Brüchen zu gestalten. So wurde mit Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) im Jahr 2012 versucht, durch einen Rechtsanspruch auf Entlassungsmanagement und der damit verbundenen Verpflichtung der Krankenhäuser, die poststationäre Versorgung im Vorfeld der Entlassung strukturiert zu planen und zu organisieren, um so Verbesserungen im Entlassungsprozess herbeizuführen (Langer & Ewers 2013: 311). Zum 1.10.2017 trat der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement nach § 39 SGB V in Kraft. Er hat das Ziel, eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zu gewährleisten (GKV-Spitzenverband 2017). Darüber hinaus bietet der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) eine Systematik und eine wissenschaftlich fundierte Orientierung für das Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern. Obwohl die Bedeutsamkeit des Entlassungsmanagements in der Literatur ausführlich beschrieben ist, ein gesetzlicher Anspruch besteht und durch den Expertenstandard ein Rahmenwerk vorliegt, zeigen sich in der Praxis weitere Potentiale, den Übergang vom stationären Bereich in die häusliche Umgebung zu verbessern und die pflegenden Angehörigen umfassender auf die veränderte häusliche Versorgungssituation vorzubereiten. Aktuell besteht nach wie vor die erhebliche Gefahr von Versorgungsbrüchen, die auch auf Wissensdefizite, risikoreichen Verhaltensweisen sowie fehlenden praktischen Kompetenzen der Angehörigen zurückzuführen sind. Bei den Angehörigen kann es in der Folge zu Verlusterfahrungen, insbesondere in Bezug auf soziale Rollen, sowie zu Unsicherheiten auf der Ebene der Deutung und Bedeutung von Ereignissen und Prozessen (z. B. Verständnis bezüglich der Erkrankung und deren Symptome, Symptomentwicklung) sowie der Ebene der Handlungsorientierung (z. B. Einnahme von Medikamenten, Durchführung von Pflege) kommen (Wingefeld 2005: 122-125). Die Konsequenzen eines mangelhaften Entlassmanagements gefährden die häusliche Versorgungssituation und führen nicht selten zu einer erneuten Einweisung in ein Krankenhaus oder gar zu einem Umzug in ein Pflegeheim (Wingefeld 2002 in Langer/Ewers 2013: 311).

Demzufolge werden Konzepte gefordert, die die Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf schon vor der Entlassung darin unterstützen, sowohl die häusliche Pflege als auch den Lebensalltag so lange wie möglich bewältigen zu können (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014: 18-20). Es wird dabei unter anderem empfohlen, die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige gemeinsam auf die Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten und hierbei auf eine lebensweltorientierte edukative Vorbereitung zu setzen (Menzel-Begemann 2015: 106). Das im Folgenden beschriebene Projekt „Begleitete Entlassung“ der Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen nimmt diese Empfehlungen auf.

2. Das Projekt „Begleitete Entlassung (BegE) – Vorgehen und zentrale Eckpunkte

2.1 Ziel und Fragestellungen

Ziel des Projektes „Begleitete Entlassung“ ist es, mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung pflegende Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten während des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting zu begleiten und damit auf die Übernahme der häuslichen Pflege vorzubereiten. Zielgruppe sind dabei Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten die beabsichtigen, die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt ohne ambulanten Pflegedienst zu übernehmen. In Abgrenzung zur Beratung der Pflegekassen ist der Schwerpunkt des Projektes, ein niederschwelliges Angebot zu Beginn der häuslichen Pflege anzubieten, um in Hinblick auf pflegerische Maßnahmen, die zeitnah übernommen werden müssen (z. B. Organisation der Medikation, der Hilfsmittel oder der Übernahme der Körperpflege), zu beraten.

Zum Kreis der Angehörigen werden nachfolgend alle Personen gezählt, die zum primären Netzwerk der Patientin bzw. des Patienten gehören (beispielsweise Familienmitglieder, Personen aus dem Freundeskreis oder aus der Nachbarschaft). Die Beratung der Angehörigen wird von dafür geschulten Pflegefachkräften durchgeführt.

Die im Krankenpflegegesetz verankerten Aufgaben professioneller Pflege in Bezug auf Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen (§3 Absatz 2c, KrPflG), wurden von den Pflegenden der Tropenlinik auch schon vor Projektbeginn umgesetzt. Sie bleiben bisher jedoch überwiegend unsichtbar. In einem zu Beginn des Projektes durchgeführten, explorativen Fokusgruppen-Interview mit vier Pflegefachkräften wurde deutlich, dass im Alltag zu unterschiedlichen Themen beraten wird, dies jedoch nicht als Beratung wahrgenommen und auch nicht dokumentiert wird. Diese Beratungen finden unsystematisch und ungeplant statt. Für die Pflegefachkräfte wurde daher als Nebenziel des Projektes formuliert, Beratung als Aufgabe professioneller Pflege stärker wahrzunehmen und eigene Beratungskompetenzen zu erweitern. Die fehlenden Strukturen sowie der Erwerb der Kompetenzen sollen durch die Umsetzung des Konzeptes geschaffen werden.

Die Konzeption für das Projekt wurde vom 31. Januar 2015 bis 30. Juni 2017 vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg gefördert. Eine Anschlussförderung zur Implementierung und Evaluation läuft derzeit bis 30. Juni 2019. Innerhalb des Projektes findet eine enge Zusammenarbeit mit der Hochschule Esslingen statt (Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege), unter anderem durch wissenschaftliche Beratung, die Vergabe von Abschlussarbeiten auf Bachelor- und Masterniveau, die Durchführung von studentischen Projekten und praktischen Studiensemestern. Von den im Rahmen dieser Kooperation gewonnenen Erkenntnisse und Empfehlungen profitiert nicht nur das Projekt. Auch die beteiligten Studierenden der Hochschule Esslingen konnten pflegewissenschaftliche und forschungsbezogene Kompetenzen entwickeln und vertiefen (Riedel et al. 2016: 64).

Das beschriebene Ziel verfolgend, waren für das Projekt „Begleitete Entlassung“ in der ersten Projektphase folgende Fragestellungen vordergründig:

- Welchen Beratungsbedarf formulieren Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten beim Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting?
- Welche Interventionen müssen realisiert werden, um den Beratungsbedarf zu decken?

Vor Beginn der Forschungsaktivitäten wurde aufgrund der Vulnerabilität der Zielgruppe ein ethisches Clearing der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft eingeholt (Gutachten vom 27.5.2015). Vulnerabilität wird in vielen Leitlinien und Richtlinien zur Förderung ethischen Forschungsverhaltens vor allem im Sinne einer eingeschränkten Fähigkeit der Teilnehmenden definiert, selbst eine informierte Zustimmung geben zu können. Andere Auslegungen beinhalten darüber hinaus ein Machtgefälle in der Beziehung zwischen politisch und ökonomisch benachteiligten Gruppen und den Forschenden bzw. deren Sponsoren. Vulnerable Menschen müssen bestmöglich geschützt werden, weil sie Gefahr laufen, wegen eines Abhängigkeitsverhältnisses oder aufgrund einer asymmetrischen Beziehung ausgebeutet oder missbraucht zu werden (Riedel et al. 2014: 378). Der Personenkreis der pflegenden Angehörigen kann als vulnerable Gruppe bezeichnet werden, da aufgrund des Krankenhausaufenthaltes einer ihr nahestehenden Person eine Abhängigkeitssituation besteht. Auch bei den Patientinnen und Patienten, die indirekt bei der Intervention im Projekt beteiligt sind, ist ein solches Machtgefälle vorhanden. Zudem besteht insbesondere bei geriatrischen Patientinnen und Patienten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Fähigkeit zur informierten Zustimmung eingeschränkt ist. Dennoch ist es erforderlich, beide vulnerablen Personengruppen zu involvieren. Es wird davon ausgegangen, dass den Angehörigen nur dann nachhaltig geholfen werden kann, wenn deren spezifische Bedarfe und Bedürfnisse erfasst sind und sie individuelle Unterstützung erhalten. Dabei ist es auch erforderlich, die Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen, da sie den Mittelpunkt des Pflegearrangements darstellen.

2.2 Definitiorische Grundlegungen

Zentrales Element des Projektes „Begleitete Entlassung“ ist die Beratung im Rahmen des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld. Übergänge stellen in allen Lebensaltern und in verschiedenen Lebensbereichen sowie Handlungsfeldern ein zentrales Thema dar. Sie bezeichnen in Lebenslauf und Biografie Phänomene, welche eine hohe Plausibilität besitzen. Übergänge markieren in diesem Sinne Wendepunkte und Brüche, die überbrückt werden müssen. Häufig sind Übergänge institutionell gerahmt und angestoßen (Schröer et al. 2013 in Braun et al. 2016: 23). Speziell im Handlungsfeld der Entlassung besteht ein kritisches Moment, der von plausiblen Phänomenen wie Unsicherheiten, Überforderung, Ängsten und Ratlosigkeit geprägt ist. Weitere Phänomene sind das Gefühl des Alleingelassenseins, Veränderung der bestehenden Rollen und Neuausrichtung der Lebenssituation sowie der Alltagsroutine. Der Übergang kann außerdem Behandlungs- und Versorgungsbrüche auslösen, welche eine Be-

lastung für die Betroffenen und Angehörigen sowie Folgekosten nach sich ziehen. Der Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting stellt sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Angehörigen einen Wendepunkt dar. Ausgelöst durch die Institution Krankenhaus werden sie vor die Herausforderung gestellt, ihre Lebenssituation neu zu gestalten, um dauerhaft zu Hause zurecht zu kommen (Braun et al. 2016: 23-24).

In Hinblick auf die Dauer des Übergangs lässt sich aus der Literatur entnehmen, dass es insbesondere innerhalb der ersten zwei bis drei Wochen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten zu vermehrten Komplikationen und Wiedereinweisungen kommt (Wingefeld 2011 in Hartmann 2016: 20). Andere Quellen zeigen, dass innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entlassung die Anzahl der Rehospitalisierungen besonders hoch ist. Hierbei sei der Anteil an älteren Menschen besonders groß (DNQP 2009; Wingefeld 2005; Garms-Homolová 2011 in Hartmann 2016: 20). Das lässt darauf schließen, dass der erste Monat nach einer Entlassung eine besonders kritische Phase bei älteren Menschen darstellt. Abgesehen von dem Indikator der Rehospitalisierungsrate sind in der Literatur keine Angaben zur Dauer einer sensiblen Übergangszeit vom Krankenhaus ins häusliche Setting zu finden. Ebenfalls lassen sich in der Literatur keine Indikatoren für eine abgeschlossene Übergangszeit finden. Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Zeitspanne aufgrund der Individualität des Menschen nicht konkret festlegen lässt (Hartmann 2016: 11).

Im Projekt „Begleitete Entlassung“ wird die Übergangszeit folgendermaßen definiert: Diese beginnt dann, wenn bekannt wird, dass die Patientin oder der Patient ins häusliche Setting entlassen wird, ohne dass ein ambulanter Dienst eingeschaltet wird. Dazu muss der konkrete Entlassungstermin noch nicht festgelegt sein. Die Übergangszeit seitens des Krankenhauses endet zehn Tage nach dem tatsächlichen Entlassungstag.

Unter „Beratung“ wird innerhalb des Projekts ein dialogischer, interaktiver Prozess zwischen mindestens zwei Beteiligten verstanden. Beratungsgespräche innerhalb eines solchen Beratungsprozesses verlaufen strukturiert. Das Ziel ist es, die Problemlösungs- und Handlungskompetenz der ratsuchenden Personen zu fördern und deren Ressourcen zu stärken und zu erweitern. Dies gelingt im Prozess durch die Vermittlung von Wissen und Informationen sowie praktischer Fertigkeiten (Anleitung). Mögliche Bewältigungs- und/oder Lösungsstrategien werden gemeinschaftlich erarbeitet. Die Entscheidung, ob diese umgesetzt werden, liegt bei der ratsuchenden Person (Engel et al. 2012: 25-39; Gittler-Hebestreit 2006: 38-39; Norwood 2002: 41-47; Schaeffer & Dierks 2012: 759; Sickendiek 2008: 13-14; Wingefeld 2011: 41).

2.3 Empirische Elemente

Um fundierte Interventionen im Rahmen des Übergangs zu entwickeln, wurde in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche von Veröffentlichungen im Zeitraum 2005-2015 durchgeführt, bei der folgende Fragestellungen leitend waren:

- Welche Interventionen für Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten beim Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld werden in der Fachliteratur beschrieben?
- Wie ist deren Wirksamkeit? Bei dieser Fragestellung sollten Aussagen dazu gemacht werden, ob Evaluationsergebnisse für die jeweilige Intervention vorliegen, welche Ergebnisparameter dabei zugrunde gelegt werden und welche Erkenntnisse daraus abgeleitet werden.

Durch die Literaturrecherche konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass sich die inhaltliche Ausgestaltung der Intervention neben den Beratungsanlässen aus der Perspektive der Pflegefachkräfte auch nach den Bedürfnissen und Bedarfen der Angehörigen richten und mit ihnen individuell abgestimmt sein muss (Bakas et al. 2009: 107; Gibson et al. 2012: 45). Es zeigte sich zudem, dass nach Möglichkeit mehrere, individuell miteinander kombinierbare Bausteine angeboten werden sollten, die auch poststationär fortgeführt werden (Bakas et al. 2009: 107; Gibson et al. 2012: 45; Li et al. 2012, 533; Shyu et al. 2008, 2498; Universität Bielefeld 2014: 7).

In Hinblick auf die Fragestellung, welche Themen für pflegende Angehörige in der Übergangszeit relevant sind, zeigt sich, dass hier nur vereinzelt Forschungsergebnisse vorliegen. In der Studie von Plank, Mazzoni und Cavada (2012) werden durch offene Interviews und Fokusgruppen drei zentrale Themen herausgearbeitet, die Angehörige während des Übergangs der zu pflegenden Person beschäftigen: Die neue Rolle, der Zustand der Patientin bzw. des Patienten sowie die benötigte Unterstützung bei der Bewältigung der Aufgaben. Durchgängig beschreiben die Angehörigen das Gefühl, für alles verantwortlich zu sein (Plank, Mazzoni, Cavada 2012 in Gund 2015: 14). Die Studie von Langers und Ewers (2013) zeigt anhand einer Gruppendiskussion mit pflegenden Angehörigen, dass im Rahmen des Entlassungsmanagements Beratung zu krankheits- und pflegebezogenen, organisatorischen und bürokratischen Aspekte sowie zur Unterstützung im Alltag von großer Bedeutung ist. Eine weitere Erkenntnis ist, dass Beratungen auch nach der Entlassung fortgeführt werden müssen (Langer et al. 2013: 311, 314-316).

Um sich dem Thema noch weiter zu nähern, welche Beratungsbedürfnisse pflegende Angehörige während der Übergangszeit haben, wurde zu Beginn des Projekts eine explorative Befragung der Zielgruppe (n=47) durchgeführt. Hier wurden Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten durch eine Projektmitarbeiterin anhand eines standardisierten Fragebogens befragt. Ergänzend dazu wurden während eines studentischen Projekts der Hochschule Esslingen Beratungsanlässe mittels einer systematischen Dokumentenanalyse von 51 Pflegedokumentationen generiert, die die Perspektive der Pflegefachkräfte auf potentielle Beratungsanlässe eröffnet. Das Ziel war es, möglichst realitätsnah zu erheben, welche Beratungsanlässe sich im derzeitigen Pflegealltag zeigen. Eine Befragung der Pflegekräfte hätte möglicherweise eher sozial erwünschte Ergebnisse gebracht bzw. Antworten dazu generiert, was Pflegekräfte gerne tun würden, sie aus verschiedenen Gründen aber nicht tun können. Durch das Vorge-

hen konnte einerseits die Perspektive der Angehörigen („Beratungsbedürfnisse“) und andererseits die der Pflegefachkräfte erhoben werden („Beratungsbedarfe“).

Der Abgleich beider Sichtweisen zeigt eine Diskrepanz zwischen den Beratungsbedürfnissen der pflegenden Angehörigen und den Beratungsbedarfen aus der Perspektive der Pflegefachkräfte bzw. des professionellen Pflegehandelns. So stufen Angehörige es z. B. als besonders wichtig ein, im Rahmen einer Beratung Informationen zur Krankheit zu bekommen („Gesundheitsstatus der Patientin bzw. des Patienten“, „Wahrnehmung/Management von Symptomen der Erkrankung“, sowie „Perspektiven der Pflegeübernahme“). Die Ergebnisse zeigen des Weiteren ein Beratungsbedürfnis zu den Themen „Professionelle Entlastungsmöglichkeiten“ sowie „Verhaltensweisen zur Reduzierung von Belastungen“. Die Dokumentenanalyse zeigt dagegen, dass die Themen „Orientierungshilfen“, „spezielle Versorgungsanforderungen“ sowie „Hilfsmittel und Hilfsmittelgebrauch“ zentrale Beratungsanlässe sein sollten (Braun et al. 2016: 91-92). Da jedoch neben der Perspektive der Betroffenen sowohl die Perspektive der Pflegefachkräfte als auch die der Angehörigen für eine adäquate Versorgung der Patientin bzw. des Patienten von Bedeutung sind, wird innerhalb der Beratungen im Projekt großen Wert darauf gelegt, dass konsequent alle Blickwinkel erfasst werden.

2.4 Beratungsbausteine und Beratungsprozess

Aus den Erkenntnissen der Vorarbeiten wurden im Projektteam folgende Beratungsbausteine entwickelt:

- Individuelle Beratung (inklusive praktischer Anleitung) von Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts. Diese Beratungsgespräche finden strukturiert und terminiert statt.
- Nachsorgetelefonate etwa 48 Stunden nach der Entlassung sowie ein Hausbesuch bei weiterhin bestehendem Beratungsbedarf.

Zeigen sich auch nach dem Hausbesuch, bei dem in der häuslichen Umgebung gezielt geschult und beraten wurde, weiterhin Hinweise auf einen vorhandenen Beratungsbedarf seitens der Angehörigen, wird eine Vermittlung an bestehende ambulante Strukturen eingeleitet und ggf. an die Beratung der Pflegekassen verwiesen.

Für alle Bausteine der Beratung liegen im Rahmen eines Gesamtkonzepts Beratungsinstrumente und Verfahrensanweisungen vor. Die Instrumente geben Hilfestellung für den Beratungsablauf. Gleichzeitig wird die Beratung dadurch protokolliert. Es werden darin einerseits die Bedürfnisse und Wünsche in der Beratung seitens der Angehörigen erfasst, andererseits werden auch Beratungsinhalte aus der professionellen Perspektive der Pflegefachkräfte dargelegt. Darüber hinausgehend wird eine Abgrenzung zu den Beratungsschwerpunkten des Sozialdienstes vorgenommen, die sich parallel zur Schärfung der Schnittstelle von Sozial- und Pflegedienst beiträgt. Die Beratungen werden von geschulten Pflegefachkräften mit überwiegend langjähriger Berufserfahrung in der Geriatrie durchgeführt. Die erbrachte Beratungstätigkeit wird als Überstunden bzw. Mehrarbeit vergütet.

2.5 Die Qualifikation der Beratenden

Beratung ist ein integrales Element pflegerischen Handelns. Der Auftrag der Beraterin bzw. des Beraters kann sehr vielfältig sein und reicht von der Unterstützung bei der Problembewältigung, über die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bis hin zur Förderung und Erhaltung von Ressourcen (Büker 2015: 35). Pflegekräfte sind im beruflichen Alltag häufig Bindeglieder zwischen den Patientinnen und Patienten und dem situativen Erleben, das beim Individuum mit pflegerisch relevanten Veränderungen verbunden ist (London 2010: 27). Die pflegerische Beratung der pflegenden Angehörigen bildet im Projekt einen Schwerpunkt und richtet sich aufgrund der vielschichtigen Veränderungen im jeweiligen Pflegeverlauf neben der Wissensvermittlung auch an der Bewältigung individuell erlebter Problem- und Krisensituationen aus. Hierfür ist ein Beziehungsaufbau von großer Bedeutung und setzt diesen zugleich voraus (Büker 2015: 35).

Aufgrund der Komplexität des Beratungsgegenstandes und der situativen Anforderungen an die Ausgestaltung einer Beratung (inhaltlich, atmosphärisch, strukturell) ist ein Schulungsbedarf evident (Adler 2012: 224). Die Schulungsangebote sollen die Pflegefachkräfte darin unterstützen, beraterrelevante Themen und Gegenstände „in ihrem beruflichen Selbstverständnis zu verinnerlichen“ (Adler 2012: 229) und zu kontextualisieren.

Übergreifendes Ziel des Schulungsangebotes ist es somit, die pflegeprofessionelle Beratungskompetenz zu erweitern und ein fundiertes Beratungsverständnis zu vermitteln.

Das im Rahmen des Projektes BegE durch ein studentisches Forschungsprojekt der Hochschule Esslingen entwickelte und formativ evaluierte Curriculum enthält die theoretische Rahmung (Ader et al. 2017): Als theoretisches Fundament der Schulungen dienten zahlreiche Kenntnisse aus systemorientierten, lösungsorientierten und ressourcenorientierten Beratungsansätzen, die individuell der Situation angemessen ausgewählt werden müssen. Der systemorientierte Beratungsansatz wurde bewusst als ein Schulungsgegenstand ausgewählt, da es sich bei der Beratung von Angehörigen um Mitglieder des Systems Familie handelt. Das Gesamtsystem Familie kann durch die Erkrankung bzw. Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds gestört oder auch gefährdet werden (Büker 2015: 96). Somit wird nicht nur die Situation der pflegenden Angehörigen zum Gegenstand der Beratung, sondern auch die der Patientin bzw. des Patienten. In der Abgrenzung dazu wird in dem lösungsorientierten Ansatz im Sinne der Ressourcenorientierung der Fokus auf eine Lösung einer Problematik gelegt, allerdings gibt es in komplexen Pflegesituationen vielfach nicht die eine zentrale Lösung. Dieser Ansatz wäre solitär betrachtend somit eine Engführung. Der ressourcenorientierte Ansatz legt seinerseits einen stärkeren Schwerpunkt auf die vorhandenen Ressourcen der pflegenden Angehörigen und ihres Systems (Büker 2015: 95-100). Damit haben lösungsorientierte und ressourcenorientierte Beratungsansätze die Entwicklung von möglichen Handlungsmustern als Ziel (Nußbeck 2014: 74-76, 80) und können ergänzend bzw. parallel wirksam sein, als alleinige Ansätze greifen sie indes zu kurz. Die

Kombination dieser Ansätze deckt sich mit dem professionellen Pflegeverständnis und ermöglicht eine ganzheitliche und umfassende Beratung. Koch-Straube (2008: 77) beschreibt hierzu, dass „Leib-Geist-Seele-Subjekt“ berücksichtigt werden müssen. Aber auch die Lebensphase, sowie die bio-psycho-sozialen Ressourcen des Pflegeempfängers sind für den beratenden Personenkreis im Rahmen des Projekts relevant (Koch-Straube 2008: 75). Die Wissensgrundlage der Betroffenen soll verbessert werden und mithilfe eines ergebnisoffenen, interaktiven Prozesses soll die Problemlösekompetenz gestärkt werden, um deren Handlungskompetenz zu fördern (Petter-Schwaiger 2011:17). Im Sinne eines Lernprozesses kann Pflegeberatung auch einen präventiven Charakter für die pflegenden Angehörigen beinhalten. Dadurch kann eine Förderung der Gesunderhaltung und die Verbesserung der Lebensqualität sowohl für die Patientinnen bzw. die Patienten als auch für die pflegenden Angehörigen erreicht werden (Falk 2016: 11; Palesch 2012: 48). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die spezifischen Ziele einer Beratung sehr individuell sind. Diese gilt es für die jeweilige Beratungssituation zu spezifizieren.

Nachfolgend werden die Eckpunkte der Schulung aufgezeigt. In einer ersten Schuleinheitsphase werden charakteristische Merkmale der Beratung wie Freiwilligkeit, strukturierter, interaktiver, ergebnisoffener Prozess und zeitliche Begrenzung sowie Zeit für den Beziehungsaufbau diskursiv erarbeitet und die beiden Perspektiven wie auch die Relevanz der Differenzierung zwischen objektivierbarem (Unterstützungs-) Bedarf und subjektivem (Unterstützungs-)Bedürfnis im Kontext der Beratung klargestellt (Koch-Straube 2008: 77; Büker 2015: 93-94, Dietrich 1983: 2). Dass Bedürfnisse und Bedarfe zwei unterschiedliche Perspektiven darstellen, die nicht immer übereinstimmen müssen (Schaeffer / Wingenfeld 2014, 273-274), konnte in der unter 2.3 beschriebenen Befragung pflegender Angehöriger ebenfalls bestätigt werden und bildet auch angesichts dessen einen wichtigen Schulungsgegenstand. Im weiteren Verlauf der Schulung werden Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung vermittelt und eingeübt, da sie eine zentrale Basis für edukative Aktivitäten darstellen (Schaeffer et al. 2012: 61-63). In den nachfolgenden Schritten werden diese edukativen Aktivitäten – Information, (Mikro-) Schulung und Beratung – mit den Teilnehmenden erarbeitet und konkretisiert. Diese edukativen Aktivitäten hängen in der Pflegepraxis oft zusammen, bauen zugleich aufeinander auf (Büker 2015: 35) und sollten um der Klarheit willen und im Sinne der Sensibilisierung für die jeweiligen Besonderheiten in der Schulungsveranstaltung klar voneinander abgegrenzt vermittelt werden. Übungsphasen an exemplarischen Beispielen sichern im Schulungsverlauf den Theorie-Praxis-Transfer ab. Den Abschluss der Schulung bildet die Vorstellung und praktische Einübung der entwickelten Beratungsinstrumente. Die Schulung wurde von acht Mitarbeitenden besucht und strukturiert formativ evaluiert.

2.6 Evaluation

Aktuell findet die Evaluation des Projektziels und der Fragestellungen statt. Dabei soll zur Überprüfung des Hauptziels erhoben werden, wie gut sich die pflegenden Angehö-

rigen durch die Beratungen im Krankenhaus und das Nachsorgetelefonat auf die Pflegeübernahme vorbereitet fühlen. Es wird ein Fragebogen eingesetzt, der auf dem englischsprachigen Instrument von Archbold et al. (1992) basiert. Dieser misst, wie gut sich die Angehörigen auf bestimmte Aspekte der Pflegeübernahme vorbereitet fühlen (Archbold et al. 1992: 336-337). Das Instrument wurde auf verschiedene Gütekriterien getestet und hat sich in anderen internationalen Studien bewährt (Henriksson et al. 2012; Shyu et al. 2008). Da bisher keine deutsche Version des Instruments vorliegt, wurde es aus dem Englischen übersetzt und rückübersetzt.

Evaluiert wird außerdem die Schnittstellengestaltung zwischen Sozial- und Pflegedienst im Krankenhaus und die Schnittstellen außerhalb des Krankenhauses. Hier soll insbesondere erfasst werden, ob die bei Bedarf vorgesehene Weiterleitung der Angehörigen zu bestehenden Beratungsstellen wie Pflegestützpunkt, ambulante Dienste oder Pflegeberatung der Krankenkasse, gelingt.

Vom ursprünglichen, überwiegend quantitativen Studiendesign der Evaluation mit Kontroll- und Interventionsgruppe musste abgewichen werden. Hintergrund ist, dass ein halbes Jahr nach Beginn der Implementierung des Beratungsangebots absehbar war, dass die erforderliche Fallzahl von jeweils mindestens 70 weder in der Kontroll-, noch in der Interventionsgruppe erreicht werden kann. Nach Rücksprache mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg konnte ein weitgehend qualitatives Studiendesign zur Evaluation der Beratungsbausteine geplant werden. Hierzu fand eine Beratung am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universität Tübingen statt. Die Evaluation ist nun in drei Teile gegliedert:

1. Sichtung der Protokolle. Diese werden hinsichtlich der Beratungsthemen, der Dauer und der Anzahl der Beratungen quantitativ ausgewertet.
2. Qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen und wenn möglich, mit den Patientinnen bzw. Patienten. Leitend ist dabei die Fragestellung, wie die Beratung erlebt wurde.
3. Fokusgruppendifkussion mit den beratenden Pflegefachkräften. Ziel der Gruppendiskussion ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob sich die Pflegefachkräfte ausreichend auf die Beratungsaufgabe vorbereitet fühlen und in welchen Bereichen ggf. noch Schulungsbedarf besteht.

Die Interviews sowie die Gruppendiskussion werden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse liegen Mitte 2019 vor.

3. Projekterfahrungen

Nachdem in einer ersten Schulung fünf Pflegeberaterinnen ausgebildet wurden, finden seit Oktober 2017 regelmäßige Beratungen in der Klinik und Nachsorgetelefonate statt. Allerdings konnte seit Anfang Dezember 2017 nicht – wie ursprünglich geplant an zwei Tagen pro Woche – sondern nur noch an einem Tag pro Woche die Beratung angeboten werden, sodass nur etwa die Hälfte der Zielgruppe innerhalb des Kranken-

hausaufenthalts erreicht werden konnte. Die Ursache hierfür war, dass drei der fünf geschulten Pflegeberaterinnen derzeit nicht für die Beratungen zur Verfügung stehen. Es handelt sich um Pflegefachkräfte, die bereits 80-90 Prozent Stellenanteil und zwei davon Leitungsfunktion haben und bei denen sich die zusätzliche Tätigkeit der Pflegeberatung als zeitlich zu belastend herausgestellt hat, obwohl prinzipiell eine hohe Motivation zur Umsetzung des Konzepts vorhanden ist. Hier zeigt sich das Spannungsfeld zwischen aktueller Arbeitssituation und Potential der Pflege deutlich, denn noch bevor die geplanten Pflegeberatungen stattfanden, war erkennbar, dass schon durch die im Rahmen des Projekts „BegE“ erfolgte Thematisierung von Beratung durch Pflegekräfte, diese bewusster als Teil der professionellen Pflegetätigkeit gesehen wurde. Als eine erste Maßnahme, um den Pool der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu erweitern, wurde in den aktuellen Stellenausschreibungen der Tropenklinik, die Möglichkeit der Mitwirkung am Projekt und damit der Durchführung von systematischen und strukturierten Pflegeberatungen explizit aufgenommen. Außerdem wurde intern für die Tätigkeit der Pflegeberatung geworben. Bis Juni 2018 konnten vier Pflegefachkräfte für das Projekt gewonnen werden, sodass wieder regelmäßig an zwei Tagen pro Woche Beratungstermine angeboten werden können.

Schwieriger als angenommen stellt sich der Zugang zu den Angehörigen dar. Zu Beginn war vorgesehen, diese durch Pflegefachkräfte direkt auf Station anzusprechen und einen Informationsflyer auszuhändigen. Da das Projekt bei vielen Pflegefachkräften noch nicht präsent ist oder im Stationsalltag in den Hintergrund rückt, wurden nur wenige Angehörige erreicht. Aufgrund dessen wurde nach ca. zwei Monaten dazu übergegangen, nach einem kurzen Gespräch mit den in Frage kommenden Patienten, die Angehörigen telefonisch zu kontaktieren und einen Beratungstermin zu vereinbaren. Meist wird dieser Erstkontakt mit den Angehörigen durch eine Projektmitarbeiterin übernommen, die auch in der Sozial- und Pflegeberatung tätig ist und Regelarbeitszeiten von Montag bis Freitag hat. Bis Juni 2018 konnten 14 Beratungen und ein Hausbesuch durchgeführt werden.

4. Empfehlungen und Ausblick

Im Hinblick auf die nachhaltige Etablierung eines Beratungsangebotes für eine gelingende Überleitung kann unsererseits die Empfehlung ausgesprochen werden, im Vorfeld die Strukturen der bisherigen Beratung und Überleitung zu analysieren sowie Brüche und ergänzende Bedarfe zu identifizieren. Pflegefachkräfte sollten für die Bedeutung des Themas in Bezug auf die Versorgungsqualität und -kontinuität in der Häuslichkeit sensibilisiert und ihnen die Bedeutsamkeit ihrer Rolle im Entlassungsmanagement (erneut) bewusst gemacht werden. Kompetenzen der Pflegefachkräfte, die für die Etablierung eines Beratungsangebots erforderlich sind, müssen im Vorfeld analysiert werden. Darauf aufbauend sollte ein Schulungskonzept entwickelt werden. Um Verantwortlichkeiten klar zu regeln, muss vor Einführung des Beratungsangebotes die Schnittstelle zum Sozialdienst geklärt sein. Nach der Implementierung sollten regelmäßige Schulungen und kontinuierliche Coachings nach Möglichkeit durch eine Mit-

arbeiterin bzw. einen Mitarbeiter mit pädagogischer Ausbildung stattfinden. Einerseits können so neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter miteingebunden werden. Andererseits kann durch die Coachings ein Abgleich der erlangten Kompetenzen mit der Beratungspraxis stattfinden und herausfordernde Beratungssituationen können reflektiert werden. Zur Etablierung eines Beratungsangebotes ist es zudem wichtig, dass allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Haus dieses Angebot bekannt ist und sie ggf. Angehörige darauf ansprechen können. Unabdingbar für die nachhaltige Implementierung ist die Unterstützung durch das Klinikmanagement aller Hierarchieebenen. In Hinblick auf Personalakquise kann das neue Aufgabenfeld genutzt werden, um Stellenbeschreibungen zu erweitern und so die Attraktivität von Stellenausschreibungen evtl. auch für Bachelorabsolventinnen und -absolventen zu erhöhen.

Der Ansatz eines begleiteten Übergangs könnte auch für stationäre Pflegeeinrichtungen von Bedeutung sein. Hier zeigt sich eine steigende Nachfrage an Kurzzeitpflege. So nahmen im Jahr 2015 24.200 pflegebedürftige Menschen diese Leistung in Anspruch, während diese Zahl zwei Jahre zuvor noch bei etwa 21.000 lag (Statistisches Bundesamt 2015/2017:18). Unter anderem aufgrund der Änderung der Gesetzeslage kann davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage nach Kurzzeitpflege noch steigen wird. Mehr als die Hälfte der Aufnahmen erfolgen in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (59 Prozent) (Rothgang et al. 2015: 17). Obwohl nach der Kurzzeitpflege eine Entlassung in die häusliche Pflege erreicht werden soll, zeigt sich, dass dies aufgrund der komplexen Bedarfslagen der pflegebedürftigen Menschen und hohen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Anforderungen immer weniger gelingt (Deckenbach et al. 2013: 45-46; Rothgang et al. 2012: 199). Hier könnte eine strukturierte und zugehende Beratung der pflegenden Angehörigen durch geschulte Pflegefachkräfte die Entlassung in die häusliche Pflege fördern. Beratungsbausteine, die nach dem stationären Aufenthalt angeboten werden (Nachsorgetelefonate, Hausbesuche), könnten zur Stabilisierung der häuslichen Situation führen, die Angehörigen stärken und das Sicherheitsgefühl bezüglich pflegerischer Maßnahmen erhöhen.

Um den Forderungen im Expertenstandard gerecht zu werden, wie auch die Ausführungen im § 39 SGB V im Sinne der pflegenden Angehörigen und den zu entlassenden Patientinnen und Patienten im Krankenhausalltag umzusetzen, um eine gut vorbereitete Entlassung zu realisieren und damit die sich anschließende häusliche Pflege zu sichern, braucht es die entsprechenden Strukturen und Kompetenzen. Um das Ziel, eine für alle Beteiligten gute Entlassung zu erreichen, das heißt eine Entlassung, die sowohl für die Angehörigen und die neue Pflegesituation wie auch für die Patientin bzw. den Patienten und die Pflegenden auf der Station als hilfreich und unterstützend wahrgenommen wird, braucht es die entsprechenden Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern und in den anderen Sektoren des Gesundheitswesens. Politische Unterstützung ist dringend notwendig, um Finanzierungsstrukturen und Kompetenzprofile zu überdenken und entsprechende Ressourcen (insbesondere personelle) zu schaffen.

Literatur

- Ader, M.; Brandl, M.; Dickreiter, O.; Heilmann, C.; Hüsgen, M.; Huß, S.; Küpper, A.; Marquardt, N.; Mielke, C.; Nasser, D.; Ringlsetter, J.; Rüssel, S.; Schäfer, S.; Schulz, A.; Wundersee, N. (2017): Ein Schulungskonzept zur Erweiterung der Beratungskompetenz von Pflegefachkräften im Umgang mit pflegenden Angehörigen. Unveröffentlichter Abschlussbericht der Projektgruppe von Studierenden des Bachelor Studiengangs Pflegepädagogik, Hochschule Esslingen
- Adler, G. (2012): „Das Patienteninformationszentrum – Pflegebezogene Patienten- und Angehörigenedukation“. In *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze. Strategien.* Chancen, hrsg. von Peter Bechtel, und Ingrid Smerdka-Arhelger, 223-230. Berlin, Heidelberg: Springer
- Archbold, P. G.; Stewart, B. J.; Greenlick, M. R.; Harvath, T. A. (1992): The Clinical Assessment of Mutuality and Preparedness in Family Caregivers to Frail Older People. In: Funk, Sandra G.; Tornquist, Elizabeth M.; Champagne, Mary T.; Wiese, Ruth A.: *Key Aspects of Elder Care: Managing Falls, Incontinence, and Cognitive Impairment.* New York: Springer Publishing Company, S. 328-339
- Bakas, T.; Farran, C.; Austin, J.; Given, B.; Johnson, E.; Williams, L. (2009): Stroke Caregiver Outcomes from the Telephone Assessment and Skill-Building Kit (TASK). In: *Topics in Stroke Rehabilitation* 16 (2), S. 105-121
- Bartholomeyczik, S. (2014): Pflege im Krankenhaus. In: Doris Schaeffer; Klaus Wingenfeld (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaften. Studienausgabe.* Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 513-530
- Braun, S.; Burkert, C.; Hartmann, A.-L.; May, C.; Saile, T.; Schwarz, F. (2016): Identifizierung pflegerelevanter Beratungsschwerpunkte für Angehörige geriatrischer Patienten im Übergang. Analysen im Rahmen des Projekts. Unveröffentlichter Projektbericht der Hochschule Esslingen
- Büker, C. (2015): *Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege.* Stuttgart: Kohlhammer
- Büscher, A. (2014): Ambulante Pflege. In: Doris Schaeffer; Klaus Wingenfeld (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaften. Studienausgabe.* Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 491-512
- Deckenbach, B.; Stöppler, C.; Klein, S. (2013): *Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB X).* Studienbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009.* Osnabrück: Eigenverlag der Hochschule
- Dietrich, G. (1983): *Allgemeine Beratungspsychologie: eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung.* Göttingen: Hogrefe
- Engel, F.; Nestmann, F.; Sickendiek, U. (2012): Theoretische Konzepte der Beratung. In: Doris Schaeffer; Sebastian Schmidt-Kaehler (Hrsg.): *Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* Bern: Hans Huber, S. 25-58
- Falk, J. (2016): *Die Vermittlung und Aneignung von Beratungskompetenz. Beratung in den gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen lehren und lernen – ein didaktisches Konzept.* Weinheim: Beltz Juventa. PDF-Ebook
- Gibson, M. J.; Kelly, K. A.; Kaplan, A. (2012): *Family Caregiving and Transitional Care: A Critical Review.* Verfügbar unter: <https://caregiver.org/family-caregiving-and-transitional-care-critical-review-2012> [Stand 16. März 2016]
- Gittler-Hebestreit, N. (2006): *Pflegeberatung im Entlassmanagement. Grundlagen-Inhalte-Entwicklungen.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- GKV-Spitzenverband (2017): *Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 17.10.2016.* Verfügbar unter: <https://gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/entlassmanagement/entlassmanagement.js> p. [30.12.2017]

- Gund, T. (2015): Strukturierte Beratung im Vorfeld der Krankenhausentlassung zur Absicherung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit. Kernelemente strukturierter Beratungsgespräche mit pflegenden Angehörigen im Rahmen des Übergangs. Unveröffentlichte Masterarbeit der Hochschule Esslingen
- Hartmann, A.-L. (2016): Patientenedukation durch Pflegefachkräfte. Erhaltung und Förderung der Mobilität bei kognitiv uneingeschränkten älteren Menschen im Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting. Unveröffentlichte Bachelorarbeit der Hochschule Esslingen
- Henriksson, A.; Andershed, B.; Benzein, E.; Arestedt, K. (2012): Adaptation and psychometric evaluation of the Preparedness for Caregiving Scale, Caregiver Competence Scale and Rewards of Caregiving Scale in a sample of Swedish family members of patients with life-threatening illness. In: *Palliative Medicine* 26(7), S. 930-938
- Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.) (2012): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Koch-Straube, U. (2008): *Beratung in der Pflege*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Langer, J.; Ewers, M. (2013): „Es ist nicht mehr das alte Leben, das wir führen.“ Beratung von Angehörigen im pflegerischen Entlassungsmanagement. In: *Pflege*, 26 (5), S. 311-320
- Li, H.; Powers, B. A.; Mazurek M. B.; McCann R.; Koulouglioti, C.; Anson, E.; Smith, J.; Xia, Y.; Glose, S.; Tu, X. (2012): Randomized Controlled Trial of CARE: An Intervention to Improve Outcomes of Hospitalized Elders and Family Caregivers. In: *Research in Nursing & Health* 35 (5), S. 533-549
- London, F. (2010): *Informieren, Schulen, Beraten: Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation*. Bern: Hans Huber
- Menzel-Begemann, A.; Klünder, B.; Schaeffer, D. (2015): Edukative Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst-)Versorgung während der stationären Rehabilitation – Herausforderungen und Erfordernisse. In: *Pflege & Gesellschaft* 20. Jg. H.2, S. 101-115
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): *Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014*. Verfügbar unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept_2014.pdf [25.07.2018]
- Mischke, C.; Meyer, M. (2008): *Beratung Pflegenden Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus der Perspektive Pflegenden Angehöriger*. Projektabschlussbericht. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes. Verfügbar unter: <https://idw-online.de/de/attachment9380> [29.05.2017]
- Norwood, S. (2002): *Pflege-Consulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber
- Nußbeck, S. (2014): *Einführung in die Beratungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Palesch, A. (2012): *Ambulante Pflegeberatung: Grundlagen und Konzepte für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer
- Petter-Schwaiger, B. (2011): *Beratung in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Berlin: Cornelsen
- Riedel, A.; Wolke, R.; Schmidt, K.; Siegle, A. (2014): Ethikantragstellung und ethische Aspekte in der pflegewissenschaftlichen Forschung – Am Beispiel eines Forschungsvorhabens mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen. In: *Pflegewissenschaft*, 6 (16): 374-384
- Riedel, A.; Michaletz-Stolz, R.; Stopper, K.; Schmedding, E.; Pleitgen, M. (2016): „Gelassen entlassen“: Die begleitete Entlassung aus dem Krankenhaus. In: *Spektrum, Zeitschrift der Hochschule Esslingen* 43/2016, S. 62-64
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012): *BARMER GEK Pflegereport 2012*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Siegburg: Asgard
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015): *BARMER GEK Pflegereport 2015*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Siegburg: Asgard

- Schaeffer, D.; Dewe, B. (2012): „Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie“. In: Doris Schaeffer; Sebastian Schmidt-Kaehler, (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 59-86
- Schaeffer, D.; Dierks, M.-L. (2012): Patientenberatung. In: Klaus Hurrelmann; Oliver Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 757–790
- Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.) (2012): Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber
- Schaeffer, D.; Wingefeld, K. (Hrsg.) (2014): Handbuch Pflegewissenschaften. Studienausgabe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- Sickendiek, U.; Engel, F.; Nestmann, F. (2008): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage. Weinheim/München: Juventa
- Shyu, Y.-I. L.; Chen, M.-C.; Chen, S.-T.; Wang, H.-P.; Shao, J.-H. (2008): A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. In: Journal of Clinical Nursing, 17(18), S. 2497-2508
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Universität Bielefeld (2014): Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Evaluation des Modellprojektes. Verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/dokumente/Evaluationsbericht-2013.pdf [Stand 20. März 2016]
- Wingefeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingt Transitionen. Bern: Hans Huber
- Wingefeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Regina Stolz M.A., RN (Korrespondenz)

Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Paul-Lechler-Straße 26, 72076 Tübingen
stolz@tropenklinik.de

Katrin Stopper M.A.

Breitwiesenstraße 15, 70839 Gerlingen, katrin.stopper@gmail.com

Eva Schmedding B.A.

Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Paul-Lechler-Straße 26, 72076 Tübingen
schmedding@tropenklinik.de

Prof. Dr. phil. Annette Riedel M.Sc

Hochschule Esslingen, Flandernstr. 101, 73732 Esslingen, annette.riedel@hs-esslingen.de

Beiträge

Ulrike Höhmann, Werner Vogd, Anne Ostermann

Rollenstrategien pflegerischer Führungskräfte im Umgang mit Spannungserleben und Diskrepanzerfahrungen im Berufsalltag – Ansatzpunkte für eine unterstützende Kompetenzentwicklung

Role competencies of nursing managers to handle with discrepancies between their professional mission and everyday working life –a reflection on the development of competencies to meet the challenge

This article examines the often neglected competencies of Care Managers requisite to keep the focus on professional issues despite the increasing experience of discrepancy between professional mission and intrinsic motivation on the one hand and everyday practice on the other. An institutional theory perspective is used to reveal coherences of preconditions, which enable or impede care managers to take an active and productive occupational role. The empirical material is compiled of three different research projects and consists of qualitative Interviews with managerial staff in hospitals and care organizations. The results relegate to a set of specific conditions and competencies for successful and effectual managerial practice. How these competencies can be systematically fostered through reflexive practice and the development of organizational culture is pointed out in the end of this article.

Keywords

Care Management, Health Care Research, qualitative research, organisational research, New Institutionalism

Der Beitrag untersucht oft vernachlässigte Kompetenzen, die für ein erfolgreiches Pflegemanagement notwendig sind, das die fachlichen und professionellen Belange der Pflege nicht aus dem Blick verliert. Ausgangspunkt sind belastende Spannungs- und Diskrepanzerfahrungen zwischen dem berufsfachlichen Auftrag, der oft hohen intrinsischen Motivation der Beteiligten und der realen Berufspraxis. Eine institutionentheoretische Perspektive öffnet den Blick auf Bedingungszusammenhänge, die es pflegerischen Führungskräften erschweren, eine aktive, gestaltende Rolle einzunehmen. Grundlage zur

eingereicht 26.04.2018
akzeptiert 17.07.2018

Identifikation von Rollenmustern bilden qualitative Interviews mit leitenden Akteuren in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aus drei unterschiedlichen Forschungsprojekten. Die Ergebnisse verweisen auf ein Set spezifischer Bedingungen und Kompetenzen, die erforderlich sind, um als Führungskraft erfolgreich agieren zu können. Praktikable Ansatzpunkte werden aufgezeigt, wie diese Kompetenzen durch systematische reflective practice und Elemente der Organisationskultur gestärkt werden können.

Schlüsselwörter

Pflegemanagement, Organisationsforschung, Gesundheitssystemforschung, qualitative Forschung, Neoinstitutionalismus

1. Diskrepanzerfahrungen der Pflege

Mit Blick auf den steigenden Fachkräftemangel in den Pflegeberufen obliegt den (pflegerischen) Führungskräften ein besonders sorgsamer Umgang mit ihrer wichtigsten Ressource, den Beschäftigten. Unnötige Belastungen und Anlässe für Berufswechsel, Burn-out oder frühzeitige Berufsausstiege müssen vermieden werden. Dazu gilt es, positive, im Berufsfeld schon vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten zu erkennen und nutzen. Nur auf diese Weise lassen sich gerade die engagierten Pflegekräften mit hohen fachlichen Standards ermutigen, in ihrem Beruf zu verbleiben. Allerdings spielen komplexe Gründe eine Rolle dafür, ob Pflegefachkräfte ihren Beruf aufgeben. Sie liegen meist im Zusammenspiel von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Organisationskulturen und -praktiken sowie persönlichen Bedingungen. Bedeutsam erscheinen vor allem belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeiten, aber auch sinkende Berufsattraktivität, Vereinbarkeits- und Motivationsprobleme, sowie immer häufiger zutage tretende ethisch-moralische und fachliche Konflikte und Enttäuschungen (vgl. Höhmann et al. 2016a). Auch wenn Arbeitgeber und Führungskräfte spezifischen gesundheitsbezogenen Belastungsfaktoren durch Präventionsprogramme zu begegnen suchen, so bleibt das Problem bestehen, dass mit der Übernahme betriebswirtschaftlicher Logiken nicht selten fachlich entfremdende und unnötig verengte Handlungsroutinen im Dienstleistungsbereich der Pflege entstehen. Gerade dies führt zur Demotivation der Beschäftigten (Höhmann et al. 2016a). So kommen viele Pflegekräfte trotz langjähriger Berufspraxis und hoher Berufsidentifikation mit den Konsequenzen der ökonomischen Restriktionen nicht mehr zurecht. Sie fühlen sich ohnmächtig oder gar ihrer „beruflichen Ehre“ beraubt (Sennett 2005) und berichten von burn-out, cool-out, Ritualismus, Unterlaufen von Regeln bis hin zur Entscheidung, nur in Teilzeit zu arbeiten oder gar den Beruf ganz zu verlassen (Zusammenfassung Höhmann et al. 2016a). Aus dieser Situation der Mitarbeiter ergibt sich ein besonderes, nicht leicht zu lösendes, Führungsproblem für das Pflegemanagement: Es hat vor dem Hintergrund der ökonomischen Zurichtung des Gesundheitswesens, den individuellen Bewältigungsstrategien der Pflegekräften und den professionsethischen Anforderungen den alltäglichen Betrieb zu organisieren. Es wundert deshalb nicht, dass auch auf der Führungsebene belastende und entfremdende Spannungen und Diskrepanzen zwischen dem eigenen fachlich-normativen Berufsanspruch und den ökonomischen und organisatorischen Bedingungen des Arbeitsalltags sichtbar werden (vgl. Adami-Burke et al.

2016, Höhmann et al. 2016b). In Folge erleben sich auch Führungskräfte oftmals machtlos und weniger als Gestaltende denn als Getriebene (Schloeder 2016). Vorhandene Einflussmöglichkeiten werden kaum als solche wahrgenommen, aus Unsicherheit werden oft eher zusätzlich einengende Handlungsstrategien oder Ausweichstrategien entwickelt, was in Folge die Diskrepanzerfahrungen noch verstärken kann (Höhmann 2010).

Im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse werden im Folgenden die Ergebnisse von drei empirischen Studien herangezogen, um die derzeitigen Probleme des Pflegemanagements eingehender zu beleuchten. Der Vergleich wird dadurch strukturiert, dass eine gemeinsame theoretische Perspektive des Neoinstitutionalismus eingenommen wird. Wenngleich dabei außer Frage steht, dass die sich verschärfende prekäre Situation der Pflege politische und organisationale Lösungsstrategien erfordert, richtet dieser Beitrag das Augenmerk besonders auf die Frage, welche Kompetenzen Führungskräften selbst benötigen, um gestaltend mit diesen Dilemmata umzugehen und wie solche Gestaltungskompetenzen aktiviert und gefördert werden können.

2. Drei Forschungsprojekte

Die erste Studie entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes in Zusammenarbeit mit einem überregional tätigen Altenhilfeträger. Ziel war es zu erforschen, warum äußere Anforderungen zur Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege häufig dysfunktional und unnötig verengt umgesetzt werden. Einbezogen waren zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege mit zwei Wohnbereichen. Dort wurden mit den Mitarbeitern jeweils vier strukturierte Gruppendiskussionen geführt, neun Leitfadeninterviews mit Führungskräften sowie 13 Leitfadeninterviews mit Bewohner_innen (Höhmann 2010).

Beim zweiten Forschungs- und Entwicklungsprojekt handelt es sich um die vom BMBF geförderte Studie zur „Arbeitsprozessintegrierten Kompetenzentwicklung in der Pflege (AKiP)“ (Höhmann, Lauxen, Schwarz 2018). In Kooperation mit einer Klinik, einem ambulanten und stationären Träger wurden vorrangig pflegerische Führungskräfte, aber auch Mitarbeiter in der Umsetzung von Innovationen innerhalb ihrer Organisation unterstützt. Mit Hilfe von Reflective Practice-Strategien wurden die Beteiligten angeregt, ihre Gestaltungsspielräume gezielt zu identifizieren und aktive Passungshandlungen zu ergreifen, um so den zuvor beschriebenen dysfunktionalen Handlungsverengungen und Diskrepanzerfahrungen entgegen zu wirken.

Im Rahmen der dritten, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten, Studie mit dem Titel „Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement“ (Vogd 2017; Vogd, et al. 2017) wurden Experteninterviews mit 15 Pflegedienstleitungen aus Häusern unterschiedlicher Trägerschaft geführt. Ziel war dabei, eine Typologie zu erstellen, welche die verschiedenen Umgangsweisen der Führungskräfte mit den typischen Entscheidungsdilemmata im Krankenhausalltag abbildet.

3. Institutionentheoretische Perspektive

Insbesondere die in der angloamerikanischen Krankenhausforschung weit verbreitete neoinstitutionalistische Organisationstheorie (Hasse et al. 1999) eröffnet eine Analyseperspektive, die verstehen lässt, warum besonders bei starkem äußeren Druck organisationale Reaktionsmechanismen zu Tage treten, die als nicht beabsichtigte Folge einrichtungsinterne Probleme oft eher verschärfen als sie zu lösen. Da sich dieser Forschungszugang auch für uns als fruchtbar gezeigt hat, umreißen wir einige wichtige Aspekte dieser Perspektive kurz, um auf dieser Basis die empirischen Ergebnisse unserer Studien zusammenführen und übergreifende Schlussfolgerungen abzuleiten. Die institutionentheoretische Perspektive geht grundsätzlich von widerstreitenden gesellschaftlichen Anforderungen aus, die an eine Organisation wie das Krankenhaus gestellt werden (z. B. fachlich hochwertige und zugleich menschliche Pflege vs. Fragmentierung in organisatorische Routinen und ökonomische Renditeanforderungen). Sie zeigt auf, dass Einrichtungen und deren Management auf die hiermit einhergehenden Spannungen mit recht ähnlichen Strategien der Problembewältigung reagieren.

In Anlehnung an DiMaggio (1991) sind für unseren Zusammenhang vor allem drei zentrale Einflussgrößen bedeutsam:

1. **Äußerer Zwang:** Der Druck gesundheitspolitischer Reformvorgaben hebt die Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlichen Auftrag nach Fachlichkeit, Fürsorge und Zuwendung gegenüber Anforderungen an ein betriebswirtschaftlich erfolgreiches, durchrationalisiertes Management nicht auf. Bei Erhöhung solchen Innovationsdrucks findet als Antwort oft eine Entkopplung der beiden widerstreitenden Erwartungssphären statt: So wird beispielsweise im Leitbild eines Hauses die Wertsphäre, z. B. als „Patientenorientierung“ verankert, während die Organisationsprozesse an den Prinzipien verfahrenstechnischer Profitmaximierung ausgerichtet werden. Betriebswirtschaftlich dominierte Steuerungsprozesse werden auf der operativen Ebene handlungsleitend und erschweren die gleichzeitig geforderte fachlich-wertgebundene Pflegepraxis. Die eigentlich wertschöpfenden Tätigkeiten des Hauses werden behindert. Erweist sich die Diskrepanz zwischen „Sein und Schein“ zu groß, sind negative Reaktionen gerade solcher Beschäftigten unvermeidbar, die sich ihrem Berufsethos besonders verpflichtet fühlen.
2. **Mimetische Prozesse:** Aus fachlicher Unsicherheit und Autoritätsglauben imitieren viele Führungskräfte pauschal Problemlösungen vermeintlich erfolgreicher Vorbilder. Gerade unter Zeitdruck vernachlässigen sie die Chancen und Notwendigkeiten der eigenständigen Interpretation externer Anforderungen. Entsprechend gerät dann aus dem Blick, ob und inwieweit betriebswirtschaftlich getriebene Innovationen und Reformideen zu den Zielen, Strukturen, Prozessen, Personalkapazitäten der eigenen Arbeitsabläufe passen. Auf den ersten Blick scheint die Übernahme bereits bestehender Formate oder Lösungen anderer Bereiche die Gefahr des eigenen Scheiterns zu minimieren. Beim zweiten Blick wird jedoch schnell deutlich, dass oft brüchige Vorbilder kopiert und vielfach die Besonderheiten des eigenen Hauses und der eigenen Professionskulturen nicht beachtet werden.

3. Normativer Druck: An sich üben die in einem Feld tätigen Berufsgruppen durch ihr professionell-fachliches Wissen und ihre berufsethischen Haltungen selbst normativen Druck auf die Art und Bedingungen ihrer Aufgabenerfüllung aus. Das eigene Verständnis von „guter Arbeit“ hilft dann, berufsfremde Ziele und Werte auszubalancieren. Dieser Ausgleich funktioniert in der Regel recht gut bei den professionellen Akteuren der Ärzteschaft, da diesen einerseits gesellschaftlich ein hoher Status zukommt und diese andererseits juristisch allein für Therapie- und Diagnoseentscheidungen einzustehen haben. In der Pflege fühlen sich jedoch selbst Führungskräfte persönlich oft kaum in der Lage, die fachlichen und ethischen Standards ihrer eigenen Profession im Konkurrenzgeflecht der verschiedenen Berufe durchzusetzen. In Folge ihrer meist mit geringerer Macht ausgestatteten Position nehmen sie ihre eigenen Chancen zu fachlichen Begründungen, Mitsprache und Gestaltung von Bedingungen nur selten wahr. Im Arbeitsalltag leiden so viele Führungskräfte unter einer zunehmenden Diskrepanz zwischen dem eigenen fachlichen Anspruch und der von ihnen auf diese Weise mitgetragenen institutionellen Wirklichkeit.

4. Die Ergebnisse

Im Folgenden lenken wir den Blick auf die Ergebnisse unserer empirischen Untersuchungen. Zu Beginn illustrieren wir die Mechanismen, die pflegerischen Führungskräften die Übernahme einer aktiven Gestaltungsrolle erschweren (Kapitel 4.1). Sodann beschreiben wir Rollenstrategien im Umgang mit den aufgeworfenen Problemen (Kapitel 4.2). In der abschließenden Diskussion werden Möglichkeiten zur Stärkung von Gestaltungskompetenzen des Pflegemanagements skizziert.

4.1 Scheitern an einer aktiven Gestaltungsrolle, Ohnmacht

Vorrangig zeigen die ersten beiden der oben benannten Studien auf, wie die Einführung von „Innovationen“, die Arbeitsprozesse im Hause eigentlich verbessern sollen, oftmals ihrerseits zum Auslöser von Diskrepanzerfahrungen werden, da die Gestaltungsmöglichkeiten für eine an die konkreten Verhältnisse angepasste Umsetzung nicht genutzt wurden.

Eine Führungskraft berichtet beispielsweise über die Einführung eines neuen, zu den Pflegehandlungen wenig kompatiblen, EDV-Systems in ihrer Klinik: *„Es gab einfach keine speziellen Vorbereitungen oder Unterstützungen“* (Höhmann et al. 2018: Kap. 4). Sie beklagt, dass deshalb im Nachhinein zu viele demotivierende, zeitraubende, fachliche und organisatorische Fehlanpassungen bewältigt werden mussten. So habe sie an immer kleinteiligeren „Arbeitsanweisungen“ mitgearbeitet, die Mitarbeiter jedoch oft demotiviert haben.

Mit solcher defensiven, im Nachhinein „reparierend“ eingreifenden Praxis, steht sie nicht alleine (Höhmann 2010). Ihre Äußerung verweist vielmehr auf ein weit verbreitetes Phänomen, nachdem Führungskräfte meist in hilfloser Reaktion auf Außendruck

immer kleinteiligere Maßnahmen zur Disziplinierung von Mitarbeitern „erfinden“ und damit zusätzliche, unnötig begrenzende „Gitterstäbe“ in die ohnehin stark verregelten Arbeitsprozesse (z. B. QM) einziehen (Höhmann 2010). Bei solchen hausgemachten Verengungspraktiken beklagen dann selbst aufgeschlossene Mitarbeiter, dass die einrichtungsinterne Umsetzungspraxis in Konflikt mit den geltenden Fach- und Ethikstandards der eigenen Arbeit steht.

Wenngleich viele Führungskräfte in der Pflege dies ebenfalls als frustrierend empfinden, gelingt es ihnen kaum, aktiv gestaltend auf Passungen bei der Umsetzung geforderter Innovationen hinzuwirken. Sie begründen dies mit ihrer Wahrnehmung eines übermächtigen äußeren Zwangs und ihrer oft zu wenig reflektierten Übernahme von Lösungen Anderer. In der Folge verfestigen sich dann mimetische Nachahmungsprozesse, die sich an bereits bestehenden, vermeintlich alternativlosen gesellschaftlich opportunen Handlungsschemata orientieren und die mit entsprechenden „Rationalitätsmythen“ unterlegt sind (Walgenbach 2014:301). In diesem Sinne begründete der Vorstand eines Altenhilfeträgers ohne Hehl seine eigene Innovationsstrategie bei der Einführung eines QM-Systems: *„Wir haben damit angefangen, weil es gefordert wurde – ganz einfach (...) ohne inneres Verständnis“*, (...) *„ohne den äußeren Druck würden wir vieles anders machen, sozusagen kontraproduktive Effekte rausnehmen. Aber wir haben die Finanzzwänge.“* (Höhmann 2010:168).

Darüber hinaus zeigt sich an verschiedenen Stellen, dass pflegerische Führungskräfte ihre formale Definitionsmacht so gering einschätzen, dass sie nicht daran glauben, wirksamen fachlich-normativen Druck entfalten zu können. So gibt eine Pflegedienstleitung bereitwillig zu, wider besseren Wissens und auch gegen Widerstand der Mitarbeiter, Reformvorhaben mit offensichtlichen Passungsdefiziten top-down durchzusetzen: *„Ja das (EDV-Einführung) ist alles zu einseitig durch die Ökonomie gesteuert – aber da führt kein Weg dran vorbei, – auch wenn das inhaltlich Quatsch ist, [...] damit wir nicht auffallen“* (Höhmann 2010:168).

Diese Beispiele verweisen exemplarisch darauf, dass Führungskräfte bei objektiver Betrachtung ihrer Möglichkeiten durchaus noch Freiheitsgrade haben, Anpassungen vorzunehmen, dies aber kaum mehr erkennen können. Entsprechend können sie externem Druck kaum mit reflexiver Distanz begegnen, um sich gegen Mimetik zu feien und statt dessen professionell fachlich-ethischen, normativen Druck in eine aktive Gestaltung von Passungen einzubringen, um so Diskrepanzerfahrungen zu mindern.

Schauen wir nun auf die Studie zum Krankenhausmanagement und damit auf typische Rollenstrategien der pflegerischen Führungskräfte im Umgang mit solchen Anforderungen.

4.2 Assimilierung, Flucht nach oben und kreativer Umgang mit Diskrepanzerfahrungen

Für das Pflegemanagement des gegenwärtigen Krankenhauses ergeben sich insbesondere zwei, auch in der Literatur oft beschriebene Bezugsprobleme (s. u. anderen Allen

2014; Bolton 2005). Das erste besteht darin, als Pflegedirektor_in im Leitungsgeflecht (Kaufmännische Leitung, ärztlicher Direktor_in, Geschäftsführung etc.) die eigene Position in der Organisation zu finden. Das zweite Problem besteht darin, unter Bedingungen starker Ressourcenknappheit zu gewährleisten, dass die Stationsarbeit in einer gegenüber Personal und Patienten zu verantwortenden Weise geschieht. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen des Krankenhauses sind die Möglichkeiten dazu für die Pflege, bekanntlich erheblich erschwert, wie auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats (2016) festgestellt hat.

Wie bearbeiten nun Pflegedirektoren die Spannung zwischen der betriebswirtschaftlichen Handlungslogik und ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Situation der Patienten und die Arbeitssituation der Mitarbeiter? Aus unserer Untersuchung ergab sich eine Typologie unterschiedlicher Haltungen und Handlungsorientierungen der Führungskräfte. Die Typologie entfaltet sich anhand der zuvor bereits eingeführten Kriterien mimetische Prozesse (an wem orientieren sich die Pflegedienstleitungen?), normativer Druck (kann das Berufsethos der Pflege eingebracht werden?) und äußerer Zwang (inwieweit gelingt die Entkoppelung von Zumutungen, welche den Wert der eigenen Arbeit korrumpieren?). Im Folgenden stellen wir drei der fünf empirisch ermittelten Typen vor, die für unser Thema besonderes relevant sind (zu den weiteren Typen: Vogd et al. 2017:121ff.).

1. Betriebswirtschaftliche Assimilierung

Eine Reihe von Pflegedirektoren entwickeln sehr wohl ein Selbstverständnis, indem sie sich als einflussreiche Akteure sehen. Ihre Autorität beruht jedoch dabei auf der weitgehenden mimetischen Identifikation mit den betriebswirtschaftlichen Geschäftsführern, deren ökonomische Effizienzlogik sie unreflektiert übernehmen. Selbst z. B. bei Personaleinsparungen ist sich die folgende Führungskraft mit der Geschäftsführung einig: *„Mir ist das plausibel, ich habe mich ja jetzt nicht mit der Geschäftsführung darüber gestritten, weil das für mich klar war, das das ist ein notwendiger Prozess. Wenn wir hier rote Zahlen schreiben, können wir alle etwas dafür tun“* (Vogd et al 2018: 126)

In diesem und ähnlichen Zitaten zeigt sich, dass der Pflegemanager kaum mehr einen Unterschied zwischen den kaufmännischen Interessen und den Interessen der Pflege empfindet und dass die Beseitigung „roter Zahlen“ vor professionellen Erwägungen Vorrang hat. Gleichzeitig verlieren diese Pflegedirektoren den Kontakt zur Basis: Die Anliegen und Perspektiven des Pflegepersonals auf der Station sind nicht mehr die eigenen und die zu bewältigenden Diskrepanzen werden nicht weiter zwischen den professionellen Logiken (medizinisch, pflegerisch, kaufmännisch), sondern zwischen Oben und Unten, also zwischen Management und der Arbeit am Patientenbett empfunden. So geht es ihnen darum, den Pflegenden die ökonomische Notwendigkeit zu erklären, anstatt den Personalschlüssel im Management neu auszuhandeln. Der ökonomische Druck von außen wird unreflektiert übernommen und nach unten weitergegeben.

Pflegedirektoren dieses Typs leugnen die prekäre Situation der Stationspflege zwar nicht, sehen es aber auch nicht in ihrem Möglichkeitsrahmen, geschweige denn ihrer Verantwortung, strukturell etwas zu ändern: *„Ich kann mir natürlich auch bessere Dinge vorstellen, das ist mir klar und würde auch mehr rein geben wollen, aber es ist nun mal wie es ist, ja?“*, sagt der Befragte weiter zum Thema Personalknappheit. Was auf den ersten Blick positiv erscheinen mag, nämlich ein konfliktarmes, einiges Management sowie relativ zufriedene und als Manager anerkannte Pflegedirektoren, ist für die Organisation, die Mitarbeitenden und die Patienten jedoch hoch problematisch: Es wird hingenommen, dass sich die Arbeitssituation der Pflegenden verschärft, kaum noch Zeit für den einzelnen Patienten aufgewendet werden kann und die Organisation de facto die Stimme der Pflege verliert, die ein Gegengewicht zu rein medizinischer und kaufmännischer Orientierung bilden könnte. Zugleich gehen Akteure dieses Typus auch in starke Distanz zu den Chefärzten, welche sich gegen die Rationalitätsvorgaben der Krankenhausführung auflehnen. Die Unterordnung unter den kaufmännischen Geschäftsführer geht mitunter so weit, dass eine der interviewten Pflegedirektorinnen ihre gelegentlich vom Geschäftsführer abweichende Meinung auf fehlende Sachkenntnis zurückführt und Entscheidungsbefugnis damit verwechselt, *„informiert und gefragt“* zu werden: *„Ich werde gefragt, natürlich, ja also informiert und gefragt, und das ist ja auch wichtig, dass ich meine Meinung äußern kann oder dass ich sage, ich habe irgendwo eine Frage, weil mir irgendetwas zu Ohren gekommen ist oder weil ich etwas nicht nachvollziehen kann, und dann wird mir das ganz in Ordnung erläutert.“* (Transkript PDL 7, S. 8).

Die Position dieser Pflegedirektorin lässt sich individuell nachvollziehen. Mit einer „Flucht nach oben“ ergreift sie hier die Chance, der aussichtslosen Lage der Pflege zu entgehen und im Management einer für die eigene Karriere aussichtsreicheren ökonomischen Logik zu folgen, statt einen aussichtslosen Kampf zu führen. Freilich entschwindet hiermit auch die normative Verortung im Berufsethos der Pflege.

2. Persönlicher Einsatz für die Pflege und Burn Out

Die Pflegedirektoren, die sich nicht wie oben beschrieben von der Basis distanzieren und sich weiterhin dem pflegerischen Ethos verpflichtet fühlen, leiden stark unter der Situation. Sie unternehmen unterschiedliche Versuche, mit den auch ganz persönlich empfundenen Spannungen umzugehen und z. B. den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen die Vorgaben aus dem Management wenigstens noch schonend beizubringen oder gar selbst durch persönlichen Arbeitseinsatz die durch Personalknappheit entstehenden Lücken aufzufüllen. Meist gelingt es ihnen jedoch nicht, die wahrgenommenen Diskrepanzen in eine „Führungsspannung“ zu überführen, die es ihnen erlauben würde, eigene professionelle Ansprüche auf der Station wie im Management aktiv umzusetzen.

Wir beobachten hier Pflegedirektoren, die sich mehr oder weniger aufreiben oder angesichts des eigenen Ohnmachtsempfindens gänzlich resignieren, wie beispielsweise folgendes Zitat zur Überlastung der Mitarbeiter zeigt: *„Also da muss man ganz gut aufpassen, dass man die Menschen auch nicht an ihre persönliche Belastungsgrenze bringt. Das heißt, dass man sie auch nicht verheizt. Also da fühle ich mich auch in der Verantwortung*

dafür Sorge zu tragen, dass das Ganze noch in einem vernünftigen Rahmen geht. Und das ist das, wo man auch als Pflegedienstleiter schauen muss, wie lange kann ich das selbst eigentlich aushalten.“ (Vogd et al. 2018:143)

Dies „Aushalten“ und „Aufpassen“ reicht aber bei weiten nicht aus, um Entscheidungen des Managements aktiv zu beeinflussen. Trotz wichtiger Vermittlungsfunktionen bleiben diese Führungskräfte aber reaktiv. Ihre Position ist nicht stark genug, um eigene normative Ansprüche als Gegenbalance zu den äußeren Zwängen auszudrücken. Die professionsethische Verortung besteht zwar weiterhin, es fehlt jedoch das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit.

3. Management durch aktive Entkopplung

Einem dritten Typ, der in unserem Sample nur durch eine einzige Pflegedirektorin vertreten ist, gelingt es zumindest partiell, eigene, das Pflegeethos stützende, Rahmungen des Organisationsgeschehens vorzunehmen. Auch dieser Pflegedirektorin ist bewusst, dass ihr Handlungsspielraum angesichts der ökonomischen Überformung des Krankenhauswesens gering ist. Im Unterschied zu den Akteuren, die sich ohnmächtig fühlen oder bestenfalls Schadensbegrenzung betreiben, sieht sie für sich jedoch Ansatzpunkte, um Prozesse aktiv und vorausschauend mitzugestalten. In Hinblick auf ihre normative Verortung stehen – im Gegensatz zum ersten Typ – weiterhin die professionellen Ansprüche einer guten und patientenorientierten Pflege im Vordergrund. Als Vertreterin des Managements weiß sie jedoch zugleich um die Regeln und die Notwendigkeit der ökonomischen Abbildungen von Behandlungsprozessen. Dieses Wissen kann sie jedoch im Gegensatz zu den anderen Typen aktiv nutzen, um zusätzliche Freiräume für die Pflege zu eröffnen, etwa indem sie die Dokumentation der Pflege mehr am Patientenbedarf und weniger am Ziel der Effizienzoptimierung ausrichtet. So hat sie z. B. neue Kriterien für die Dokumentation für Pflegeleistungen entwickelt, die geschickt darauf ausgerichtet sind, dass die Pflege weniger Erfolge dokumentiert, um hierdurch den gegebenen hohen Betreuungsbedarf zu rechtfertigen: „[...] ist ja auch wieder eine Denkstilgeschichte dahinter, von wegen Pflege dokumentiert ja gerne und verständlicherweise Erfolge. Patient geht es gut, ist mobil. MDK will aber wissen von wegen, warum muss der dann noch hier sein? Wenn der Arzt schon nichts mehr schreibt, beziehungsweise wissenschaftlich erwiesen ist, dass man einen Leistenbruch auch ambulant machen kann, und dann schreibt die Pflege, hey, der ist topfit, der geht alleine duschen, dann habe ich natürlich ein Problem. Und das wird zunehmend, also ist zumindest so die Rückmeldung aus dem Controlling, ist, dass der MDK, der ja, dass er sich zunehmend auch die Pflegeberichterstattung anguckt und weiter weg geht von der ärztlichen Berichterstattung, weil er halt eben da einfach weiß, was geht medizinisch und was geht nicht. Und deswegen nochmal so diese Geschichte, von wegen, dass da Pflegeberichterstattung oder Pflegenachweis im Sinne der Hilfsbedürftigkeit und Unterstützung des Patienten schon noch hinguckt.“ (Transkript PDL 8, S. 36)

Mit dieser Handlungsstrategie macht die Pflegedirektorin die Pflegearbeit auch ökonomisch relevant, ohne sie aber an die Ökonomie zu verraten. Dem Problem, dass Pflegeleistungen im DRG-System und im Gegensatz zu ärztlichen Leistungen nicht

unmittelbar als ökonomisch relevant abgebildet sind, setzt sie geschickt etwas entgegen: nämlich dort, wo die ärztlichen Dokumentationsmöglichkeiten nicht mehr gewinnrelevant sind, positioniert sie ihre Arbeit. Im Gegensatz zu den sich der Effizienzlogik unterwerfenden Pflegedirektoren, macht sie mit ihren Dokumentationsinhalten einen Unterschied im Management. Sie bringt aktiv eine dritte, vermittelnde Perspektive ein (neben medizinischer und ökonomischer). Um es in eingangs eingeführten Begriffen zu formulieren: So kann sie den Wertkonflikten zwischen den betriebswirtschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Akteuren als Führungskraft eigene pflegeinhaltliche Akzente entgegensetzen, die dann in der ganzen Organisation bearbeitet werden müssen. Selbstredend geht mit dieser Haltung einher, dass sie dem kaufmännischen Direktor auch mal Kontra geben kann: *„was wollen Sie denn, [...] wollen Sie gut versorgte Patienten, ne, die keine Komplikationen erleiden, oder die vielleicht nicht bezahlt werden, die trotzdem gut und lebendig hier raus gehen [...]“* (Vogt et al. 2018:153).

Eine solche dritte Position löst natürlich nicht alle Probleme der Pflege. Sie verweist aber exemplarisch auf Handlungsspielräume für pflegerische Belange und auf Möglichkeiten, diese auch zu nutzen.

5. Diskussion: Perspektiven der Kompetenzentwicklung im Pflegemanagement

Gemeinsam zeigen unsere Studien, dass die proaktive Gestaltungskompetenz von pflegerischen Führungskräften eine Ausnahme darstellt (vgl. auch Schloeder 2016), die nicht darüber hinwegtäuschen kann, dass die Stellung der Pflege im Management prekär bleibt. Aus einer neoinstitutionalistischen Perspektive sind die wesentlichen Gründe hierfür zunächst äußere Zwänge, zu schnelle und wenig reflektierte mimetische Nachahmungen fremder Lösungswege, und ein oft zu geringes Vertrauen in die eigene Fachlichkeit, mit der professioneller, pflegeinhaltlich-normativer Druck auf einrichtungsinterne Managemententscheidungen ausgeübt werden könnte. Aufgrund der (politischen, berufsrechtlichen, ökonomischen und organisatorischen) Rahmenbedingungen scheint ein produktiv gestaltendes Spannungsmanagements zurzeit eher von persönlichen als von professionellen Kompetenzen oder formalen Positionen abhängig zu sein. Dies zeigt sich auch darin dass eine proaktive, managementorientierte Haltung, die sich gleichzeitig weiterhin der Pflege zugehörig fühlt, in allen Studien nur selten auftritt. Andererseits wurde aber deutlich, dass auch unter gegebenen äußeren Zwängen pflegerische Führungskräfte Spielräume haben, die sie für die Pflege nutzen können. Freilich setzt dies Kompetenzen voraus, die bislang in der Sozialisation der Pflegemanager nicht systematisch kultiviert werden.

Die Gründe, warum pflegerische Führungskräfte kaum in der Lage sind, die eigene pflegeprofessionelle Perspektive aktiv zu vertreten und einen entsprechenden normativen Druck zu entfalten, sind vielfältig. Zum einen sind die strukturellen Bedingungen zu nennen, allen voran die ökonomische Zurichtung des Gesundheitswesens. Im Kran-

kenhaus stellt die strukturell schwache Stellung der Pflege auch ein Artefakt des DRG-Systems dar, das aus ökonomischen Gründen eine Schieflage zu Lasten der Pflege erzeugt. Diese wird von rechtlicher Seite nochmals pointiert, da auch im SGB XI ein generelles Vertrauensdefizit konstatiert wird, das in Folge dazu geführt hat, dass die Pflegearbeit dort zu einem der am stärksten verregelten Arbeitsbereiche mutiert ist und sich zumindest in klassisch kirchlichen und kommunalen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen Angehörige der Pflegeberufe seltenst in der Rolle von Hauptentscheidern finden (Höhmann 2014).

So können pflegerische Führungskräfte oft allein aus rechtlichen, darüber hinaus aber auch aus sozialisationsbedingten, habituellen Gründen, ihren Einfluss nicht in gleicher Weise geltend machen, wie beispielsweise Ärzte oder Juristen. Zudem führt ein Studium des Pflegemanagements meist von der patientenbezogenen Perspektive weg. Als natürliche Vorbilder potentieller Leitungsakteure fungieren so eher „Schreibtischmanager“ (d. h. der Ökonomie), die sich kaum praktischen Versorgungsproblemen verpflichtet wissen.

Angesichts dessen wundert es kaum, dass Pflegemanager eher eine entlastende „Flucht nach oben“, ein Abwandern in eine primär ökonomisch orientierte Managementlogik suchen. Fachlich-ethische Diskrepanzen werden nicht mehr hautnah erlebt und entfalten so weniger Handlungsdruck (Höhmann et al 2018: Kap 6). Aus der Perspektive der Pflegemitarbeiter bedeutet dies, dass sie in der Mehrzahl nicht mehr daran glauben, dass ihr Management die aktuellen Probleme lösen kann (vgl. Busse 2011). Gleichzeitig findet die Pflege settingübergreifend kaum mehr potente berufsinterne und –externe Vertreter, die sich ihrer Sache annehmen könnten.

Nicht nur aus managementtheoretischer Perspektive sind diese Probleme fatal. Vor allem für die Versorgungsqualität vulnerabler Menschen ist hier dringend Abhilfe zu schaffen.

Jenseits des überfälligen strukturellen Reformbedarfs im Gesundheitssystem, zeigen unsere einrichtungsübergreifenden Ergebnisse insbesondere für die unter institutionentheoretischer Perspektive beschriebenen Mechanismen Ansatzpunkte für eine gezielte Kompetenzstärkung von Pflegemanagern auf, damit es ihnen besser gelingt, weder unreflektiert dem Außendruck noch der Mimetik zu verfallen, sondern statt dessen, berufseigene fachlich-inhaltliche und ethische Entscheidungskriterien stark zu machen:

- Zunächst gilt es als eine wesentliche Kompetenz aller Führungskräfte, Spannungen bzw. Diskrepanzen und damit verbundene Wertkonflikte wahrzunehmen. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen können kein „Behelfs-Paradies mit Harmoniegarantie“ darstellen, wie schon Rohde (1974:361) feststellte. Zu Tage tretende Innenspannungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, zwischen oben und unten, aber auch zwischen innen und außen wahrzunehmen und hier aktiv gestalten zu wollen, ist als Führungstugend zu begreifen. Denn erst damit wird deutlich, dass es den Führungskräften noch um Werte geht, für die sie sich einzusetzen bereit sind.

- Wer diese Spannungen zugunsten einer technokratischen Rationalität tilgt, die nur betriebswirtschaftliche und organisatorische Effizienz kennt, löst die Probleme nicht, sondern leistet der Entstehung einer Vielzahl motivationsgefährdender Diskrepanzerfahrungen Vorschub. Denn die Beschäftigten im Management wie auf Station erleben die Differenz von Sein und Schein, wie z. B. entsprechende Entscheidungen und Innovationen die Arbeit eben nicht erleichtern oder verbessern, oder die nach außen vertretenen Werte, wie Patientenorientierung nicht gelebt werden, und entwickeln für die Patientenversorgung langfristig dysfunktionale Überlebensstrategien (z. B. Höhmann 2014).
- Die Wahrnehmung und Artikulation von Wertkonflikten, die hinter solchen Diskrepanzerfahrungen stehen, ist die Voraussetzung für situationsangepasste Lösungen. Diese liegen nicht auf der Hand, vielmehr verlangt es einen aktiven, kreativen und nicht ad hoc zu meisternden Suchprozess, der ebenso die Spezifika der konkreten Praxis, wie die unterschiedlichen Werthorizonte balancieren kann.
- Akteure des Pflegemanagements benötigen Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit und eine große Portion Resilienz (Antonovsky 1997), um Gestaltungsaktivitäten planen und ausüben zu können. Dies setzt voraus, Lösungsmöglichkeiten zu sehen aber auch über Bedingungen zur Umsetzung zu verfügen. Sind diese nicht gegeben, kann die Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen der Akteure schnell kippen und so das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit in Ohnmacht und Resignation umschlagen lassen (vgl. Höhmann et al. 2018: Kap.2).

Auch wenn die Ergebnisse unserer Forschungsprojekte überdeutlich Problemfelder aufzeigen, so werfen sie auch ein Licht auf Gestaltungsoptionen erfolgreicher Akteure. Handbuchrezepte zu deren Erwerb gibt es nicht. Kompetenzentwicklung setzt die irritierende Wahrnehmung von Spannungen voraus sowie die Fähigkeit, diese Spannungen im Rahmen von Anforderungs-Ressourcenabgleichen aktiv abzubauen. Die notwendige Stärkung einer solchen Gestaltungskompetenz der Führungskräfte, als Teil einer reflexiven Persönlichkeitsentwicklung, ist alles andere als trivial. Vorbilder, wie starke „Musterbrecher“ (Wüthrich et al. 2009) sind rar.

Im Rahmen des Projektverbundes AKiP (Höhmann et al. 2018) wurden hierzu Ansatzpunkte entwickelt. Auf Basis eines „reflective practice“ Konzepts wurde die Selbstwirksamkeit von Führungskräften unterstützt, um vor, während und nach Entscheidungen in thematisch definierten Innovationsprozessen, reflexive Distanz zu dem von außen erlebten Druck zu nehmen, und sich auf dieser Grundlage, mit Rückgriff auf die eigene Fachlichkeit und das eigene Berufsethos „aktiv gestaltend zu den Verhältnissen zu verhalten“. Mithilfe eines strukturierten Reflexionsinstrumentes wurden sie angeregt, eigene Handlungsspielräume zu erkennen und – jenseits mechanischer Nachahmungsprozesse, Lösungs- und Passungsentscheidungen zu entwickeln, die im Einklang mit ihren fachlichen Berufsethos standen (Höhmann et al. 2018: Kap. 3). Die Reflexion der Passfähigkeit erfolgte im Hinblick darauf, ob die geplante Innovation a) für die Ziele am Arbeitsplatz, b) die eigene Motivation und Kompetenz sowie die ihrer Mitarbeiter, c) die Bedarfe der Patienten bzw. Pflegebedürftigen, d) den aktuellen Organisationsstrukturen und -prozessen angemessen ist, und welche Veränderungen

an den hausinternen Gegebenheiten oder der Innovation selbst dazu vorgenommen werden müssen. Auf diese Weise konnten die Führungskräfte vorhandene Handlungsspielräume identifizieren und zuvor nicht erkannte eigene, aber auch externe Ressourcen zur Gestaltung von Lösungen einsetzen. Solche kompetenzförderlichen Maßnahmen der Personalentwicklung können nur zusammen mit Maßnahmen der Organisationsentwicklung greifen. Deshalb wurden in den Projekteinrichtungen gleichfalls gezielte organisationsbezogene Stützmaßnahmen und Strukturen entwickelt und erprobt.

Wenn auch exemplarisch, so gelang es hier dennoch, pflegerische Führungskräfte gezielt zu unterstützen, eine aktive Gestaltungsrolle für die Durchsetzung der eigenen fachlichen und ethischen Berufsbelange zu übernehmen und die Bewältigung der oben benannten Problemfelder zu verbessern: die reflexive Distanznahme zum ökonomischen Außendruck, die Unsicherheitsbewältigung und Vermeidung schneller Nachahmungen vermeintlich erfolgreicher Lösungen Anderer, und letztlich die Stärkung berufsfachlich-ethischer Entscheidungsmuster. Das entwickelte Konzept mindert dabei bewusst die Gefahr zum „Unternehmer seiner selbst“ zu werden, es legt vielmehr – im geschützten Raum – den Schwerpunkt auf die Etablierung einer alltäglichen Umgangskultur der reflexive practice in den Einrichtungen, die ihrerseits wiederum aktive Gestaltungsmöglichkeiten langfristig erleichtert. Kluge Arbeitgeber haben dies erkannt und investieren – schon um der Qualität der Arbeit willen – bewusst in verantwortungsvolle Verwirklichungsbedingungen solcher Gestaltungs Kompetenzen.

Literatur

- Adami-Burke, J./Hagmann, K./Schug, E. (2016): Vom dynamischen Wechselspiel in Innovationsprozessen. Ergebnisse einer explorativen Bestandsaufnahme zu erforderlichen Gestaltungskompetenzen von Führungskräften. In: *Pflege & Gesellschaft* 21 (3) 229-243
- Allen, D. A. (2014): Lost in translation? 'Evidence' and the articulation of institutional logics in integrated care pathways: from positive to negative boundary object? *Sociology of Health & Illness* 36, 807-822
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Bolton, S. C. (2005): ‚Making up‘ managers: the case of NHS nurses. *Work, Employment and Society* 19, 5-23
- DiMaggio, P. J./Powell, Walter W. (1991): The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: Powell W.W./ DiMaggio P.J. (Hrsg.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 41-62
- Ethikrat, Deutscher (2016): *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. Stellungnahme 5. April 2016. Berlin: Deutscher Ethikrat
- Hasse, R./Krücken, G. (1999): *Neo-Institutionalismus*. Bielefeld: transcript Verlag
- Höhmnn, U. (2010): Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten: Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. In: Köhler-Ofierski, A./ Edtbauer, R. et al. (Hrsg.): *Gestaltung und Rationalisierung*, Band 6/2010 der Ev. Hochschulperspektiven. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre, 161-177
- Höhmnn, U. (2014): Die Pflegedokumentation in der stationären Altenpflege: Paradoxe Sicherheiten. In: Hoch, H./Zocher P. (Hrsg.): *Sicherheiten und Unsicherheiten- soziologische Beiträge*. Berlin, Lit Verlag, 235-255
- Höhmnn, U./ Lautenschläger, M./Schwarz, L. (2016a): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: *Pflege-Report 2016*, Schattauer, Stuttgart, 73-89

- Höhmann, U./Schwarz, L./Larsen, C./Lauxen, O. (2016b): Ein theoretischer Begründungsrahmen zur Identifikation übergeordneter Kompetenzanforderungen an pflegerische Führungskräfte in Innovationsprozessen. In: Pflege & Gesellschaft 21 (3), 214-228
- Höhmann, U./Lauxen, O./Schwarz, L. (2018) Gestaltungskompetenzen im Pflegalltag stärken. Frankfurt: Mabuse (im Druck)
- Meyer, J. W./Rowan, B. (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. American Journal of Sociology 83, 233-263
- Rohde, J. J. (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke
- Schloeder, E. (2016): „Eine empirische Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis“, Dissertation, PTH Vallendar.
- Sennett, R. (2005): Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag Vogd, W. (2017): Management im Krankenhaus – eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter Bedingungen des DRG-Systems. Berliner Journal für Soziologie 1, 93-121
- Vogd, W./Feißt, M./Molzberger, K./Ostermann, A./Slotta, J. (2017): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement: zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden: Springer VS
- Walgenbach, P. (2014): Neoinstitutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser, Alfred; Ebers, Mark (Hrsg.): Organisationstheorien. Stuttgart: Kohlhammer
- Wüthrich, H./Osmetz, D./Kaduk, S. (2009): Musterbrecher. Wiesbaden: Gabler

Univ.-Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Lehrstuhl für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft), Universität Witten / Herdecke, Stockumer Str. 12, 58453 Witten, Ulrike.Hoehmann@uni-wh.de

Univ.-Prof. Dr. Werner Vogd

Lehrstuhl für Soziologie, Fakultät für Kulturreflexion – Studium fundamentale, Universität Witten / Herdecke, Alfred Herrhausen Strasse 50, 58453 Witten, werner.vogd@uni-wh.de

Anne Ostermann, M.A.

Medizinische Hochschule Hannover, Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Klinik für Rehabilitationsmedizin, OE 8300, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, ostermann.anne@mh-hannover.de