

Katharina Gröning, Brunhild Sander,
Ruth von Kamen (Hrsg.)

Familiensensibles Entlassungs- management

Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt
„Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“



Mabuse-Verlag

Familiensensibles Entlassungsmanagement

Die Herausgeberinnen:

Katharina Gröning, geb. 1957, ist Professorin für Pädagogische Beratung an der Universität Bielefeld. Sie arbeitet seit 1989 als Supervisorin, Organisationsberaterin und Dozentin im Bereich Pflege- und Gesundheitsberufe.

Brunhild Sander, geb. 1957, ist Diplom-Soziologin, seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektkoordinatorin im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ an der Universität Bielefeld.

Ruth von Kamen, geb. 1983, ist Diplom-Pädagogin, seit Januar 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ an der Universität Bielefeld, Studium der Pädagogik an der Universität Bielefeld.

Katharina Gröning, Brunhild Sander,
Ruth von Kamen (Hrsg.)

Familiensensibles Entlassungsmanagement

Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt
„Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

digitale Ausgabe 2016

© 2015 Mabuse-Verlag GmbH

Kasseler Str. 1 a

60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069 – 70 79 96-13

Fax: 069 – 70 41 52

verlag@mabuse-verlag.de

www.mabuse-verlag.de

Satz: ffj – Büro für Typografie und Gestaltung, Frankfurt am Main

Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main

Umschlagfoto: © avenue images

eISBN: 978-3-86321-256-8

ISBN: 978-3-86321-233-9

Printed in Germany

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Geleitwort	8
<i>Martin Litsch und Matthias Mohrmann</i>	

Vorwort	9
---------------	---

Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Förderprogramm der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NORDWEST für Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein	15
<i>Katharina Gröning, Heinrich Lienker, Brunhild Sander</i>	

Teil 1: Familiensensibles Entlassungsmanagement

1 Entlassungsmanagement in der Perspektive von organisationalen Lern- und Bildungsprozessen	31
<i>Ruth von Kamen</i>	

2 Pflegetrainings als Element der Versorgungskontinuität im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung.	55
<i>Dorothee Lebeda</i>	

3 Hilfsmittelversorgung im Übergang zur häuslichen Pflegesituation	70
<i>Stephan Seifen</i>	

4 Zusammenarbeit zwischen Krankenhaussozialdienst und familiärer Pflege im Rahmen des Entlassungsmanagements im Akutkrankenhaus	83
<i>Corinna Contenius und Susanne Beitmann</i>	

5 Das Kompetenzzentrum für Angehörige des KKEK	96
<i>Thomas Kottowski und Susanne Natinger</i>	

Teil 2: Geriatrie und Demenz im Krankenhaus

6 Palliative Care für hochbetagte Menschen	107
<i>Katharina Heimerl</i>	

- 7 Angehörige in der Gerontologischen Pflege – Dimensionen einer partnerschaftlichen Pflege 120
Helen Güther
- 8 Implementierung eines Versorgungskonzeptes von Menschen mit Demenz im Krankenhaus am Universitätsklinikum Essen ... 136
Petra Runge-Werner
- 9 Demenz aktiv begegnen – Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und ganzheitlichen Betreuung demenzkranker Patienten im Krankenhaus 150
Michaela Friedhoff und Susanne Johannes
- 10 Geriatriisch denken, akut behandeln – was Akutkrankenhäuser von der Geriatrie lernen. 156
Ahmad Bransi
- 11 Geriatriisch denken, akut behandeln aus der Perspektive der Pflege 169
Adelheid von Spee

Teil 3: Organisation und Schnittstellen

- 12 Wie Krankenhäuser mit der späten Familie umgehen können. Anregungen zur Organisationsentwicklung 181
Katharina Gröning
- 13 Familiäre Pflege und EDV 198
Martina Klewitz
- 14 Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs 203
Simone Rusch
- 15 Beratung als zentraler Bestandteil der Sicherstellung von häuslicher Versorgung und das Problem der nicht sichergestellten Pflege 214
Katharina Gröning

Teil 4: Besondere Herausforderungen

16	Interkulturelle Perspektiven auf Demenz.	233
	<i>Hürrem Tezcan-Güntekin</i>	
17	Pflege als familiale Entwicklungsaufgabe	250
	<i>Katharina Gröning</i>	
18	Studieren und Pflege – Wie der demografische Wandel die Hochschulen berührt	261
	<i>Carina Lagedroste und Yvette Yardley</i>	
19	Psychiatrische Pflege an der Grenze? Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen Somatik und Psychiatrie.	275
	<i>Sonja Bergenthal und Heike Friesel-Wark</i>	
20	Die geschlechtertheoretische Perspektive auf Pflege	292
	<i>Sonja Bergenthal und Leona Weigel</i>	
21	Die Grenzen der Pflege – Gewalt im häuslichen Pflegealltag.	306
	<i>Carina Lagedroste und Yvette Yardley</i>	
22	Solidarität im Generationenverhältnis – Altern als gesellschaftliches und familiales Problem?	323
	<i>Anne-Christin Kunstmann</i>	
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	347

Geleitwort

Wenn ein Pflegefall eintritt, braucht jeder von uns schnelle und individuelle Hilfe. Nicht nur der unmittelbar Betroffene, sondern auch die direkten Angehörigen sind mit der neuen Situation häufig überfordert.

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung unterstützen hierbei die pflegebedürftigen Menschen, ihr Leben, trotz der Einschränkungen, weiterhin selbstständig und menschenwürdig zu gestalten. Aber ganz ohne die Hilfe und Unterstützung der Familie und Angehörigen geht es häufig nicht. Daher wurde von der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK NORDWEST und der Universität Bielefeld das Modellprojekt „Familiale Pflege“ ins Leben gerufen.

Unser gemeinsames Ziel war es, die pflegenden Angehörigen bei ihrer Aufgabe zu unterstützen und zu entlasten, damit der Pflegebedürftige so lange wie möglich in seinem familiären, vertrauten Umfeld bleiben kann.

Heute können wir mit Stolz auf zehn Jahre Erfahrungen und auch Erfolge blicken, die wir in dieser Festschrift für Sie zusammengetragen haben.

Die thematisch breitgefächerten Beiträge der Autoren beschreiben sehr anschaulich die Komplexität und die Herausforderungen, die im Zusammenhang mit einer Pflegebedürftigkeit in unserer heutigen Gesellschaft bestehen. Umso wichtiger ist es, die betroffenen Familien aktiv zu begleiten und auf die häusliche Pflege vorzubereiten, von der Krankenhausentlassung in die häusliche Umgebung, über die Verzahnung mit sinnvollen Netzwerken bis hin zur spezialisierten Begleitung bei Demenzerkrankungen.

Wir danken der Universität Bielefeld für die langjährige, erfolgreiche Zusammenarbeit und den rund 400 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein, die durch ihre Teilnahme an diesem Projekt dafür sorgen, dass es sich hier um ein Erfolgsmodell handelt.

Wir danken in besonderem Maße den „Pflegetrainern“, die inzwischen mehr als 100.000 Angehörige durch die verschiedenen Angebote erreicht haben.

Und wir danken den Patienten und ihren Angehörigen für ihre Teilnahme und ihr Vertrauen.

*Martin Litsch (AOK NORDWEST),
Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg), Mai 2015*

Vorwort

Nach dem Paragraphen 11, Absatz 4 des SGB V haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement nach der Krankenhausbehandlung. Der Gesetzgeber spricht davon, dass „insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ eine Anschlussversorgung sicherzustellen ist, für die Leistungserbringer in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen verpflichtet sind. In Bezug auf die Pflege zu Hause zählt zudem der Paragraph 39, Absatz 1 auf, dass die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung gewährleisten müsse. Die bisherige Praxis des Gesundheitssystems hat die Versorgungsbereiche vor allem als Systemwechsel verstanden, also Wechsel vom stationären in das ambulante System und ein wenig ist diese Sichtweise auch in den Buchstaben des Gesetzes angelegt. Übergeleitet wird von der stationären Behandlung in die stationäre oder ambulante Pflege und die Schnittstellen, die hierbei entstehen, sind professionelle Schnittstellen. Tatsächlich handelt es sich bei der Überleitung von vor allem hochaltrigen Patienten aber um einen System-Lebenswelt-Wechsel. Der Patient wechselt von einer Institution nach Hause oder in ein Heim, welches künftig sein Zuhause sein wird.

Gegenstand des vorliegenden Buches ist der Wechsel in die häusliche Umgebung und die Pflege in der Familie. Zehn Jahre Erfahrung im Modellprogramm mit mehr als achthundert Pflegetrainerinnen und vierhundert Krankenhäusern haben uns, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Modellprogramms an der Universität Bielefeld gezeigt, dass in der Praxis dieser System-Lebenswelt-Wechsel mehrheitlich unter der Chiffre vollzogen worden ist, der Patient geht nach Hause, Entlassungsmanagement entfällt. Case Management, Entlassungsmanagement und Überleitung waren vollständig auf nachgelagerte Expertensysteme ausgerichtet. Die Familie als Pflegeinstitution und Adressat wurde in den Systemen nicht mitgedacht. Dieses Nichtmitdenken der Familie hat mit dominierenden Deutungsmustern in Krankenhäusern zu tun, welche die Familie als Konsumenten von Dienstleistungen betrachten. Tatsächlich sind Familien aber Koproduzenten von Dienstleistungen. Sie müssen die Dienstleistung durch spezielle Fähig-

keiten erst produktiv machen. Ein Pflegehilfsmittel, welches zum Beispiel zu Hause nur abgekippt wird, weil der Leistungserbringer an der Schulung und Ausbildung der Angehörigen im Umgang mit dem Hilfsmittel spart, wird zur Wohlfahrtsproduktion überhaupt nichts beitragen. Das Hilfsmittel wird dann gar nicht oder falsch angewendet und hilft im Alltag nicht mehr, die Pflege zu erleichtern. Die Überleitung in die häusliche Situation setzt also Koproduktion als erstes Prinzip voraus, das heißt die klassische Aufteilung: hier der Produzent der Dienstleistung, dort der Konsument, ist schon im Ansatz falsch. Dies hat im Übrigen die Dienstleistungsforschung bereits seit den 1970er-Jahren herausgefunden, indem sie davon spricht, dass neben der Koproduktion auch eine besondere Interaktionsintensität zu den Merkmalen der Dienstleistung gehören. Das heißt, Dienstleistung braucht Zeit, weil sie nur kommunikativ und koproduktiv erbracht werden kann. Da sie sich zudem nicht auf Vorrat produzieren lässt, sondern „uno-acto“-Produktion und Konsumtion zusammenfallen, ist es der Empfänger der Dienstleistung, der quasi über seine Fähigkeiten den Zeitrhythmus der Leistungserbringer mitbestimmt. Es entstehen durch alle drei Merkmale der Dienstleistung: Koproduktion, Kommunikation und „uno-acto“-Prinzip, deshalb Spannungen zwischen den Berufsrollen der Gesundheitsdienstleister und den Empfängern. In der Regel werden diese Spannungen als Zeitspannungen und als Empathiespannungen wahrgenommen. Die Pflegekraft hat keine Zeit und sie versteht den Patienten und den Angehörigen nicht. Wer die Pflege zu Hause sehr stark aus der Perspektive des Systems Krankenhaus denkt, wird andere Spannungen erleben als diejenigen, die ihre Dienstleistungen aus der Patientenperspektive betrachten können.

Neben dem Prinzip der Koproduktion sind es Prinzipien der Familiensensibilität, die für das Entlassungsmanagement nach Hause von besonderer Bedeutung sind. Seit Einführung der Pflegeversicherung dominieren familienskeptische öffentliche Bilder zur Pflege zu Hause. Zwar gilt die Familie als „die zentrale Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen“ (BMFSFJ 2002, S. 193) und es werden von den ca. 2,5 Millionen pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik mehr als 70 % zu Hause versorgt, jedoch wird diese Leistung der Familien kaum als wohlfahrtsproduzierend anerkannt. Vielmehr wurde lange Zeit angenommen, dass die Familie als Wohlfahrtsproduzent

für die Pflege und die Sorge um die alten Menschen kaum noch Zukunft hat. „Familiale Pflegepotenziale erodieren“, so die Haltung, da von einer Abnahme der familialen Solidarität ausgegangen wurde. Diese Annahme über die Erosion familialer Pflege ist vor allem ein wissenschaftliches Konstrukt. Drei Diskurse sind hierfür verantwortlich gewesen. Zum ersten der Diskurs zur modernen Gesellschaft, die bunter werde, individueller und flexibler. Besonders das sich ändernde Geschlechterverhältnis wurde so diskutiert, dass Frauen wegen sogenannter Modernisierungsanforderungen nicht mehr als Pflegende zur Verfügung stehen würden. Es komme zu einem Verschwinden der Solidarität. Besonders zynisch sind Sätze, dass Frauen in ihrer Bereitschaft nachlassen würden, in die Helferrolle zu wechseln. Es ist also nicht die innerfamiliäre Ungerechtigkeit, dass Frauen mit der Pflege allein gelassen werden, nicht der mangelnde sozialrechtliche Schutz der Pflegesituation, die Verachtung als Laie und nicht ernst zu nehmende „Mutti“, die den Frauen entgegenschlägt, wenn sie die Pflege übernehmen, sondern es ist der Anspruch nach Anerkennung der Sorgearbeit, nach innerfamiliärer Gerechtigkeit und Anerkennung sowie nach Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, den die modernen Frauen formuliert haben, der zur Krise der häuslichen Pflege führe. Nun: Diese ist ausgeblieben, trotz Modernisierung. Und ganz langsam formuliert die neue Familienministerin Manuela Schwesig ein neues Leitbild der generativen Sorge.

Ein zweiter bedeutender und wiederum familienskeptischer Diskurs zur Pflege kommt von den Experten des Gesundheitssystems selbst. Die Familien gelten als überfordert und belastet. Mit der Einführung der Pflegeversicherung und ihrem Grundsatz „ambulant vor stationär“, mussten sich die Professionellen auf die zu Beginn genannte Koproduktionsrolle neu einrichten und ihr Professionsideal verändern. Dabei ging es auch um einen Markt für die verschiedenen Dienste, um deren Pflegeverständnis, Leitbild und Strategie. Und tatsächlich haben die Pflegenden ja überforderte Angehörige erlebt, die die Pflege nicht als Entwicklungsaufgaben im Lebenszyklus, sondern als Schicksal verstanden haben und verzweifelt waren. Vom Klagen zum Lernen zu kommen und sich mit den Angehörigen gemeinsam Kompetenzen zur Gestaltung der Pflege zu Hause zu erarbeiten, ist die viel beschriebene Familiensensibilität. Erschwerend kam für die Professionellen hinzu, dass auch hinsichtlich der Belastung der häuslichen Pflege von der Wissenschaft kaum

Hilfe kam. Die Belastungsforschung und die Stressforschung sind Grundlagenforschungen, die kaum Lösungen für die Professionen anbieten. Dass Belastung und Stress oder Überforderung aber Antworten der Psyche und des Körpers auf fehlende Kompetenzen sind, es also darum geht, Fähigkeiten in die Lebenswelt zu transferieren, um so zur eingangs beschriebenen Koproduktion zu kommen, ist eine wichtige Voraussetzung des Denkens. Professionen dürfen in Bezug auf die Koproduktion von Dienstleistungen nicht expertokratisch denken, sondern müssen sich die Frage stellen, welche Fähigkeiten sie den Familien vermitteln können, um hier zu einer besseren Bewältigung des Alltags, zu einem gelingenderen Alltag zu kommen. Stattdessen sind die Professionellen häufig voll mit klinischen Deutungsmustern zur Familie. Vor allem im Studium der Sozialen Arbeit, der Pädagogik und heute auch der Pflege lernen Professionelle therapeutische Deutungen zum familialen Alltag. Die Familie erscheint nicht als zu unterstützende Lebensform, sondern als zu analysierendes System. Gleichzeitig fehlen wichtige Verstehenszugänge zur Familie, wie jene heute eine Herstellungsleistung ist, bei der man quasi zusammenhält, was auseinanderfliegt oder auseinanderzufliegen droht. Bindungen werden zudem schnell einem pathologisierenden Blick unterzogen. Vor allem wenn vom Aufrechterhalten einer Tradition oder eines Familienmythos, von Schuld und Wiedergutmachung, von christlicher Nächstenliebe oder Ähnlichem bei der Motivation zur Pflege gesprochen wird, werden aus dem Motiv der Zuneigung zu den Eltern rollenimmanentes Verhalten, „doing gender“, Rollenumkehr. Dies ist das Gegenteil von Familiensensibilität.

Es gibt aber auch andere Stimmen. 1992 haben die bekannte Familienforscherin Yvonne Schütze und ihr Kollege Frieder Lang zur familialen Sorge positiv Stellung genommen. Sie machen darauf aufmerksam, dass die negativen Sichtweisen auf die Familie, die sie „believe in pathology“ nennen, seit den 1960er-Jahren bestehen und sich nicht bewahrheitet hätten. Aus einer Perspektive, in der die Familie vorwiegend als Konsumort betrachtet wird, einem Ort, an dem Freizeit, Glück und Spaß zu Hause sind, werden Entwicklungsaufgaben schnell als Belastungen betrachtet. Das Konzept der Verantwortung für die alten Eltern von Schütze und Lang fügt sich sehr gut in das Bielefelder Konzept der späten Familie und der individuellen und familialen Entwicklungsaufgaben ein. Zeitlich etwa parallel zur nachelterlichen Phase

im Familienzyklus findet im Lebenslauf eine zunehmend absehbare weitere und erwartbare Verantwortungsphase für die alten Eltern statt. Schütze und Lang rezipieren hier Margret Blenkner (1965) und den von ihr entwickelten Begriff der filialen Reife (filial maturity). Töchter und Söhne zwischen 40 und 50 erlebten eine filiale Krise, die dadurch begründet sei, dass die Kräfte der Eltern nachlassen und diese mehr und mehr auf die Unterstützung ihrer Kinder angewiesen seien. Auf diese Krise folge die Phase der filialen Reife, während der sich die Kinder um die alten Eltern kümmern und gleichzeitig auf das eigene Alter vorbereiten. „Healthy resolution of the filial crisis means leaving behind the rebellion and emancipation of adolescence and early adulthood an turning again to the parent, no longer as a child, but as a mature adult with a new role and a different love, seeing him for the first time as an individual with his own rights, needs an limitation and a live history that, to a large extent, made him the person, he is long before his child existed“ (Blenkner 1965, S. 57 f.). Schütze und Lang (1992) folgern aus der Normalisierung dieses Tatbestandes der Lebensphase „Verantwortung für die alten Eltern“, dass sich in der Zivilgesellschaft eine Art Kultur der familialen Sorge für alte Menschen entwickelt, wobei das Anliegen der beiden Verfasser ist, nachzuweisen, dass sich diese Kultur auch bei getrennten Wohnungen, also im modernen Kontext entwickelt. Heute stellt sich die Entwicklung der Pflege in unserem Land deutlich so dar, dass Ehepartner als pflegende Angehörige zunehmend wichtiger werden. Anders also als das Bild von den dominierenden Eltern lassen viele ihre Kinder arbeiten und leben und übernehmen die Verantwortung zunächst selbst. Erwachsene Kinder gehören deshalb zunächst zu den Pflegenetzwerken, sie sind aber zumeist erst dann Hauptpflegepersonen, wenn ein Elternteil bereits verstorben ist oder beide Elternteile so hochaltrig sind, dass die Partnerpflege faktisch nicht mehr möglich ist. Familiensensibles Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern heißt deshalb neben den Kindern und der Entwicklungsaufgabe der Verantwortung mit den alten Eltern umzugehen, auch sich auf die hochaltrigen Pflegepersonen einzustellen. Last but not least wird unsere Gesellschaft bunter. Kultursensible Pflege tritt als Anforderung an das Entlassungsmanagement neu hinzu.

Im Sinne dieses Entwurfes ist die vorliegende Festschrift für das Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ verfasst.

Die Autorinnen und Autoren geben sowohl aus wissenschaftlicher wie auch aus unmittelbar praktischer Sicht Einblicke in das Modellprogramm und seine Umsetzung. Zu Wort kommen Pflegetrainer/innen, Projektmitarbeiter/innen und Expert/innen im Kontext unseres Projektes.

Literatur

Blenkner, M. (1965): Social Work and Family Relationships in Later Life with Some Thoughts on Filial Maturity. In Shanes, E.; Streib, G. F. (Hg.): Social Structure and the Family. Generational Relations, Englewood Cliffs, S. 46–59.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJS) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung der demenziellen Erkrankungen, Berlin.

Schütze, Y.; Lang, F. (1992): Verantwortung für alte Eltern – eine neue Phase im Lebenslauf. In: Familie und Recht, 3. Jg. 6, S. 336–341.

Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Förderprogramm der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NORDWEST für Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein

Katharina Gröning, Heinrich Lienker, Brunhild Sander

Überblick

Das Förderprogramm dient der Unterstützung von Fähigkeiten, Kompetenzen sowie Lern- und Entwicklungsprozessen in sorgenden und pflegenden Familien und vergleichbaren Solidaritätsgemeinschaften. Schwerpunkte sind Information, Beratung, Praxisanleitung und Bildung im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Versorgung.

400 Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien und Rehakliniken in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein nutzen 2015 das Förderprogramm und begleiten Angehörige beim Übergang in die familiäre Pflege bis sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt. Beteiligt sind 80 % der Allgemeinkrankenhäuser und 87 % der psychiatrischen Fachkliniken. Kumuliert über den Förderzeitraum sind Ende des Jahres 200.000 Angehörige erreicht. Es wird deutlich: In der alternden Gesellschaft sind wir alle Teil der Demenzszenen, ganz gleich, ob uns das bereits bewusst ist oder nicht. Und eine Gruppe wurde bei der oben stehenden Aufzählung nicht genannt, obwohl sie unmittelbar mit dem Thema Demenz verbunden ist: Gemeint sind alle Menschen, die mit kognitiven Veränderungen leben, ob man diese nun Gedächtnisproblem, Demenz, Gehirnalterung oder wie auch immer nennen mag. Leider spielen sie im Umgang mit dem Thema meistens nur eine Nebenrolle.

Jahr	Häuser	Angehörige ¹⁾	Mittelwert
2006	25	172	7
2007	29	650	22
2008	52	1.438	28
2009	104	3.168	30
2010	149	7.521	50
2011	200	15.158	76
2012	251	27.151	108
2013	312	38.657	124
2014	361	48.101	133
2015	400	58.000 ²⁾	145
Su.	400	200.016	

1) Pflegetrainings im Krankenhaus und in der Familie, Initialpflegekurse und Gesprächskreise.

2) Projektion auf das Jahresende.

Nachfolgend thematisieren wir die Grundanliegen des Programms „Familiale Pflege“ und kommentieren die Förderkonditionen.

Bezugsrahmen und Grundanliegen

(1) Die Bevölkerung wird älter und hochaltriger, wobei die Wahrscheinlichkeit der Krankenhauseinweisung mit dem Alter zunimmt. 2050 werden 45 % der Patientinnen und Patienten in NRW 75 Jahre und älter sein. Bereits von 2010 nach 2020 steigt der Anteil von 24 auf 30 %, während die Krankenhäusfälle in allen anderen Alterskohorten bis 55 Jahre massiv sinken (vgl. it.nrw 2010).

(2) Mit der wachsenden Gruppe der alten und hochaltrigen Patienten, speziell im vierten Lebensalter, sind die Krankenhäuser an verschiedenen Stellen überfordert. In der Selbstwahrnehmung von mittleren Führungs-

kräften der Pflege kann die pflegerische Versorgung von Patienten mit Demenz allenfalls in 60 % der Fälle noch als ausreichend angesehen werden. In der Größenordnung von 40 % kann eine sichere und gute Pflege nicht mehr gewährleistet sein (vgl. Isfort et al. 2014). Dafür werden in der Hauptsache wirtschaftliche Gründe, Zeitknappheit und Wissensprobleme geltend gemacht. Aber es ist nicht nur dies. Während der Krankenhausbetrieb auf Normalisierung gerichtet ist und invasiv funktioniert, leben die Patienten mit Demenz in einer imaginären Lebenswelt und nehmen Abschied aus dieser Welt. Sie brauchen Schutz, einen palliativen Ansatz im Sinne der Ummantelung und gemeinsamen Sorge, das heißt enge und gute Koproduktion mit dem gewohnten sozialen Umfeld.

(3) Zugleich erzwingen Fallpauschalen (G-DRG, PEPP) kürzere Verweildauern. Sie sind inzwischen auf 7,6 Tage abgesunken. Damit ist komplementär auch der Handlungskorridor determiniert, der den pflegebedürftigen Patienten und ihren Familien heutzutage verbleibt, um die Übernahme der Pflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt vorzubereiten und sich den neuen Entwicklungsaufgaben zu stellen, zumeist im Gefolge eines gesundheitlichen Schicksalsschlags. Derartige Lebensumbrüche kann niemand für sich ausschließen, aber sie kommen gewöhnlich doch unvorbereitet.

Mit den Fallpauschalen verschwindet die kompensatorische Funktion, die Krankenhäuser traditionell für erkrankte alte Patienten innehatten. Haben diese vormals die Defizite in der ambulanten und häuslichen Versorgung auffangen und Lücken in der Versorgung überbrücken können, so ist diese Funktion heutzutage als Fehlbelegung etikettiert. Dabei ist der Übergang in die poststationäre Versorgung seit jeher risikoreich und stör anfällig.

(4) Künftig noch stärker in den Blick zu nehmen sind die Familien. Denn sie sind die zentrale Institution zur Versorgung und Pflege der älteren, multimorbiden und der chronisch und demenziell Kranken. Von den derzeit 2,63 Millionen pflegebedürftigen Menschen im Sinne des SGB XI (ohne Stufe 0) werden 70 % in der häuslichen Umgebung versorgt, 47 % allein von den Familien, und zwar über alle Pflegestufen hinweg, unverändert weitere 23 % mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes. 29 % entfallen derzeit auf Altenheime. Das ist ein Prozent weniger als 2011. Bis 2020 erhöht sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen auf 2,9 Millionen. Für 2050 werden

4,5 Millionen Pflegebedürftige erwartet, der stärkste Anstieg davon in den Kohorten 90 Jahre und mehr. Das ist eine Verdoppelung gegenüber 2007 (vgl. Pflegestatistik 2011).

(5) Das hohe Engagement der Familien bei der Versorgung alter hilfsbedürftiger Angehöriger widerlegt solche Theorien des sozialen Wandels, die die Familien ausschließlich erodieren und in der Pflege ein „Auslaufmodell“ sehen. Die Familien der Moderne zerfallen nicht einfach, sie wandeln sich und die Pflege wird „bunter“. Künftig wird es mehr (häufig selbst hochaltrige) Ehepartnerpflege, mehr Pflege von hochaltrigen Migranten ebenso wie mehr Pflege durch junge Angehörige der Enkelgeneration geben. Ein Auslaufmodell ist weniger die familiäre Loyalität, dafür mehr die Konstruktion, dass der Generationenvertrag auf einem Geschlechtervertrag ruht und die Pflege Frauensache sei (vgl. Kunstmann 2010). Im Verschwinden sind hingegen die enge Verbindung von Erben und Pflegen und die damit zusammenhängende Schwiegertochterpflege. Auch die Hausfrauenehe schwindet, was bedeutet, dass Pflege und Beruf vereinbart werden müssen. Umfragen belegen, dass auch diese modernen Familien zur Übernahme von Versorgung und Pflege der alten Eltern in hohem Maße bereit sind, auch wenn sie das nicht als ihre „heilige Pflicht“ ansehen. Die Pflege eines oder mehrerer alter Menschen ist eine große Entwicklungsaufgabe in den Familien, die nicht nur durch Dienstleistungen und Services bewältigt werden kann. Die Familien benötigen hier vielmehr Pflegewissen, pflegerische Handlungskompetenz und Fähigkeiten, ihren familialen Alltag, ihre Biografien und die Pflege gelingend zu gestalten. Diese „weichen“ Dimensionen einer guten Pflegestruktur kann man nicht kaufen oder ordern, man muss sie lernen (Gröning 2014).

(6) Die vorgenannten krankenhausesökonomischen, demografischen und familialen Veränderungen stellen das Überleitungsmanagement in den Krankenhäusern vor neue Herausforderungen. Der zeitliche Korridor für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung verdichtet sich teils auf wenige Tage. Das mindert aber nicht im Geringsten die Verantwortung der Krankenhäuser für die Patientinnen und Patienten. Vielmehr wächst komplementär die Verpflichtung, Brücken zur nachstationären Versorgung zu bauen. „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ (§ 11 Abs. 4 SGB V; vgl. a. § 39 Abs. 1,

ferner KTQ, Subkategorie 1.5 sowie den Expertenstandard des DNQP zum Entlassungsmanagement 2009).

Die Krankenhäuser haben ein hohes Eigeninteresse, dass die Entlassung der Patientinnen und Patienten mit poststationärem Unterstützungsbedarf bedarfsgerecht und gut koordiniert erfolgt und ein nahtloser Übergang in die häusliche Umgebung gelingt. Denn der Drehtüreffekt infolge eines suboptimalen Entlassungsmanagements ist ökonomisch kontraindiziert und schadet auf Dauer dem Ansehen eines Hauses. Umgekehrt minimiert professionelles Entlassungsmanagement die Risiken von Wiedereinweisungen, die besonders häufig in der ersten Woche nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgen, weil etwa das häusliche Arrangement nicht stimmig ist oder noch nicht trägt.

(7) Einen wichtigen Grund für die Defizite in der Bildung und Beratung von Familie und Angehörigen, die wir in unseren Untersuchungen vielfach gefunden haben, sehen wir in der Diskontinuität und der unzureichenden Integration der Unterstützungsleistungen. Sie sind punktuell, kurzfristig, unübersichtlich und meist nur auf einzelne Problemabschnitte bezogen. Vor allem sind sie zumeist nicht mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser vernetzt. Die bisherigen Pflegekurse sind vor dem Hintergrund der vorstehend skizzierten Entwicklungen auch unter methodischen Gesichtspunkten unzureichend. Sie sind vor allem dozierend und verrichtungsorientiert.

(8) Die Enquete „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) resümiert: „Die Kommission teilt die seit Langem geäußerte Kritik, dass die pflegenden Angehörigen gewährte Unterstützung zu gering ist. Zwar ist in den vergangenen Jahren etliches unternommen worden, um pflegende Angehörige zu unterstützen, doch treffen viele der Angebote nicht den Bedarf und nicht die Bedürfnisse der Angehörigen oder erreichen sie erst gar nicht. Hier eine Veränderung herbeizuführen, ist aus Sicht der Kommission eine überfällige und vordringliche Aufgabe.“

Neben der Optimierung des Übergangs vom Krankenhaus in die häusliche Pflege sind die Entwicklung und der Aufbau von Unterstützungsleistungen für pflegende Familien ein weiteres Grundanliegen des Förderprogramms. Im Sinne des § 45 SGB XI sollen Information, Beratung, Praxisanleitung und Bildung die versorgenden, pflegenden und begleitenden Familien befähigen, die ihnen gesellschaftlich zugeschriebenen Aufgaben zu übernehmen und

die neuen familialen und persönlichen Entwicklungsaufgaben aktiv zu bewältigen. Die Angebote wollen wir flächendeckend und auf Dauer stellen.

Das Förderprogramm „Familiale Pflege“

Im Krankenhaus der Zukunft leisten Sozialdienst, Entlassungsmanagement, Fallmanagement oder Patientenservicezentren die Prozesssteuerung und darin eingeschlossen die soziale Überleitung. Die Pflege verantwortet arbeits- teilig die Information, Beratung und Praxisanleitung der Patientinnen und Patienten. So ist es im SGB V, den Fallpauschalen und den Krankenhausge- setzen der Länder normiert.

Das Förderprogramm unterstützt ergänzend die Information, Praxisan- leitung, Beratung und Bildung der pflegenden Angehörigen in Allgemein- krankenhäusern, Psychiatrien und Reha-Kliniken bis sechs Wochen nach der Entlassung. Die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK NORDWEST stellen jährlich die erforderlichen Mittel aus dem SGB XI bereit, und zwar unabhängig von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten. Projektträger ist die Universität Bielefeld. Ihr obliegt die konzeptionelle Entwicklung sowie das Management des Modellprogramms, eingeschlossen die treuhänderische Mittelverwaltung. Die Universität kooperiert mit IN CONSULT, Bochum. Förderbausteine sind:

Förderbausteine	Umfang	Förderung
Erstgespräch	30 bis 45 Min.	40 EUR
Pflegetrainings im Krankenhaus	30 bis 45 Min.	40 EUR
Familienberatung im Krankenhaus	90 Min.	80 EUR
Familienberatung in der Wohnung	90 Min.	104 EUR
Qualitätscheck in der Wohnung	30 bis 45 Min.	52 EUR
Pflegetrainings in der Wohnung	30 bis 45 Min.	52 EUR
Initialpflegekurse	12 Ustd.	600 EUR
Gesprächskreise	3 Ustd.	120 EUR
Wissenschaftliche Weiterbildung	10 Tage	Studiengebühren
Entwicklungsgruppen	4 x im Jahr	102 EUR

Erstgespräche mit den Familien

Der Einstieg in die Pflegetrainings erfolgt zumeist über Erstgespräche. Hier informieren die Pflegetrainerinnen über die Diagnosen, sammeln Informationen und erörtern den poststationären Versorgungsbedarf (Pflegeplanung). Beratung, Praxisanleitung und Bildung setzen darauf auf. Die Kommunikation verläuft wertschätzend, einfühlend und auf Augenhöhe. Sie stärkt das Gute und sucht für das Schwierige nach Lösungen. Zuweilen sind die Erstgespräche auch mit ersten praktischen Übungen am Krankenbett verbunden.

Pflegetrainings im Krankenhaus

Pflegetrainings im Rahmen des Förderprogramms „Familiale Pflege“ qualifizieren Angehörige für die Ausübung der Pflege. Sie werden von Fachkräften am Krankenbett durchgeführt. Voraussetzung ist eine (zu erwartende) Pflegestufe, eingeschlossen Stufe 0.

Die Pflegetrainings sind auf die individuelle Situation abgestimmt. Die Bedeutung der Pflegetrainings kann für den gelingenden Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege kaum hoch genug veranschlagt werden. Denn die Kompetenzen für die Übernahme der Pflege sind in den Familien in der Regel nicht vorab vorhanden, sondern müssen zunächst angeeignet werden, und zwar nicht irgendwann, sondern unmittelbar im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung.

Qualitätscheck

Ein Sonderbericht zu Pflegehilfsmitteln, der jüngst entstanden ist, fördert enorme Entwicklungspotenziale an den Schnittstellen der familialen Pflege zu den professionellen Leistungssektoren zutage: In einem Drittel der Fälle ist die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach dem Krankenhausaufenthalt mangelhaft. Ein weiteres Drittel bewegt sich im gelben Bereich. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir generell Qualitätschecks unmittelbar nach der Entlassung, um eine gelingende Überleitung sicherzustellen. Weitere Felder sind die Verträglichkeit, Dosierung und Einnahme von Medikamenten oder auch ganz profan die Stolperfallen o. Ä. in den Wohnungen.

Pflegetrainings in der Wohnung

Aufsuchende Pflegetrainings in der Wohnung des Patienten sind bis sechs Wochen nach der Entlassung möglich und zielführend, insofern eine (zu erwartende) Pflegestufe vorliegt. Denn am Krankenbett sind die Bedingungen häufig doch sehr anders als in der häuslichen Umgebung und zudem lassen die kurzen Verweildauern zumeist nicht genügend Raum für die Pflegetrainings im Krankenhaus. Zudem haben wir im Rahmen der Evaluation zahlreiche Hinweise gefunden, dass pflegende Ehepartner jenseits der 80 sich nur noch ausnahmsweise Pflegetrainings im Krankenhaus zumuten.

Aufsuchende Pflegetrainings stellen eine Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements dar: Kompetente Pflegefachkräfte begleiten Angehörige in der oft krisenhaften Anfangssituation und stabilisieren dadurch die familiäre Pflege von Beginn an. Die Pflegeanleitung in der Familie bietet die Chance, das häusliche Umfeld einzubeziehen und Pflegetechniken mit den verordneten Pflegehilfsmitteln zu üben. Im Falle kollabierender oder gefährlicher häuslicher Pflegen erfolgt eine Absprache mit der Pflegeberatung der zuständigen Kasse. Aus Gründen der Trägerneutralität kann die aufsuchende Beratung nur von den Krankenhäusern selbst und nicht von zugehörigen oder kooperierenden ambulanten Diensten durchgeführt werden.

Familienberatung

Kaum eine Familie kann sich vorstellen, wie sich die Familienbeziehungen und der Alltag entwickeln werden und vor allem wie lange die Pflegeverantwortung dauern wird. Dementsprechend zeigen unsere vorgängigen Forschungsergebnisse, dass fast alle Familien im Nachhinein den Rahmen und die Arrangements für die Pflege anders gesetzt hätten, wenn sie gewusst hätten, was sie erwartet. Dann nämlich wäre das Setting für die Versorgung und Pflege realitätsnäher, bewusster, fairer, geschlechtergerechter und geplanter gewählt worden.

Aus diesem Grund gibt es im Rahmen des Förderprogramms die Familienberatung und deshalb ist diese so fundamental wichtig. Ziel ist immer, ein Pflege- und Sorgenetzwerk zu entwickeln, das die Verantwortung im Alltag im Lichte der realisierbaren Ressourcen gerecht verteilt und nach Möglichkeit das soziale Umfeld einschließt. Das gelingt im moderierten Familien-

gespräch fast immer zur Zufriedenheit der Beteiligten, jedenfalls sehr viel häufiger als wir ursprünglich zu hoffen gewagt haben.

Initialpflegekurse

Die Initialpflegekurse (mit in der Regel drei bis sieben Teilnahmen) für pflegende Familien und darüber hinaus das soziale Umfeld haben sich bestens bewährt. Sie laufen über zwölf Unterrichtsstunden (Ustd.) an drei Tagen, häufig samstags. Wünschenswert sind gesonderte Kurse für Somatik und Demenz, in den Psychatrien auch mit dem Schwerpunkt Altersdepression. Eine Pflegestufe ist hier nicht vorausgesetzt.

Die Bewertung der Kursangebote ist durchweg positiv. Zwei Aspekte möchten wir bereits besonders hervorheben: 96 % der Befragten äußern, durch die Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung gut vorbereitet zu sein. 94 % der Teilnehmenden in Initialpflegekursen geben an, dass die Gespräche über die Familiensituation ihnen geholfen haben.

Aufbaukurse Somatik, Demenz und Altersdepression

Im Anschluss an die Initialpflegekurse gibt es zuweilen eine manifeste Nachfrage nach fortführenden Angeboten. Eine Reihe von Krankenhäusern haben darauf mit Aufbaukursen für Angehörige in Form von Gesprächskreisen reagiert bzw. planen diese. Abrechenbar sind drei Unterrichtsstunden im Monat pro Kurs (Somatik, Demenz und Altersdepression).

Wissenschaftliche Weiterbildung

Die Wissenschaftliche Weiterbildung (WWB) ist der Nukleus für die Kompetenzförderung der Promotoren in den Krankenhäusern. Die WWB läuft über zehn Präsenztage verteilt über zwei Jahre. Sieben Studienbriefe dienen ergänzend der Eigenarbeit. Adressaten sind engagierte und sozial kompetente Pflegefachkräfte, die die Pflegetrainings, Initialpflegekurse und Gesprächskreise praktisch umsetzen. Studiengebühren fallen nicht an. Die entsendenden Einrichtungen tragen Reisekosten, Verpflegung sowie Übernachtung. 61 Entwicklungsgruppen zur Systementwicklung mit jeweils zwischen fünf und zehn Krankenhäusern, Aufbaukurse sowie Projektforen für die Pflege-managements flankieren die Aufbauarbeit. Ende des Jahres 2015 sind 1.060 Pflegefachkräfte für die Information, Praxisanleitung, Beratung und Bildung

von pflegenden Angehörigen qualifiziert. Sie sind die eigentlichen Akteure der familialen Pflege.

Konzeptionelle Entwicklung und Wissenstransfer

Von zentraler Bedeutung für die Implementation eines flächendeckenden, kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Unterstützungsangebots für pflegende Familien ist der Wissenstransfer. Die Universität generiert neues Wissen in Form von innovativen Konzepten, fördert die ständige Verbesserung und gewährleistet auf diesem Wege eine hohe Qualität der Pflegetrainings, Initialpflegekurse und Aufbaukurse durch eine enge Koproduktion mit den Akteuren der beruflichen Praxis.

Ein zentrales Medium sind die Evaluationsberichte. Daneben entstehen Sonderauswertungen, zuletzt zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Ein Bericht zu Medikation evaluiert die tatsächliche Versorgung in den ersten sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt. Er bildet zusammen mit der Pflegehilfsmittelstudie die Grundlage für die Weiterentwicklung der Qualitätschecks. Vor allem für die Psychiatrien vermuten wir enorme Verbesserungspotenziale.

Mit der Evaluation eng verbunden ist die Lehrforschung im Rahmen der Arbeitsgruppe Pädagogische Beratung der Universität Bielefeld. In diesem Rahmen ist ein Sonderbericht zu nicht sichergestellten Pflegen entstanden. Ein weiteres Projekt forscht zur Demenz im Krankenhaus (vgl. Gröning, Heimerl 2012). Darauf gestützt entsteht ein „Trainingsprogramm Demenz“ speziell für Angehörige von Patienten mit kognitiven Störungen.

Systementwicklung

Eine weitere Herausforderung des Wissenstransfers ist die IT-gestützte Erfassung von Patienten mit (zu erwartender) Pflegestufe (0 bis 3), künftig Pflegegrade, binnen 24 Stunden nach Aufnahme.

Die Wirtschaftlichkeit des Programms korreliert in sehr hohem Maße mit der Menge der erreichten Angehörigen sowie der Beratungsqualität in der Koproduktion mit den pflegenden Familien (Arbeitsbündnisse), gemessen in praxisanleitenden Trainingseinheiten. 67 Krankenhäuser haben 2014 Mittelanforderungen mit mehr als 26.000 EUR eingereicht (entsprechend 0,5 Stelle oder im Mittel 268 Angehörige pro Jahr). Unsere Deckungsbei-

tragsrechnung (DBR) zeigt, dass die Wirtschaftlichkeit über die gesamte bunte Vielfalt der Umsetzungsmodelle generell erreicht wird, exakt gesagt in 84 % der Bestandshäuser. Und von den 17 Häusern in der Implementierungsphase (18 Monate) erreichen immerhin bereits 53 % die Kostendeckung. Dabei sind die zweiten und dritten Wirkungen (Kompensation Entlassungs-/Versorgungsmanagement gemäß SGB V, weniger pflegerisch induzierte Wiedereinweisungen, kürzere Verweildauern, Bindung von Patienten/Zuweisern, Marketing, Qualitätsmanagement, Weiterbildungen/Foren, Konzeptentwicklung/Wissenstransfer) noch gar nicht kalkuliert.

Kritisch ist die Kostendeckung hingegen nach unseren Beobachtungen insbesondere bei weniger als 100 abgerechneten Angehörigen im Jahr. Hier geht es darum, die unproduktiven Systemkosten durch Mengenwachstum sowie professionelle Trainingsprogramme zu senken. Das Förderprogramm kann nämlich nicht kostendeckend sein, wenn die Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer die Familien erst mühsam auf den Stationen aufspüren müssen und infolgedessen wertvolle Zeit für die Überleitung in die poststationäre Versorgung verloren geht. Schrittweise sollte es möglich sein, alle Patienten mit (zu erwartender) Pflegestufe (eingeschlossen Stufe 0/ Demenz) via IT administrativ und/oder im Rahmen der Pflegeanamnese zu erfassen.

In den Wissenschaftlichen Weiterbildungen und im Rahmen der Workshops sprechen wir immer wieder darüber, wie das unter den obwaltenden Rahmenbedingungen am besten gelingen kann. Während nämlich die Pflege ausdünn, wachsen gleichzeitig die Anforderungen. Vor diesem Hintergrund kann es nicht wirklich verwundern, wenn die Erwartungen, die an die Neufassungen der §§ 11.4 und 39.1 SGB V und den Expertenstandard zum Entlassungsmanagement geknüpft waren, sich nicht erfüllt haben. Faktisch sind initiale Assessments eher die Ausnahme. Differenzierte Assessments haben wir in der Praxis nirgends gefunden, Geriatrien natürlich ausgenommen. Anders schaut es in Krankenhäusern mit Pflegeüberleitungen nach niederländischem Vorbild aus, die aus den 1990er-Jahren erhalten geblieben sind, mit Schwerpunkt im Grenzkreis Borken. Auch Patientenservicecenter, Entlassungs-/Case Managements sowie gute Sozialdienste können von großem Nutzen sein. Das lässt sich anhand der in den Krankenhäusern erreichten Angehörigen leicht und verlässlich ablesen.

Dies vorausgeschickt stützt sich die familiäre Pflege gleichwohl zunächst auf die Meldungen aus der Pflege und von Ärzten via Konsile oder auf anderen Wegen, wo immer die Krankenhausqualität dies ermöglicht. Daraus resultiert die Liste erster Priorität für die familiäre Pflege. Vor allem in Häusern der Maximalversorgung und in Universitätskliniken ist dieser Zugang heutzutage jedoch zumeist verschüttet. Deshalb empfehlen wir im Lichte der vorgängigen Erfahrungen generell, die (zu erwartenden) Pflegestufen verbindlich (Pflichtfeld) im Rahmen der administrativen Aufnahme bzw. der Pflegeanamnese digital zu erfassen und daraus eine Liste zweiter Priorität im KIS (ohne Patienten aus Pflegeheimen) zu generieren, die für die Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer in Echtzeit abrufbar ist.

Pflege von Patienten mit Demenz

Nordrhein-Westfalen antwortet auf die mangelhafte Wirkungsmächtigkeit der §§ 11.4 und 39.1 SGB V im Krankenhausplan NRW 2015 mit der Anforderung an alle Plankrankenhäuser, „dass Screening- und Assessmentverfahren (für alle Patienten ab 75) zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe angewendet werden. [...] Diese Organisation ist Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan.“

Es ist naheliegend, aus den geriatrischen Screenings und Assessments eine dritte Liste mit dem Schwerpunkt Demenz für die familiäre Pflege zu generieren. Hierauf gestützt ist es im Rahmen des Förderprogramms (kostendeckend) machbar, die pflegerische Überleitung der Patienten mit Demenz in die poststationäre Versorgung grundlegend zu verbessern. Überdies kann die IT das KIS so einrichten, dass die Nebendiagnose Demenz mit jedem Aufruf für alle Beteiligten überaus sichtbar aufscheint, bspw. in der Formsprache einer Ampel. Das sind zusammen genommen sofort und flächendeckend umsetzbare konkrete Schritte auf dem langen Weg zu einem demenzgerechten Krankenhaus der Zukunft.

Literatur

DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück.

Gröning, K.; Heimerl, K. (2012): Menschen mit Demenz in der Familie. Wiener Vorlesungen, Band 168, Wien: Picus Verlag.

Gröning, K. (2014): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. 6. umfassend überarbeitete Auflage. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Isfort, M. et al. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Köln. URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (Stand 09.02.2015).

IT NRW Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2010): Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit. Statistische Analysen und Studien, Band 66. Düsseldorf. URL: <https://webshop.it.nrw.de/gratis/Z089%20201052.pdf> (Stand 09.02.2015).

Krankenhausplan NRW 2015. URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/20130725-krankenhausplan-nrw-2015-pdf/von/krankenhausplan-nrw-2015/vom/mgepa/1483> (Stand 09.02.2015).

Kunstmann, A.-C. (2010): Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Situation und Zukunft der Pflege in NRW (2005): Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf. URL: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp (Stand 09.02.2015).

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (Stand 30.03.2013).

Teil 1

Familiensensibles Entlassungsmanagement

1 Entlassungsmanagement in der Perspektive von organisationalen Lern- und Bildungsprozessen

Ruth von Kamen

Einführung

Aus dem Blickwinkel gesellschaftlicher Veränderungen wie dem demografischen Wandel und den damit wachsenden Betreuungs- und Versorgungsbedarfen für ältere Menschen steigt die Herausforderung für das Gesundheitswesen, gezielte, nachhaltige und lebensweltorientierte Angebote für pflegebedürftige, multimorbide oder chronisch erkrankte Hochaltrige bereitzustellen.

Eine wichtige Aufgabe kommt hier den Akut- oder Allgemeinkrankenhäusern sowie den Fach- und Rehakliniken zu, wenn es um die Gewährleistung der Versorgungskontinuität in der Übergangsphase vom stationären Krankenhausaufenthalt in die poststationäre Pflege- und Versorgungssituation geht.

Zur Sicherung der Versorgungsintegration¹ wurde 2007 das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeführt, welches dem Versicherten einen Leistungsanspruch auf ein Versorgungsmanagement ermöglicht und alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, für eine sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen verpflichtet (§ 11 Abs. 4 SGB V). Mit dem Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde ergänzend eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegebera-

¹ „Die Versorgungsintegration ist die zentrale organisatorische Herausforderung in unserem Gesundheitswesen. Auf eine kurze Formel gebracht: Sektoren bilden sich im Gesundheitswesen entlang spezifischer Leistungsprozesse, für die jeweils separate Zuständigkeiten und vor allem völlig getrennte Vergütungssysteme existieren. Klassischerweise spricht man deshalb zum Beispiel vom ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor. Die Bedürfnisse der Patienten richten sich nicht nach Systemstrukturen. Es bedarf deshalb einer intensiven Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren, um ein langfristig optimales Behandlungsergebnis erzielen zu können. Dafür ist die Vernetzung der Akteure auf allen Ebenen unumgänglich.“ (Beckers: Branchenführer Healthcare IT 2014, S. 60).

terinnen nach § 7a des SGB XI (Sozialgesetzbuch Elf) in das Versorgungsmanagement aufgenommen (vgl. bmg.bund.de).

Ferner ist mit dem 2012 eingeführten „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, dem sogenannten Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), für die Krankenhäuser eine Regelung für ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung der Versorgungskontinuität an den Schnittstellen vorgesehen (und somit Teil des Anspruchs auf eine Krankenhausbehandlung). Die Gesetzgebung sieht auch eine multiprofessionelle Kommunikation respektive eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zur Weiterversorgung der Patienten vor (vgl. Deimel et al. 2012, S. 4).

Die Praxis zeigt, dass insbesondere bei Patienten, die in akuten Fällen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Unfall u. a.) oder aufgrund einer entgleisten Grunderkrankung (wie z. B. COPD, Herzinsuffizienz oder Demenz) einen stationären Aufenthalt benötigen, die Weiterversorgung trotz vielfacher Bemühungen der Krankenhäuser nicht ausreichend geregelt ist und kein strukturiertes Entlassungsmanagement erfolgt (vgl. Deimel et al. 2012, ebd.).

Auch Ballsieper et al. betonen, dass Überleitungsmanagement mehr bedeute, als nur das Verlegen eines Patienten von einer betreuten Umgebung in eine andere. Sie bemängeln, dass es trotz existierender und punktuell angewandeter Konzepte zur Überleitung und Weiterversorgung keine allgemeingültigen Richtlinien gibt. Diesbezüglich sei auch zu klären, welche Rolle und Funktion den Pflegefachkräften zukommt, um den umfassenden Qualitätskriterien gerecht zu werden (vgl. Ballsieper et al. 2012, S. 2). Eine gravierende Folge ist die Gefahr der Unterversorgung und des „Alleingelassen-Werdens“ der pflegenden Familien. Dies gilt umso mehr für Pflegesettings hochaltriger Ehepartner mit komplexen Versorgungsbedarfen, deren Versorgung nicht nur auf einer pflegerisch funktionalen Ebene gesehen werden kann.

Kuß fasst ebenfalls das Thema Entlassungsmanagement kritisch ins Auge und sieht die existierenden Konzepte der „Überleitungspflege“, vor allem für bestimmte Patientengruppen (wie z. B. chronisch Kranke oder Patienten mit pflegenahen Diagnosen) als unzureichend, angesichts der zunehmenden Herausforderungen einer ausgeprägten Vernetzung für ein krankenhausin-

ternes sowie sektorübergreifendes strukturiertes und systematisiertes Entlassungsmanagement (vgl. Kuß 2013, S. 19).

Die im Rahmen des Entlassungsmanagements entstehenden Anforderungen an ein umfassendes Versorgungsmanagement sollen hier aus Sicht des aktuellen diskurstheoretischen Expertenwissens diskutiert werden. Zentrale Anforderungen der nachstationären Versorgung sind, neben der Vermeidung von Therapiebrüchen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und der Verhinderung von Rehospitalisierungen, eine gute Vorbereitung des Patienten und seiner Angehörigen auf die Entlassung in die Häuslichkeit. Die anfängliche Krisensituation ist dabei ein neuralgischer Punkt, in dem kontext- sowie lebenslagenbezogene reflexive Beratung notwendig sind, um Bildungs- und Kompetenzprozesse zur Bewältigung der Situation anzustoßen. Ein lebensweltnahes, alltagstaugliches Prozedere im Entlassungsmanagement, welches sich an den Ressourcen, Bedürfnissen und Kompetenzen der Betroffenen und deren Angehörigen orientiert, ist als eine gestaltgebende Dimension von organisationalen erfahrungsbasierten Lernprozessen innerhalb des Entlassungsmanagements zu betrachten. Den vorangestellten Überlegungen folgend sollen die Grundlagen des organisationspädagogischen Ansatzes als theoretisches Konstrukt zur Entwicklung einer nachhaltigen Versorgungskonzeptualisierung im Entlassungsmanagement dienen. Auch soll als „kollateraler“ Effekt möglicher Versorgungsbrüche im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Ökonomisierungsorientierungen in Organisations- bzw. Führungsstrukturen von Krankenhäusern kritisch betrachtet werden.

Eingrenzung der Begrifflichkeiten und der wissenschaftlichen Diskurse im Kontext zum Entlassungsmanagement

In der Literatur findet sich zum Begriff „Entlassungsmanagement“ keine allgemeingültige feststehende Definition. Analoge Begriffe wie „Pflegeüberleitung“ bzw. „Überleitungspflege“, „Überleitungsmanagement“ sowie auch „Brückenpflege“ werden im Kontext zu pflegerischen Aktivitäten und Prozessen der Versorgungsintegration während und nach der Entlassung eines Patienten immer wieder in abgewandelter Form angebracht. Begriffe wie Entlassungsplanung oder Entlassungsmanagement werden vor allem in neu-

eren Schriften (wie z. B. dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege) verwendet, sie verdeutlichen insbesondere den multiprofessionellen Aspekt bei der Entlassung.²

Müller und Deimel beschreiben Entlassungsmanagement als „Abläufe, Strukturen und Instrumente rund um den Vorgang der Überleitung eines Patienten von der stationären Behandlung in die Weiterversorgung“ (Müller/Deimel 2013, S. 6).

Die Überleitung erfolgt je nach Fall in die Häuslichkeit, Rehabilitationsklinik oder in stationäre Einrichtungen. Im Fokus der nachfolgenden Überlegungen liegt insbesondere die Überleitung in die Häuslichkeit, wo die Pflege und Weiterversorgung durch die Angehörigen verrichtet wird.

Ziel eines Entlassungsmanagements in der Pflege ist laut Expertenstandard³ die Sicherstellung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung eines jeden Patienten mit erhöhtem Risiko poststationärer Versorgungsprobleme respektive eines andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarfes (vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 2009, S. 25).

Traditionell liegt in den Krankenhäusern in Deutschland der wesentliche Teil des Entlassmanagements, der Beratung von Patienten und Angehörigen einschließlich der Organisation der Weiterversorgung, in den Händen des Kliniksozialdienstes. Seit den 1990er-Jahren beschäftigen sich jedoch immer mehr Experten aus den Pflegewissenschaften mit der Frage, wie sich im Sinne der Pflege den Kliniksozialdienst ergänzende Beratungs- und Managementaufgaben im Entlassmanagement institutionalisieren lassen können. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) definiert 1997 neben der pflegerischen Beratung und Anleitung des Patienten auch eine frühzeitige, fachgerechte Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln und die Vermittlung

2 Im anglo-amerikanischen Raum hat die Entlassungsplanung in der Überleitungspflege in Pflegepraxis und Forschung nicht zuletzt wegen ökonomischer Gesichtspunkte im Gesundheitswesen einen erheblichen Stellenwert. Die Definitionen sind hierbei inhaltlich im Wesentlichen ähnlich denen des deutschen Verständnisses der Pflegeüberleitung (vgl. Müller/Deimel 2013, S. 8).

3 Der Expertenstandard wurde 2002 vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt und herausgegeben und umfasst ein qualitätsgesichertes Vorgehen von Experten aus der Behandlungs- und Überleitungspflege unter Einbeziehung verschiedener Akteure, einschließlich internationaler Studien und wissenschaftlicher Erprobungen und Evaluation.

von Kurzzeitpflegeplätzen zur Prävention von Fehlbelegungen in den Akutkrankenhäusern als Aufgaben der Pflegeüberleitung (vgl. Diskussionspapier des DBfK: Pflegeüberleitung im Krankenhaus 1997, S. 5).

Marly Joosten prägt den Begriff der „Pflege-Überleitung“. Sie sieht die Pflegeüberleitung als Schnittstellenmanagement und führt an: „Ich umfasse mit dem Begriff ‚Pflege-Überleitung‘: alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine weitere kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt“ (Joosten 1997, S. 26).

Die Pflegeüberleitung umfasst vor allem die Moderation, Kontrolle und Begleitung der Prozesse der Überleitung der Patienten. So kommen diesem Bereich vor allem Beratungs- und Managementaufgaben zu (vgl. Dörpinghaus et al. 2004, S. 28).

Der Begriff „Überleitungspflege“ welcher analog zu Böhms⁴ (in Österreich verbreiteten) Konzept der integrativen Übergangspflege gesehen werden kann, bezeichnet eine über die organisatorischen und strukturellen Maßnahmen der Pflegeüberleitung hinausgehende unmittelbare Pflege, welche während der Entlassung und des Übergangs in eine neue Betreuungsumgebung erfolgt (vgl. Dörpinghaus et al. 2004, ebd.). Die Überleitungspflege soll damit eine Verbindung zwischen Krankenhaus, sozialen Einrichtungen und dem Zuhause des Patienten schaffen.

Die Erkenntnis, dass eine sichergestellte Weiterversorgung mehr ist als nur eine gute Informationsweitergabe bei der Entlassung, setzt sich im wissenschaftlichen Diskurs immer mehr durch. Ferner geht der Erkenntnisprozess dahin, dass die Lebenssituation nach der Entlassung aus multiprofessioneller Sicht bezüglich der unterschiedlichen Versorgungsbedarfe in einem kontinuierlichen Prozessgeschehen gesehen werden muss (vgl. Müller/Deimel 2013, S. 6 f.).

4 In Österreich wird weitgehend einheitlich der Begriff „Übergangspflege“ in Anlehnung an Böhms Konzept des integrativen psychodynamischen Pflegemodells verwendet. Die Übergangspflege beginnt hier nicht kurz vor der Entlassung, sondern bei der Aufnahme. Die Übergangspflege geht über die organisatorischen Maßnahmen hinaus und umfasst persönliche Dienstleistungen wie bspw. die Schulung der Angehörigen, Informationen über den Heilungsverlauf und die unmittelbare Begleitung des Patienten in die häusliche Umgebung (vgl. Dörpinghaus et al. 2004, S. 27 f.).