

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft



Institut für
Gerontologie
der Universität Heidelberg

concept.alter

Dr. Marion Bär

Wissenstransfer - Prozessberatung - Evaluation
für Altenhilfe und Gesundheitswesen

VEKTOR. Verbund zur **E**rstellung einer Expertise zur **k**rankenhausbezogenen und
transsektoralen Überleitungs**O**ptimierung bei **R**isikopatienten

Gefördert vom



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Sektorenübergreifendes Fall- und Versorgungsmanagement bei Risikopatienten

Autoren:

Marion Bär

Petra Schönemann-Gieck

Judith Bauer

Hermann Brandenburg

Regina Stolz

Andreas Kruse

Heidelberg, den 31. März 2019

Zum Aufbau der Expertise

- A – Projektverbund VEKTOR: Auftrag, Ziele, beteiligte Projekte
- B – Vergleichende Analyse der strukturellen Projektgegebenheiten
- C – Vergleichende Analyse der Befunde und Erfahrungen aus den Projekten
- D – Implikationen für die intersektorale Versorgungsplanung
- E – Empfehlungen

Viele Experten¹ haben als Referenten und Diskutanten in den Verbundworkshops zu dieser Expertise beigetragen.

Prof. Uwe Bähr	Vorsitzender Landesseniorenrat Baden-Württemberg
Dr.med. Regine Bölter	Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Jan Bottenberg	Student Master Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
Heike Dierbach	Landratsamt Ludwigsburg, Fachbereich Soziales, Pflege und Versorgungsangelegenheiten
Dr. med. Peter Dirschedl	MDK Baden-Württemberg, Fachbereich Krankenhaus/Ambulante Vergütung
Arne Evers	St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Stellvertretende Pflegedienstleitung
Monika Firsching	Landratsamt Reutlingen, Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz
Karin Gaiser	AOK Baden-Württemberg, Fachreferat Ambulante Pflege und Palliativ Care
Dr. Alfred Groner	Finanzwart Verein Unsere Brücke e.V. Biberach
Prof. Norbert Heni	Vorsitzender Verein Unsere Brücke e.V. Biberach
Stefanie Hoffmann	Brückenfachkraft beim Verein Unsere Brücke e.V. Biberach
Prof. Dr. Cornelia Mahler	Abteilung Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Britta March	AOK Baden-Württemberg, Referat Pflege und Beratung in der Pflege
Rebecca Roos	Studentin Lehramt Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtergerechte Darstellung verzichtet und werden wenn möglich neutrale Bezeichnungen gewählt. Grundsätzlich sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.

Eva Schmedding	Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Sozial- und Pflegeberatung
Peter Schmeiduch	Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Referat Pflege und Quartiersentwicklung
Harry Schmidt	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft Geschäftsbereich Pflegeeinrichtungen, Personal und Recht
Andreas Schmöller	AOK Baden-Württemberg, Abteilung Rehabilitations- und Pflegemanagement
Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt	Universität zu Köln, Lehrstuhl für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung
Esther Süs	Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH, Beratung und Projektarbeit
Birgit Thomas	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft Abteilung Krankenhausfinanzierung und –recht
Johannes Weber	Stadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Altenarbeit und Behindertenkoordination
Jacqueline Weiler	Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Referat Grundsatz, Prävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst
Maria Wenger	Brückenfachkraft und Koordinatorin beim Verein Unsere Brücke e.V. Biberach

Die Autoren bedanken sich bei allen Experten für diese wertvolle Unterstützung!

A - Projektverbund VEKTOR

Ziel des VEKTOR Verbundes

In den vergangenen Jahren hat das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mehrere Projekte zur Optimierung der Prozesse am Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Nachsorge gefördert. Der Projektverbund VEKTOR wurde ins Leben gerufen, um die Ergebnisse dieser Projekte zusammenzuführen und darauf aufbauend, Implikationen für die Versorgungsplanung zu entwickeln.

Ziel war es, eine Expertise mit Handlungsempfehlungen für die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung an der Schnittstelle Krankenhaus – häusliches² Lebens- und Versorgungssetting bei Personen mit ungeklärter Weiterversorgung und eingeschränkten Netzwerkressourcen zu erstellen. Das Vorhaben wurde im Rahmen des Innovationspreises Pflege durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) gefördert und vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg begleitet.

Grundlage der Empfehlungen bilden die Projektergebnisse, ergänzt durch weitere aktuelle Forschungsbefunde sowie die Empfehlungen von Experten. Insgesamt drei Expertenworkshops wurden innerhalb der Verbundlaufzeit durchgeführt, deren Ergebnisse in die Expertise aufgenommen wurden.

Der Verbund hat im Oktober 2016 seine Arbeit aufgenommen, seine Laufzeit endete zum 31. März 2019.

Die Expertise hat eine Versorgungsrealität zum Ziel, in der Personen nach Krankenhausaufenthalt auch bei komplexen Problemlagen ein möglichst risikoarmes und selbstbestimmtes Leben in ihrer angestammten Wohnsituation führen können und in ihrer sozialen Teilhabe unterstützt werden. Dabei sollen die Handlungsempfehlungen

- die kontextuellen Gegebenheiten sowohl des Kliniksystems als auch des ambulanten Versorgungssystems berücksichtigen,
- Disziplin übergreifend angelegt sein und
- insbesondere die Patientenperspektive berücksichtigen, indem sie physische, psychische und soziale Problemlagen sowie Ressourcen einbeziehen.

Struktur des Verbundes und beteiligte Projekte

Der Verbund VEKTOR wurde gemeinschaftlich vom **Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg** (verantwortlich: Dr. Petra Schöнемann-Gieck), der **Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar** (verantwortlich: Prof. Dr. Hermann Brandenburg) und von **concept.alter** (verantwortlich: Dr. Marion Bär) koordiniert. Die Geschäftsstelle befand sich am Institut für Gerontologie Heidelberg.

Vier Projekte waren im Verbund zusammengeschlossen. Drei von ihnen waren räumlich in Baden-Württemberg verortet, ein Projekt wurde in Hessen durchgeführt. Es folgt eine einführende Übersicht über die beteiligten Projekte:

² Damit ist hier das Leben im Privathaushalt (eigener oder Haushalt von Angehörigen) gemeint.

Projektname Akronym/Kürzel	Angaben zum Projekt	
Evaluation post-stationärer Betreuung – Biberach <i>Projekt EPOS-B</i>	Thema	Wissenschaftliche Evaluation der Arbeit der „Brückenfachkräfte“ und Untersuchung der Auswirkungen dieser Arbeit auf die Versorgung der Patient/innen
	Projektträger	Verein „Unsere Brücke“, Sanaklinikum Biberach an der Riss
	Wiss. Begleitung	Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
	Förderer	Ministerium für Soziales und Integration BW
	Laufzeit	10.02.2015 - 31.12.2017
Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und –Entlassung“ im Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation <i>GeReNet.Wi 3</i>	Thema	Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements für ältere Patienten mit sozialen Bedarfen
	Projektträger	Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden
	Wissenschaftliche Begleitung	Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
	Förderer	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und Amt für Soziale Arbeit, Abt. Altenarbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden
	Laufzeit	GeReNet.Wi 3: 1.5.2016-31.12.2018
Begleitete Entlassung aus dem Krankenhaus - Absicherung des Übergangs <i>Projekt BegE</i>	Thema	Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer Konzeption zur Beratung pflegender Angehöriger von geriatrischen Patienten
	Projektträger	Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen
	Wiss. Begleitung	Hochschule Esslingen
	Förderer	Ministerium für Soziales und Integration BW
	Laufzeit	BegE I : 1.2.15 - 31.12.17 (Konzeptentwicklung) BegE II : 1.7.17 - 30.6.19 (Umsetzung und Implementierung)
Projekt „Vom Heim nach Hause“ <i>Kürzel: VHNH</i>	Thema	Entwicklung und Erprobung eines überleitenden Fallmanagements für die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt
	Projektträger	Altenhilfe der Ev. Stadtmission Heidelberg gGmbH
	Wiss. Begleitung	Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
	Förderer	Ministerium für Soziales und Integration (damals: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren) Baden-Württemberg
	Laufzeit	01.04.2013 – 31.03.2015

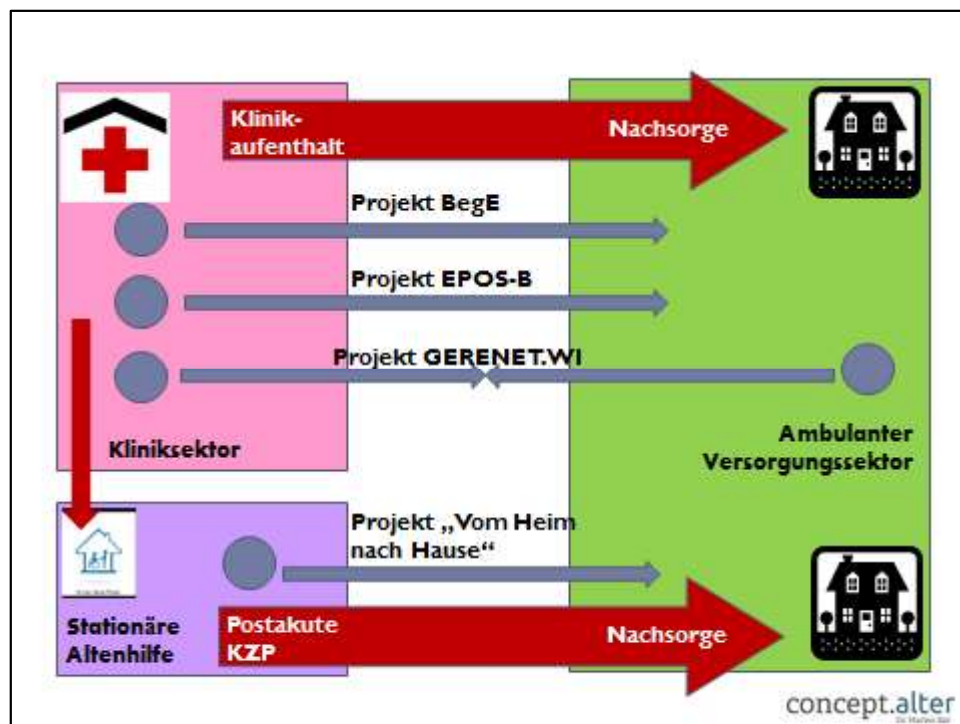
In den folgenden Analysen werden die Projekte anhand ihrer Kürzel bezeichnet.

B – Vergleichende Analyse struktureller Aspekte der Projekte

Handlungsfeld und institutionelle Verortung

Alle beteiligten Projekte können im Handlungsfeld des Übergangs vom Krankenhaus in ein ambulantes Wohn- und Versorgungssetting verortet werden. In allen Fällen geht es um die Entwicklung und / oder Evaluation von Interventionen, um eine bestimmte Patientengruppe in diesem Übergang zu unterstützen.

Dabei erfolgt der Zugang zu den Patienten³ in drei Projekten im Akutkrankenhaus, in einem Projekt in der postakuten Kurzzeitpflege (siehe Grafik).



Alle Projekte wurden aus der Versorgungspraxis heraus initiiert und durchgeführt. In zwei Fällen ist das Projekt an einer Institution (Akutkrankenhaus, Kurzzeitpflege) selbst angesiedelt, aus der Patienten in die nachstationäre Versorgung entlassen werden. In einem Fall wird das Angebot (die Brückenpflege) durch einen gemeinnützigen Verein getragen. Die ausführenden Personen sind jedoch hauptamtlich in der Klinik beschäftigt und gelangen über diese Tätigkeit auch an Patienten mit Bedarf. Bei einem Projekt (GeReNet.Wi 3) kommen Initiative und Projektsteuerung dagegen aus dem aufnehmenden Nachsorgesektor. Hier ist die kommunale Altenarbeit der Projektträger.

Zielgruppen

In den Projekten werden jeweils spezifische Personengruppen unterstützt. Welche Zielgruppen stehen im Fokus der Projekte?

³ Der besseren Lesbarkeit halber wird im Folgenden auf eine geschlechtergerechte Sprache verzichtet.

Der **Verein „Unsere Brücke“**, dessen Tätigkeit im Projekt EPOS-B evaluiert wurde, beschreibt den betreuten Personenkreis wie folgt:

- „Stationäre Patienten des Sana-Kliniken Biberach, Laupheim und Riedlingen,
- Patienten nach Anschlussheilbehandlung,
- Patienten nach einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme,
- bei chronischen oder rezidivierenden Erkrankungen oder nach größeren operativen Eingriffen,
- bei denen die Compliance gefährdet und / oder die alltagsrelevante häusliche Selbständigkeit bedroht erscheint“ (<https://unsere-bruecke.de/unterstuetzter-personenkreis/>).

Die im Projekt EPOS-B eingeschlossenen Patienten waren ausschließlich Akutpatienten sowie Patienten der Rehabilitationsstation des Krankenhauses Biberach. Außerdem wurde als Einschlusskriterium ergänzt, dass die Personen nicht bereits von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden.

Im Projekt **GeReNet.Wi 3** geht es um „Patienten ab 65 Jahren, die nach Hause entlassen werden sollen und mindestens einen der drei folgenden Unterstützungsbedarfe aufweisen:

- Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson (Kümmerer), z.B. keine verfügbaren Angehörigen, Nachbarn oder andere Bezugspersonen, keine Anbindung an professionelle Dienste;
- Erkrankung mit daraus folgender Beeinträchtigung der Versorgung, z.B. hauswirtschaftlicher oder pflegerischer Bedarf, Hilfsmittelbedarf;
- unklare häusliche Versorgungssituation, z.B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf“ (Schönemann-Gieck et al., 2018).

Im **Projekt BegE** stehen nicht die Patienten selbst, sondern deren pflegende Angehörige im Zentrum. Im Paul-Lechler-Krankenhaus werden zu einem großen Teil geriatrische Patienten versorgt, die eine hohe Pflege- und Behandlungsintensität aufweisen. In vielen Fällen übernehmen Angehörige die häusliche Pflege oder sind bereits in diese involviert. Nach Erfahrungen der Klinikmitarbeitenden, die durch vielfältige Forschungsbefunde bestätigt werden (vgl. Stolz et al., 2018), stellt der Übergang pflegebedürftiger Patienten in die nachstationäre Versorgung pflegende Angehörige vor große Herausforderungen. Für diese ist es häufig ungewiss, inwieweit sie der auf sie zukommenden Aufgabe gewachsen sind, sie sehen der Entlassung mit Ängsten und Unsicherheit entgegen und sind zugleich häufig (noch) nicht in der Lage, ihre eigenen Bedarfe hinsichtlich der Erfüllung ihrer Pflegerolle zu formulieren. Von Seiten der Klinik sind diese Bedarfe ebenfalls oft nicht im Blick. Das Projekt möchte dem entgegenwirken und pflegende Angehörige mit entsprechendem Bedarf mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung während des Übergangs vom Krankenhausaufenthalt ins häusliche Setting begleiten.

Im **Projekt VHNH** stehen Kurzzeitpflegegäste im Fokus, „deren Allgemeinzustand sich krankheitsbedingt, z.B. nach Schlaganfall oder Schenkelhalsbruch, derart verändert hat, dass sie auch nach Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme und Kurzzeitpflegeaufenthalt nur bei Inanspruchnahme von individuell angepassten ambulanten Dienstleistungen und Beratungsangeboten nach Hause zurückkehren können“ (Bär et al. 2015, S. 20). Ausschlusskriterium war, wenn bereits ein anderer beratender Dienst aus dem aufnehmenden Sektor (Pflegestützpunkt, Pflegeberatung nach SGB XI) in das Fallmanagement involviert war.

In allen Projekten stehen nicht spezifische Diagnosegruppen im Zentrum, sondern Personen mit bestimmten Unterstützungsbedarfen. Diese Bedarfe beziehen sich auf die Bewältigung des häuslichen Alltags.

In den Projekten GeReNet.Wi 3, EPOS-B und VHNH stellen Krankenhauspatienten bzw. Kurzzeitpflegegäste die Zielgruppe dar, wobei im Bedarfsfall auch pflegende Angehörige mitberaten und unterstützt werden (s.u.). Im Projekt BegE stehen pflegende Angehörige explizit im Fokus.

Die Einschlusskriterien auf Seiten der Patienten bzw. Kurzzeitpflegegäste weisen projektübergreifend Gemeinsamkeiten auf:

- Medizinische Ereignisse und chronische Erkrankungen, die schwerwiegend sind bzw. die sich wahrscheinlich auf die Selbständigkeit auswirken,
- eine ungeklärte häusliche Versorgung bzw. ein sich abzeichnender Bedarf an Anpassung der häuslichen Versorgungssituation, eine bedrohte häusliche Selbständigkeit, ein absehbarer dauerhafter Pflegebedarf,
- bisher keine Anbindung an Pflege- und Beratungsinstitutionen,
- das Fehlen eines informellen „Kümmerers“, der die erforderlichen Anpassungen durchführen könnte, bzw. Unterstützungsbedarfe informeller (in der Regel familialer) Bezugspersonen bei der Durchführung dieser Tätigkeiten oder bei der Übernahme der häuslichen Pflege.

Darüber hinaus kommen folgende Kriterien in jeweils einzelnen Projekten vor:

- Altersbeschränkung auf Personen > 65 Jahren
- Gefährdete Compliance⁴ des Patienten (Projekt EPOS-B).

Zielsetzungen und Interventionen

Alle Projekte sind aus der Wahrnehmung einer Versorgungslücke heraus entstanden. Im gegenwärtigen klinischen Entlassmanagement⁵ (in der Kurzzeitpflege ist eine solche Leistung gar nicht vorgesehen) erhalten die genannten Personen keine ausreichende Unterstützung. Dies erhöht nicht nur die Krisenhaftigkeit des Übergangs in das häusliche Wohn- und Versorgungssetting, sondern kann auch zu risikohaften Lebenssituationen führen (prekäre häusliche Versorgungssituation, verminderte soziale Teilhabe und subjektive Lebensqualität sowie eine erhöhte Gefahr der Wiederaufnahme ins Krankenhaus). In der postakuten Kurzzeitpflege wurde als zusätzlicher Aspekt das Risiko genannt, dass Personen gar nicht mehr nach Hause kommen, sondern nach Ablauf der Kurzzeitpflege ungewollt in die Dauerpflege übergehen.

Entsprechend formulieren die Projekte ihre Zielsetzungen und Maßnahmen wie folgt:

Im **Projekt EPOS-B** geht es um die Betreuung von „Patienten mit akuten und chronischen Krankheiten, die noch Hilfe benötigen nach der Entlassung aus der Klinik zum Erhalt der häuslichen Selbständigkeit.“ (vgl. <https://unsere-bruecke.de/wir-stellen-uns-vor/>)

⁴ Was darunter zu verstehen ist, wird in der Website nicht weiter ausgeführt. Falls sich dies auf eine erschwerte Zusammenarbeit im Fallmanagement bezieht, so scheint dieser Aspekt in allen Projekten als eine besondere Herausforderung auf, wie noch zu zeigen sein wird.

⁵ In der Literatur verwenden sich – teils synonym gebraucht – die Begriffe Entlassungsmanagement, Versorgungsmanagement und Entlassmanagement. In Anlehnung an den Rahmenvertrag Entlassmanagement wird hier der letztere Ausdruck verwendet.

Das Angebot besteht darin, dass qualifizierte Pflegefachpersonen aus der entlassenden Klinik Personen mit entsprechendem Bedarf vor Entlassung kontaktieren, die Entlassung vorbereiten und unmittelbar nach Entlassung die Personen daheim aufsuchen und dort beraten, anleiten und in der Organisation häuslicher Hilfen unterstützen.

Dieses Angebot besteht bereits seit 2013. Es wurde im Rahmen des Projekts evaluiert. Finanziert wird die Tätigkeit der Brückenfachkräfte aus Spendengeldern, die über den Trägerverein gewonnen werden.

Im **Projekt BegE** ist es das Ziel, „mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung pflegende Angehörige geriatrischer Patienten während des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting zu begleiten und auf die Übernahme der häuslichen Pflege vorzubereiten“. Hierzu wurde ein Beratungskonzept entwickelt, das derzeit evaluiert wird. Die Beratung der Angehörigen findet während des Klinikaufenthalts statt. Etwa 48 Stunden nach der Entlassung schließt sich ein Nachsorgetelefonat an. In besonderen Fällen kann darüber hinaus in den ersten 10 Tagen ein Hausbesuch durchgeführt werden.

Die Intervention wird durch geschulte Pflegefachkräfte durchgeführt, die Entwicklung eines evidenzbasierten Curriculums war ebenfalls Gegenstand des Projekts.

Im Projekt **GeReNet.Wi 3** wird als Ziel formuliert, Patienten nach ihrem Klinikaufenthalt einen lückenlosen Zugang zu entsprechenden sozialen Hilfe- und Unterstützungsleistungen im ambulanten Bereich zu garantieren“ (Schönemann-Gieck et al., 2018). Hierzu wurde ein *sektorenübergreifendes Verfahren zur sozialen Überleitung (SÜV)* entwickelt, das vier Schritte umfasst:

1. **Screening** (in Anlehnung an die Einschlusskriterien) von Patienten mit sozialem Überleitungsbedarf in der Klinik. Bei positivem Screening und entsprechender Zustimmung des Patienten wird der Kliniksozialdienst eingeschaltet und es erfolgt ein **Assessment** zur sozialen Situation.
2. **Entlassplanung** durch den jeweiligen Kliniksozialdienst sowie **Fallübergabe** an die nachsorgende Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter.
3. **Nachstationäre Kontaktaufnahme** (spätestens am zweiten Werktag nach Entlassung) zum Patienten bzw. seinen Angehörigen/gesetzlichen Vertretern durch eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle und Organisation fehlender Hilfen.
4. **Evaluation** der Stabilität der häuslichen Situation durch die Beratungsstelle (etwa zwei Wochen nach Entlassung) und Rückmeldung zum Fallverlauf an den zuständigen Kliniksozialdienst.

Durchführende Akteure sind hier (vom Screening abgesehen, das je nach beteiligter Klinik durch unterschiedliche Personen durchgeführt wurde) die Kliniksozialdienste und nach Entlassung die kommunal getragenen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Die Tätigkeiten finden jeweils im Rahmen bestehender Stellenkontingente statt und werden nicht separat vergütet.

Zielsetzung des **Projekts VHNH** wird wie folgt formuliert: „Menschen sollen über ihren Kurzzeitpflege-Aufenthalt in einer der Einrichtungen der Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH hinaus in der Verwirklichung ihres Wunsches, trotz gesundheitlicher Einschränkungen nach Hause zurückzukehren und dort so lange wie möglich selbstbestimmt zu leben, professionell und umfassend unterstützt werden“ (vgl. Projektantrag).

Hierzu wurde ein Beratungs- und Unterstützungsangebot innerhalb der Kurzzeitpflege implementiert. Die Unterstützung setzte möglichst frühzeitig im Verlauf des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ein und konnte bei Bedarf über den Entlassungszeitpunkt im häuslichen Wohnumfeld fortgesetzt werden.

Für diese Unterstützung wurde im Projektzeitraum eine Fachkraft mit Doppelqualifikation (Pflegefachkraft und Sozialarbeiterin) eingesetzt. Ihre Tätigkeit wurde über Projektmittel finanziert.

In allen Projekten steht die Etablierung einer stabilen häuslichen Versorgungssituation im Zentrum, sei es durch die Organisation erforderlicher Hilfen oder durch die Beratung pflegender Angehöriger. Die einzelnen Hilfen, die hierzu geleistet werden, werden im Abschnitt zu den Projektergebnissen betrachtet.

In allen Fällen setzt die Begleitung bereits während des stationären Aufenthaltes ein.

Weiterhin sehen alle Projekte eine Überbrückung der Schnittstelle Krankenhaus – Nachsorge vor, wobei die zeitlichen Ressourcen für die nachstationäre Betreuung im Projekt BegE gedeckelt sind. In den übrigen Projekten sind sie nicht limitiert.

In allen Fällen geht es um den Übergang in ein extramurales Wohn- und Versorgungssetting. Überleitungen in stationäre Pflegeeinrichtungen spielen hier keine Rolle.

Die Interventionen haben Brückencharakter: Sie sorgen für ein Fallmonitoring über die Grenze zwischen stationärem und ambulantem Sektor hinweg. Dabei kommen zwei unterschiedliche Modelle zum Tragen:

- In den Projekten EPOS-B, VHNH und BegE ist es eine **Person**, die den Übergang begleitet.
- Im Projekt GeReNet.Wi 3 erfolgt mit Entlassung ein personeller Wechsel. Die Brückenfunktion wird hier durch ein **strukturiertes Verfahren** dargestellt, an dem sowohl der Klinik- als auch der Nachsorgesektor beteiligt sind.

Die Projekte unterscheiden sich hinsichtlich der ausführenden Professionen: In zwei Projekten wird die Intervention durch Pflegefachkräfte ausgeführt, im Projekt GeReNet.Wi 3 sind Sozialarbeiter die ausführenden Personen. Die Fachkraft im Projekt VHNH hat beide Qualifikationen.

C – Erfahrungen und Befunde aus den Projekten

Nach der Gegenüberstellung struktureller und konzeptueller Rahmenbedingungen werden die Projekte im folgenden Kapitel anhand ihrer Stichproben und der im Rahmen der Intervention durchgeführten Tätigkeiten verglichen. Weiterhin geht es um jene Befunde und Erfahrungen, die sich auf die Implementierung und Verstetigung sowie auf die Kooperationen im intersektoralen Raum beziehen. Die Zielsetzungen der wissenschaftlichen Begleitung in den Projekten waren bzw. sind jeweils auch, Aussagen zur Wirksamkeit der Intervention zu machen. Zwei Projekte (EPOS-B und VHNH) sind hier bereits abgeschlossen, die beiden übrigen laufen noch. Von den beiden erstgenannten hat EPOS-B eine Wirkungsanalyse im Zweigruppendedesign durchgeführt. Im Projekt VHNH war nur ein Ein-Gruppen-Design möglich. Ein Vergleich der vorliegenden Befunde zur Wirksamkeit der Interventionen ist aufgrund der unterschiedlichen kontextuellen Gegebenheiten der beiden Projekte nicht sinnvoll, es sei an dieser Stelle auf die Publikationen der Projekte in der Zeitschrift *Pflege & Gesellschaft* (2018, Heft 4) verwiesen.

Im folgenden Kapitel steht vielmehr die Frage im Zentrum, wie die Projekte realisiert, welche Personen faktisch betreut wurden und welche intra- und intersektoralen Gegebenheiten und Herausforderungen für die Arbeit in den Projekten Einfluss ausgeübt haben.

Betreute Personengruppe

Beschreibungen der betreuten Personengruppe liegen derzeit aus den Projekten EPOS-B, GeReNet.Wi 3 und VHHH vor. Dabei wurden teilweise unterschiedliche Parameter erhoben. In die Gegenüberstellung sollen einbezogen werden:

- Alter und Geschlecht
- Befunde mit Hinweisen auf die körperliche Gesundheit und Selbständigkeit
- Befunde zu kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen
- Befunde zur sozialen Situation (Wohnsituation, Unterstützungsnetzwerk)
- Verweildauer im Krankenhaus bzw. Kurzzeitpflege

Im **Projekt EPOS-B** charakterisieren die Brückenfachkräfte ihre Klienten wie folgt: „Eher ältere, alleinlebende Patienten, deren Hilfsbedürftigkeit erst am Ende des Krankenhausaufenthaltes auffiel, die am Anfang einer aufwendigen Therapie standen und begleitet werden mussten, sowie jene Patienten, die (noch) keinen Pflegedienst hatten oder diesen ablehnten“ (Brandenburg et al., 2018, S. 65).

In der quantitativen Evaluation weist die Stichprobenbeschreibung der von der Brückenpflege betreuten Personen (N=83) einen Altersdurchschnitt von $79,6 \pm 9,1$ Jahre auf; die Personen sind zu knapp zwei Dritteln (63,8%) weiblich.

Als physische Parameter wurden die Hauptdiagnosen (ICD) am Entlassungstag erfasst. Am häufigsten vertreten sind hier Krankheiten des Kreislaufsystems (28,9% der Fälle) und Verletzungen/ Vergiftungen (21,7%). Jeder zweite Fall weist eine Hauptdiagnose aus diesen beiden Gruppen auf.

90,2% der Personen weisen eine Gangunsicherheit auf, bei 69,7% finden sich zudem in den sechs Monaten vor Beginn der Brückenpflege Sturzereignisse. Jeweils mehr als die Hälfte der Personen leidet unter mindestens geringen Schmerzen (60,0%) und unter Schwindel (54,2%). 71,2% sind von Multimorbidität betroffen.

Der kognitive Status wurde mithilfe des *Functional Independence Measure* (F.I.M.) erfasst. Im Mittel finden sich bei der Gruppe leichte Beeinträchtigungen, allerdings ist ein Teil der Personen auch stärker kognitiv beeinträchtigt.

Befunde zum Pflegegrad, zur Wohnsituation und zu Unterstützungsnetzwerken werden nicht berichtet.

Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus liegt bei knapp 19 Tagen ($18,71 \pm 8,41$, 3-38 Tage).

Im **Projekt GeReNet.Wi 3** waren Personen unter 65 Jahren aus der Intervention ausgeschlossen. Das Durchschnittsalter (N=85) lag dementsprechend bei $81 \pm 8,1$ (61-96) Jahren. 71% der Personen sind weiblich.

Knapp drei Viertel (73,5%) der Stichprobe wiesen Einschränkungen in den Bereichen Mobilität, Beweglichkeit oder Kontinenz auf. Dennoch wurden zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts überwiegend noch keine Leistungen der Pflegeversicherung bezogen.

Bei über der Hälfte der Personen lagen nach Einschätzung der Klinikmitarbeitenden kognitive Einschränkungen vor. Affektive und verhaltensbezogene Symptome (depressive Verstimmung, Apathie, Aggressivität, Hin-/Weglauff Tendenzen) kamen bei knapp einem Drittel (29,2 %) vor. Bei jedem fünften Patienten (20,4 %) war die Auskunftsfähigkeit eingeschränkt – meist aufgrund einer Demenz, teilweise waren Sprachbarrieren verantwortlich.

Fast 90% der Personen verfügten über eine Bezugsperson i.S. einer informellen Kontaktperson und/oder eines rechtlichen Vertreters.

Die Verweildauer im Krankenhaus lag im Mittel bei 14,8 ($\pm$ 8,2; 0-32) Tagen. Fast zwei Drittel der Patienten wiesen eine gegenüber der durchschnittlichen Verweildauer in Kliniken⁶ mindestens dreifach erhöhte Verweildauer auf.

Im **Projekt VHNH** ist die betreute Personengruppe (N= 170) im Mittel knapp 79 Jahre alt ($78,95 \pm 11,5$ Jahre). Mit 13,5% ist ein nicht geringer Anteil jünger als 65 Jahre. Knapp 66% sind Frauen.

Medizinische Diagnosen wurden in diesem Projekt nicht erfasst. Allerdings weist die Analyse des Hospitalisierungsgründe daraufhin, dass zumindest ein Teil der Personen von chronischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität betroffen ist: mit fast 40% sind Stürze der häufigste Aufnahmegrund in die Klinik, gefolgt von internistischen Erkrankungen (20,6%), Krebserkrankungen (12,3%) und kardialen Erkrankungen (9%).

Etwas mehr als die Hälfte der Personen erhalten bereits bei Eintritt in die Kurzzeitpflege Leistungen nach dem SGB XI (Pflegestufe⁷ 0 oder 1), bei weiteren 37,6% ist ein Antrag geplant oder bereits gestellt. Bei 5,8% ist kein Antrag vorgesehen.

Hinweise auf psychiatrisch relevante Phänomene (kognitiv und/oder affektiv) wurden per Fremdeinschätzung erhoben und fanden sich bei mehr als einem Drittel der Personen.

Etwas mehr als die Hälfte der aus in einem privaten Wohnumfeld kommenden Personen ist alleinlebend (57,6%). Fast 80% der KZP-Gäste haben mindestens eine Person (überwiegend aus dem Kreis der Familie), die sie im Alltag in irgendeiner Form unterstützt.

Die Verweildauer in der Kurzzeitpflege lag im Mittel bei 36,7 Tage ($\pm$ 25,5 Tage). Die Varianz ist beträchtlich und liegt zwischen 2 und 168 Tagen. Die statistische Analyse zeigte, dass Personen mit sehr hoher Verweildauer eher jünger, besonders häufig ledig und alleinlebend sind und seltener Kinder haben.

In allen Projekten, auch in jenen ohne altersbezogene Einschränkungen, werden in der Regel ältere Personen betreut. In der Kurzzeitpflege allerdings gehört immerhin ein Anteil von über zehn Prozent nicht dieser Gruppe an. Vergleichbar ist auch der Anteil an Frauen von jeweils etwa zwei Dritteln.

Physische und kognitive Parameter sind zwischen den Projekten nicht direkt vergleichbar. Dennoch finden sich in allen drei Stichproben deutliche Hinweise darauf, dass die Personengruppe zum großen Teil von chronischen, die Selbständigkeit im Alltag beeinträchtigenden körperlichen Einschränkungen betroffen ist.

Die jeweils per Fremdeinschätzung erhobenen Hinweise zu kognitiven bzw. affektiven Symptomen geben für einen Teil der Personengruppe Einschränkungen an.

Die Angaben zur Wohn- und Lebenssituation sind uneinheitlich. Allerdings – dies zeigen die Befunde aus VHNH und GeReNet.Wi 3 – verfügt ein Großteil der Personen über (informelle) Personen, die in

⁶ 7,6 Tagen (Bitzer et al. 2014).

⁷ Im Projektzeitraum war der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht eingeführt

irgendeiner Form Unterstützung leisten oder zu leisten bereit sind. Ausmaß und Tragfähigkeit der Unterstützung bleiben allerdings unklar.

Einen Hinweis auf die Komplexität von Problemlagen geben auch die institutionellen Verweildauern. Diese sind für die Stichproben von EPOS-B und GeReNet.Wi 3 gegenüber durchschnittlichen Verweildauern deutlich erhöht. Welcher Art die Problemlagen waren, die hierfür verantwortlich sind (z.B. komplexe medizinische Behandlungsanforderungen oder Komplikationen bei der Weiterversorgung) lässt sich an dieser Stelle nicht sagen.

Auffällig ist die Dauer der postakuten Kurzzeitpflege: Bereits die durchschnittliche Verweildauer liegt über der gesetzlich vorgesehenen Grenze von vier Wochen. Die Analysen geben Hinweise darauf, dass bei besonders hohen Verweildauern soziale und netzwerkbezogene Kriterien (alleinlebend, ledig, keine Kinder) eine Rolle spielen.

Aus dem **Projekt BegE** liegen noch keine endgültigen Angaben zu den pflegenden Angehörigen vor, da die empirische Phase noch nicht abgeschlossen ist. In einer Vorauswertung wurden allerdings, bezogen auf die 38 bisher begleiteten Angehörigen, Daten zu den Schwerpunkten der Beratung ausgewertet. Diese werden im Folgenden in die Analyse einbezogen.

Zugang zu Personen mit Bedarf

Auf welchem Weg und wie erfolgreich gelang der Zugang zur angezielten Personengruppe?

Im **Projekt EPOS-B** verfügte die Brückenpflege über zwei Koordinatorinnen, welche bei Anfragen von verschiedenen Stellen eine Brückenfachkraft zu dem jeweiligen Patienten vermittelten. Die Identifikation der Personen mit Bedarf erfolgte nicht systematisch. Die Personen gelangten auf unterschiedlichem Weg an das Unterstützungsangebot: Zum einen, indem die Brückenfachkräfte im Rahmen ihrer pflegerischen Tätigkeit selbst initiativ wurden und Personen bei wahrgenommenem Bedarf ansprachen. Zum anderen haben sich Kollegen von Station oder Sozialdienst, Stationsärzte oder weitere Mitarbeitende an die Brückenfachkräfte gewandt, oder deren Einschaltung wurde im multidisziplinären Team entschieden. Auch kam es vor, dass Patienten und Angehörige um Unterstützung anfragten. Ob auf diesen Wegen alle Personen mit Bedarf erreicht wurden, kann aus den Angaben nicht ermittelt werden.

Die Identifizierung von Personen mit Bedarf sollte im **Projekt GeReNet.Wi 3** via Screening erfolgen, das eine Einschaltung des Sozialdienstes nach sich zog. Um bereits bestehende klinikinterne Strukturen im Entlassmanagement berücksichtigen zu können, wurden den beteiligten Kliniken keine Vorgaben über die personelle Verortung des Screening gemacht. Die Kliniken wählten hier unterschiedliche Wege (Stationsarzt, Physician Assistants, multidisziplinäre Entscheidung in Frühbesprechungen). Allerdings war, wie weiter unten darzustellen sein wird, die Implementierung des Verfahrens in den Kliniken deutlich erschwert. Die Projektverantwortlichen gehen deshalb davon aus, dass im gegenwärtigen Projekt nur ein Teil der Personen mit Bedarfen in der Klinik identifiziert und in das Verfahren einbezogen wurde.

Im **Projekt VHNH** wurden alle aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege aufgenommenen Personen im Aufnahmegespräch mündlich und mit Flyer auf das Unterstützungsangebot hingewiesen. Zudem erfolgte eine Zuschaltung der Fachkraft durch Mitarbeitende der Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sofern

Bedarf wahrgenommen wurde. Diese Vorgehensweise erwies sich schon bald als nicht ausreichend. Sehr deutlich wurde, dass Personen mit Bedarf trotz nachweislichem Hinweis häufig nicht oder erst sehr spät Unterstützung suchten. Auch für die Mitarbeitenden waren Bedarfe nicht immer direkt erkennbar. Deshalb wurde schon frühzeitig im Verlauf eine zugehende Kontaktaufnahme eingeführt: Die Fachkraft suchte alle aus dem Krankenhaus aufgenommenen Personen bald nach Aufnahme auf und fragte nach Unterstützungsbedarf. Rund ein Viertel aller aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege aufgenommenen Personen wiesen entsprechende Bedarfe auf und wurden von der Fachkraft unterstützt.

Im **Projekt BegE** zeigten sich ähnliche Herausforderungen. Auch hier wurden Angehörige persönlich und per Informationsschreiben auf das Beratungsangebot aufmerksam gemacht. Sie wurden systematisch während des Aufnahmeprozesses identifiziert. Jedoch stellte es sich als schwierig heraus, die Angehörigen beim Besuch der Patienten direkt auf Station zu erreichen. Auch der Zugang über die Pflege erwies sich als mangelhaft: Das Angebot war vielen Mitarbeitenden nicht ausreichend präsent oder war im Stationsalltag in den Hintergrund gerückt. Zudem wurden faktische Beratungsbedarfe pflegender Angehöriger von Mitarbeitenden häufig nicht erkannt, wenn der Patient selbst noch als relativ selbständig eingeschätzt wurde. Deshalb wurde auch hier nach einer ersten Phase ein zugehender Ansatz gewählt, indem nach einem kurzen Gespräch mit den in Frage kommenden Patienten die Angehörigen telefonisch kontaktiert wurden und ein Beratungstermin vereinbart wurde. Derzeit bahnen verschiedene, in der Versorgung tätige Berufsgruppen den Zugang zum Beratungsangebot (Pflege, Sozialdienst, Ärzte, Alltagsbegleiterinnen). Diese weisen Angehörige, bei denen beratungsrelevante Pflegephänomene wahrgenommen werden, auf das Angebot hin. Weiterhin erfolgt die Einschaltung der Beratung durch den Kliniksozialdienst, wenn dieser bei der Durchführung des Entlassmanagements entsprechende Bedarfe erkennt. Die Fallsteuerung liegt hier bei einer Pflegefachkraft, die in der Sozial- und Pflegeberatung der Klinik tätig ist.

Der Zugang zu den angezielten Personen erfolgte in den Projekten teils systematisch, teils nicht systematisch. Teils wurden mehrere Zugangswege gewählt. Über den Erfolg des Zugangs lassen nicht alle Projektangaben Aussagen zu. Deutlich wird jedoch, dass auch ein systematisches Vorgehen wie im Projekt GeReNet.Wi 3 keine Garantie darstellt, einen Großteil der Personen mit Bedarf zu erreichen, wenn es in der Implementierung zu Problemen kommt. Als erfolgversprechend haben sich in zwei Projekten zugehende Ansätze erwiesen. Mit ihrer Hilfe konnten die entsprechenden Personen deutlich besser erreicht werden.

Deutlich wird zudem in mehreren Projekten, dass die reine Kenntnis eines Unterstützungsangebots (Beratung und Anleitung) seitens der Patienten und Angehörigen nicht automatisch dazu führt, dass die Hilfe auch zeitnah aufgesucht wird.

Eine Schwierigkeit bildet weiterhin der Umstand, dass mögliche Bedarfe zur Unterstützung in der Anpassung der häuslichen Versorgungssituation im stationären Setting nicht unmittelbar evident sind. Selbst wenn der Patient offensichtliche und anhaltende Einschränkungen der Selbständigkeit aufweist, sagt das noch nichts über die häusliche Situation und das dort bereits verfügbare Hilfef Potenzial aus. Diese Aspekte müssen per Nachfragen ermittelt werden, wobei Hürden der Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten, die weiter unten geschrieben werden, zu Herausforderungen führen.

Auch im **Kontaktaufbau zu den Personen mit Bedarf sowie bei der Kooperation** werden in den Projekten (außer BegE) diverse Herausforderungen beschrieben.

Die Brückenfachkräfte, aber auch Verantwortliche in der Klinik im **Projekt EPOS-B** berichten als Herausforderung, dass viele Patienten, die Bedarf hätten, zunächst die Brückenpflege ablehnten. Brückenfachkräfte mussten in diesen Fällen immer wieder Überzeugungsarbeit leisten und gegebenenfalls einen längeren Prozess begleiten, bis Patienten bereit waren, Hilfen anzunehmen.

Aus dem Interview mit einer Brückenfachkraft: „[...] die Patienten nehmen es dankbar an, sind froh, dass es uns gibt, sind aber auch manchmal skeptisch, weil man muss auch wiederum manchmal Überzeugungsarbeit leisten. Wenn man dann sagt: ‘Wir kommen von der Brücke, das ist ein Verein,’ dann blockieren manche, jetzt kommt nochmal einer, da war der Sozialdienst da, da war die Brücke da, da war was weiß ich alles für Vereine oder Einrichtungen vom Krankenhaus alles da, und viele alte Leute sind mit der ganzen Sache überfordert.“
(Brandenburg et al., 2018, S. 80)

Verantwortliche in der Klinik benannten für die Ablehnung des Angebotes weitere verschiedene Gründe. Ein Befragter meinte, dass Patienten das Gefühl hatten, sich durch die Brückenpflege in eine gewisse Abhängigkeit zu begeben. Außerdem wurde genannt, dass ein grundsätzliches Misstrauen bestehen würde, jemand Fremden in seine eigene Wohnung zu lassen. Ein dritter Grund, warum die Brückenpflege häufig nicht in Anspruch genommen würde, wäre, dass gerade diese Patientengruppe sich nicht eingestehen wollte Hilfe zu benötigen. Auch die Sorge bezüglich entstehender Kosten konnte zur Ablehnung der Brückenpflege führen. Dass insgesamt von der Brückenpflege weniger Patienten begleitet werden konnten als es die zeitlichen Kapazitäten erlaubt hätten, wird auf diese genannten Vorbehalte zurückgeführt.

Aus dem **Projekt GeReNet.Wi 3** wird berichtet, dass bei eingeschränkter Auskunftsfähigkeit der Patienten und Nicht-Verfügbarkeit von Bezugspersonen die klinikinterne Bedarfserhebung mit erheblichem zeitlichem Mehraufwand verbunden war. Eine weitere Herausforderung zeigte sich bereits beim Zugang zu der Personengruppe: Entsprechend den Vorgaben des *Rahmenvertrags Entlassmanagement* wird bei den beteiligten Kliniken bereits bei Aufnahme die Zustimmung zur Durchführung eines Entlassmanagements eingeholt; in diesem Rahmen findet auch das Projektinterne Screening statt. Gerade die Personen, die im Projekt erreicht werden sollen, lehnen nach den Erfahrungen der Akteure aber ein Entlassmanagement häufig im ersten Moment ab und fallen hierdurch aus dem Verfahren heraus.

Im **Projekt VHHH** gestalteten sich Kontaktaufbau und Kooperation in fast drei Vierteln der Fälle unproblematisch. Bei den übrigen Personen bestanden am Anfang Schwierigkeiten, das Angebot anzunehmen. Bei mehr als 10 Prozent blieb die Beratungsarbeit durchweg schwierig, obwohl entsprechende Bedarfe vorhanden waren. In diesen Fällen spielten zum einen Probleme im Umgang mit eigener Hilfebedürftigkeit eine Rolle, zum anderen wirkten sich Anzeichen kognitiver Beeinträchtigung und psychiatrischer Auffälligkeiten (Depressivität, Wahnvorstellungen) auf die Hilfskooperation aus.

Herausforderungen beim Kontaktaufbau und bei der Kooperation mit beratenen Personen (Patienten, Kurzzeitpflegegäste) spielen in allen Projekten eine Rolle. Diese manifestieren sich häufig am Anfang der Beratung. Im Zentrum stehen dabei Probleme der Patienten, Hilfe anzunehmen, eingeschränkte Autonomie und Auskunftsfähigkeit sowie psychiatrische Auffälligkeiten.

Die jeweils verfügbaren zeitlichen Ressourcen der beratenden Person wirken sich entscheidend dahingehend aus, ob trotz solcher Faktoren der Beratungsprozess gelingt oder ob er abgebrochen werden muss: Sowohl im Projekt EPOS-B als auch im Projekt VHNH hatten die Fachkräfte die Möglichkeit, den Beziehungsaufbau schrittweise zu gestalten und auch nach erstmaliger Ablehnung erneut den Kontakt zu suchen,- eine Ressource, die den im klinikinternen Entlassmanagement engagierten Mitarbeitenden im Projekt GeReNet.Wi 3 vermutlich nicht in dem Maß zur Verfügung steht.

Durchgeführte Unterstützungstätigkeiten

Im Folgenden werden die in den Projekten berichteten Tätigkeiten verglichen, die sich aus dem bedarfsbezogenen Assessment ergeben haben.

Der Bericht des **Projekts EPOS-B** konzentriert sich auf die poststationär durchgeführten Tätigkeiten. Einen Schwerpunkt bilden hier Beratungen zu den Themenbereichen Medikamenteneinnahme (97,0% der Fälle), gesundheitsgerechtem Verhalten (95,5%), Ernährung (95,2%), Hilfsmittelgebrauch (93,8%) und Selbstpflege (93,7%). Beratungen zur Wundversorgung wurden bei fast jedem dritten Fall durchgeführt.

Weiterhin ging es in etwa einem Drittel der Fälle um Unterstützung bei der Beantragung bzw. Höherstufung einer SGB XI- Pflegestufe (resp. eines Pflegegrades) sowie um Unterstützung bei der Organisation eines ambulanten Pflegedienstes. Bei annähernd 50% der Fälle unterstützten die Brückenfachkräfte bei der (Re-) Organisation der hauswirtschaftlichen Versorgung und bei 60,3% bei der Organisation sonstiger Hilfen wie Nachbarschaftshilfe, Einkaufshilfen oder sozialer Betreuung.

In den Interviews beschreiben die Brückenfachkräfte als zentrale Aufgabe, Patienten und Angehörigen Ängste und Sorgen zu nehmen, die häufig im Kontext des Übergangs auftreten, und ihnen durch ihre Präsenz und Ansprechbarkeit zur Seite zu stehen. Dieser Aspekt wird auch von den interviewten Patienten als eine Stärke des Angebots hervorgehoben.

Im **Projekt GeReNet.Wi 3** wurden ebenfalls jene Tätigkeiten berichtet, die durch die Beratungsstellen innerhalb der ersten zwei Wochen nach Klinikaufenthalt durchgeführt wurden⁸. Dies waren: 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.

Im **Projekt BegE** stehen Beratung, Anleitung und Mikroschulung pflegender Angehörigen während des Klinikaufenthalts und in den ersten Tagen nach der Entlassung im Mittelpunkt. Der Fokus liegt auf krankheits- und pflegebezogenen Themen wie z.B. Mobilisation, Ausscheidung/Inkontinenz, Wundversorgung, Medikation und Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln. Andere Beratungsbedarfe, die im ersten Projektabschnitt ermittelt wurden (sozialrechtliche Themen, psychosoziale Themen),

⁸ Zudem führten die Kliniksozialdienste die üblichen Tätigkeiten durch, die ihnen im Rahmen des Entlassmanagements obliegen.

werden durch den Kliniksozialdienst bearbeitet. Hierdurch ist zugleich eine konzeptuelle Klärung der Schnittstelle zwischen beiden Berufsgruppen im Entlassmanagement erfolgt.

Im **Projekt VHNH** wurden die Tätigkeiten nicht hinsichtlich ihrer prozentualen Häufigkeiten quantifiziert. Das Spektrum der Tätigkeiten der Fachkraft umfasste Beratungsgespräche und Informationsweitergabe (z.B. über mögliche häusliche Hilfen), Beratung zu Finanzierungsfragen und Leistungsansprüchen, Hilfeplanung und -koordination, Unterstützung bei Antragstellungen und Widerspruchsverfahren sowie bei Einrichtung bzw. Aufhebung einer gesetzlichen Betreuung. Weiterhin wurden therapeutische und rehabilitative Maßnahmen angeregt, Kontakte zu nachsorgenden Beratungsstellen hergestellt. Wie im Projekte EPOS-B wird darüber hinaus auch im Projekt VHNH der psychosozialen Betreuung ein wichtiger Stellenwert eingeräumt.

Es wurde nicht erfasst, welche Tätigkeiten während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes und welche im Anschluss durchgeführt wurden. Aus den Falldokumentationen lässt sich jedoch ableiten, dass ein Großteil gerade der organisatorischen Tätigkeiten vor Entlassung durchgeführt werden konnte. Hier ist wichtig, dass in der Kurzzeitpflege kein dem Krankenhaussektor vergleichbarer Entlassungsdruck besteht. So wurden geplante Entlassungen in mehreren Fällen verschoben, weil die Re-Organisation der häuslichen Wohn- und Versorgungssituation noch nicht abgeschlossen werden konnte.

Auch hier wird die Bearbeitung von Ängsten (in Bezug auf den zu erwartenden Verlauf der Krankheit und des Pflegebedarfs) als ein wichtiges Thema beschrieben. Bedeutsam sind weiterhin Äußerungen von Angehörigen, denen zufolge auch ohne das Vorhandensein „gravierender“ Pflegeprobleme Beratungsgespräche als sehr hilfreich erlebt werden und zur Stärkung der Rolle als pflegender Angehöriger beitragen. In diesem Sinne verfolgt der Ansatz des Projekts auch ein präventives Ziel.

Die dargestellten Interventionen sind nicht deckungsgleich, weisen jedoch große Überschneidungen auf. Beratung ist immer ein zentrales Element. Bei allen Patientenbezogenen Projekten geht es weiterhin zentral um die Organisation von Hilfen, Unterstützung bei Antragstellungen, sowie um die psychosoziale Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung des Übergangs.

Nachstationäre Betreuung

Wie wird die nachstationäre Betreuung durchgeführt und welchen Umfang nimmt diese ein? Befunde hierzu werden aus den Projekten EPOS-B, GeReNet.Wi 3 und VHNH berichtet.

Im **Projekt EPOS-B** berichten die Brückenfachkräfte davon, dass sie Hausbesuche, je nach wahrgenommener Dringlichkeit und eigenen zeitlichen Möglichkeiten, meistens spätestens zum dritten Tag nach Entlassung durchführen. In dringenden Fällen wird versucht, schon am Entlassungstag selbst zu kommen.

Bei den betreuten Personen wurden minimal 2, maximal 6 Hausbesuche durchgeführt ($\bar{x}$ 2,77±1,07). Die Intervention, beginnend mit dem ersten Hausbesuch, erstreckte sich über durchschnittlich 10,12±4,75 Tage. Die Dauer reicht von zwei Tagen bis zu 27 Tagen.

Hier zeigte sich auch wiederholt das Problem, den richtigen Zeitpunkt für den Abschluss der nachstationären Betreuung zu finden.

Aus dem Interview mit einer Brückenfachkraft: „Kommst du nochmal vorbei auf einen Besuch, dann rufst du nochmal kurz an, dann sind wir da. Schon, der Abschluss ist immer ein bisschen schwer zu finden, dass du eben sagst: ‘Da ist jetzt Schluss. ` Ich habe zum Beispiel eine, ich habe nächste Woche einen Tag frei, dann mache ich mal einen Besuch und schaue, wie es denen geht, weil es mich auch interessiert.“ (Brandenburg et al., 2018, S. 83).

Der Wunsch nach Weiterführung der Betreuung wurde von Seiten vieler Patienten geäußert. Aber auch den Fachkräften selbst fiel es schwer, sich nach der Intervention abzugrenzen.

Im **Projekt GeReNet.Wi 3** fand bei allen übergeleiteten Personen ein telefonischer Erstkontakt durch die kommunale Beratungsstelle statt. Bei fast zwei Drittel der Personen (59,4 %) schlossen sich daran noch weitere Telefonate oder Hausbesuche an.

Im **Projekt VHNH** konnten 99 (58%) der betreuten Personen in ein nicht-institutionelles Wohnsetting oder in Formen institutionell betreuten Wohnens außerhalb der stationären Dauerpflege entlassen werden⁹. In 82 Fällen wurde nach Entlassung zumindest ein Telefonat geführt, an das sich bei einem Teil der Personen ein oder mehrere Hausbesuche anschlossen.

Bei diesem Projekt wurde ein Phänomen sichtbar, das in den übrigen Projekten so nicht zutage trat, da sich diese auf den direkten Übergang Krankenhaus-Häuslichkeit beschränkten: Ein Teil der Zielgruppe weist komplexe nachstationäre Versorgungsverläufe auf, die durch mehrere Institutionen führen können. Hier ein Beispiel aus dem Projekt:

Eine Dame kommt nach Hüftgelenkoperation in die Kurzzeitpflege. Aufgrund einer Entzündung wurde das alte Hüftgelenk zwar entfernt, das neue konnte aber noch nicht eingesetzt werden. Im Zeitraum bis zur Ausheilung kann sie nicht nach Hause, da dort die Versorgung nicht gewährleistet ist. Mehrere Wochen verbleibt sie in der KZP, kommt dann zur zweiten Operation wieder in die Klinik, anschließend zurück in die KZP, dann in die Anschlussheilbehandlung und von dort nach Hause.

Im **Projekt BegE** ist nach Ablauf von 48 Stunden nach Entlassung ein Telefonat vorgesehen. Zudem kann ein Hausbesuch durchgeführt werden, falls im Nachsorgetelefonat der Bedarf ermittelt wird. Beide nachstationären Beratungsangebote dienen im Bedarfsfall auch der Vermittlung an weitere ambulante Strukturen, wie z.B. die örtlichen Pflegestützpunkte. Bei den bisher begleiteten 38 Personen fand das Nachsorgetelefonat in 13 Fällen statt, nur in einem Fall schloss sich daran ein Hausbesuch an. Dass weniger Nachsorgetelefonate stattfanden als Beratungen, lag in mehr als der Hälfte der Fälle (18) daran, dass die Angehörigen telefonisch nicht erreicht werden konnten. Drei Patienten verstarben vor der Entlassung, neun Patienten wurden, entgegen der Annahme bei Krankenhausaufnahme, doch nicht nach Hause entlassen. In acht Fällen konnte aus organisatorischen Gründen zeitnah kein Telefonat stattfinden.

Aus allen Projekten wird berichtet, dass sich Bedarfssituationen nach Entlassung häufig anders darstellen als in der Klinik prognostiziert. So mussten geplante Hilfen vielfach erweitert oder angepasst werden. Teilweise traten neue Bedarfe auf.

⁹ Bei den übrigen Personen ist entweder keine Aussage möglich, da sie in eine Akut- oder Rehabilitationsklinik entlassen wurden, oder sie sind erneut in die Obdachlosigkeit gegangen, verstorben oder dauerhaft im Pflegeheim geblieben.

Die im **Projekt Epos-B** befragten Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes des Krankenhauses gaben an, dass die Beratung bezüglich des Pflegebedarfes in der Häuslichkeit der Patienten viel effektiver wie im Krankenhaus wäre. Zum Beispiel würden Schwierigkeiten, wie Stolperfallen oder bauliche Einschränkungen, erst dort auffallen.

Aus einem Mitarbeiterinterview: „Aber es ist einfach so, im Krankenhaus ist das oft noch ein Schonrahmen, da haben die einfach alles, eben, haben keine weiten Wege, was weiß ich, wenn die daheim sind, dann sehen sie es vielleicht doch besser ein, dass ein Hilfebedarf da ist. Und dann kann man nochmal ansetzen und vielleicht klickst dann, dass doch Hilfe notwendig ist, oder geht doch ganz gut und dann braucht man doch nichts mehr.“ (Brandenburg et al., 2018, S. 136)

Im **Projekt BegE** deutet ein Vergleich der bisher ausgewerteten Beratungsthemen in der Klinik und im Nachsorgetelefonat darauf hin, dass nach Entlassung teilweise andere Themen in den Vordergrund rücken: Themen wie Mobilität, Medikation, Ernährung und Ausscheidung spielen vor Entlassung eine deutlich größere Rolle, dafür taucht als neues Thema der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten auf. In einem Fokusgruppen-Interview mit den beratenden Pflegefachkräften wird dies bestätigt. Sie erklären sich die Verschiebung der Beratungsthemen damit, dass einige Verhaltensauffälligkeiten für die Angehörigen erst im häuslichen Umfeld relevant werden. Als ein Beispiel hierfür wird nächtliche Unruhe genannt.

In der häuslichen Umgebung, so die Erfahrung aus dem **Projekt VHNH**, stellt sich aber auch die Selbstmanagementfähigkeit der beratenen Person häufig anders dar als im stationären Setting: „Vielfach war hier zu beobachten, wie das gewohnte Zuhause sich auch motivierend auf die Betroffenen auswirkte, sowohl physisch als auch psychisch, und welche Strategien sie entwickelten, um mit den häuslichen Gegebenheiten zurechtzukommen und weiterhin ein selbstbestimmtes Leben zu führen“ (Bär et al., 2015, S. 12). Diese Aspekte hätte ein Entlassmanagement ohne Einblick in die nachstationäre Lebens- und Versorgungssituation nicht berücksichtigen können.

Zugleich weisen die Projekte GeReNet.Wi 3 auch einen Anteil an Personen auf, bei denen sich die häusliche Versorgungssituation nicht innerhalb eines begrenzten Nachsorgezeitraums stabilisieren lässt.

Im **Projekt GeReNet.Wi 3** wird bei rund einem Drittel der betreuten Personen 14 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die häusliche Versorgungssituationen weiterhin als „instabil“ eingeschätzt. Hier wurden weitere Beratungskontakte vereinbart.

Im **Projekt VHNH** lagen nach Einschätzung der Fachkraft in rund 45% der Fälle zum Zeitpunkt des Fallabschlusses noch Risiken vor: diese bestanden entweder darin, dass nicht alle von der Fachkraft als notwendig erachteten Hilfen installiert werden konnten (in der Regel, weil die beratenen Personen diese nicht akzeptierten), dass Sicherheitsrisiken identifiziert wurden (z.B. fehlende „Kümmerer“, die bei sturzgefährdeten Personen regelmäßig nach diesen schauten), oder dass das Risiko sozialer Isolation bestand, beispielsweise aufgrund von stark ausgeprägten Mobilitätseinschränkungen. Zugleich äußerten sich 97% der betreuten Personen mit ihrer Situation zufrieden und wünschten keine weiteren Hilfen.

In solchen Fällen ist die dauerhafte Anbindung an eine professionelle Anlaufstelle mit der Möglichkeit der Kontaktaufnahme im Krisenfall wichtig. Im Projekt GeReNet.Wi 3 ist dieser Kontakt schon im Zuge der Überleitung gebahnt. Im Projekt VHNH wurden Personen auf das Angebot des Pflegestütz-

punktes und der Pflegeberatung nach SGB XI, §7a hingewiesen und diese im Einzelfall auch eingeschaltet.

Implementierung und Verstetigung

Alle Interventionen mussten, um im Sinne des angestrebten Ziels wirksam sein zu können, zunächst intra-institutionell implementiert werden. Bei allen Projekten bezog sich die Implementierung schwerpunktmäßig auf den stationären Bereich (Akutkrankenhaus, Kurzzeitpflege), auch in GeReNet.Wi 3, da die Tätigkeit der kommunalen Beratungsstellen durch das neue Verfahren nicht entscheidend verändert wurde.

Diese Implementierung war in mehreren Projekten durch Hürden erschwert. Darüber hinaus stellte sich in mehreren Projekten die Frage nach der Nachhaltigkeit, eng verknüpft mit der Frage der Finanzierung.

Die im **Projekt EPOS-B** untersuchte Brückenpflege wird bereits seit 5 Jahren angeboten und kann somit als verstetigt betrachtet werden. Allerdings zeigt die Evaluation, dass das Angebot klinikintern nicht optimal in das Entlassmanagement eingebunden ist: So wird der Brückenpflege ein mangelndes Rollenprofil attestiert, was zu Abgrenzungsproblemen gegenüber der Tätigkeit der Kliniksozialdienstes führt. Insgesamt zeigte sich im Projekt ein deutlicher Bedarf, Zuständigkeiten des klinikinternen Entlassmanagements zu klären und konzeptuell festzuschreiben.

Inwieweit die Ressourcen der Brückenfachkräfte ausreichen, um alle Personen mit Bedarf zu erreichen, wurde nicht beforscht. Als reformbedürftig wird im Rahmen der Evaluation das Finanzierungsmodell (Finanzierung aus Spendengeldern) bewertet. Dieses bietet keine langfristig gesicherte Finanzierungsbasis. Als mögliche Alternativen werden eine Public Private Partnership zwischen der Kasse als öffentlich-rechtliche Körperschaft und dem freigemeinnützigen Verein „Unsere Brücke e.V.“ oder eine Mischfinanzierung aus SGB V und SGB XI vorgeschlagen.

Im **Projekt GeReNet.Wi 3** zeichnete sich im Projektverlauf ab, dass die Implementierung des Verfahrens für die beteiligten Kliniken mit großen organisatorischen und technischen Herausforderungen verbunden war. Dies, obgleich die Implementierung in Kooperation mit Klinikvertretern entwickelt und von diesen als machbar eingeschätzt worden war. So wurden im Projektzeitraum deutlich weniger Patienten mithilfe des Verfahrens erfasst als vorgesehen.

In der Problemanalyse traten sowohl strukturbedingte als auch ressourcenbezogene Hürden zutage. Strukturelle Hürden zeigten sich beispielsweise:

- bei der Einschaltung des Kliniksozialdienstes aufgrund mangelnder Flexibilität des Klinikinformationssystems, wenn der Kliniksozialdienst nicht in stationsinterne Besprechungen eingebunden war,
- in Kapazitäts- und Zuständigkeitsgrenzen des Sozialdienstes bei klinikinternen Verlegungen bereits identifizierter Patienten.

Ressourcenbezogene Hürden bildeten die knappen Personalressourcen bei den Pflegefachkräften, deren Einsatz im Screening der Risikopersonen durch Zeitdruck und kurzfristige Abordnungen auf anderen Stationen behindert wurde. Ebenso zeigten sich Engpässe beim Kliniksozialdienst, denen die Bedarfserhebung oblag. Nach Abschluss der Evaluationsphase wurde das aufwändige, instrumentengebundene Verfahren aufgegeben. Um eine Identifikation direkt auf Station zu

verbessern, werden seither regelmäßige Besuche der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in den Stationsleitersitzungen aller Kliniken durchgeführt. Der Nachsorgezirkel wurde als Austauschgremium verstetigt.

Auch im **Projekt BegE** zeigten sich in der derzeit laufenden Umsetzung ressourcenbedingte Hürden: So konnte die Beratung im ersten Halbjahr 2018 nicht – wie ursprünglich vorgesehen – an zwei Tagen, sondern nur an einem Tag pro Woche angeboten werden, so dass zunächst nur ca. 50 % der Zielgruppe innerhalb des Krankenhausaufenthalts erreicht werden konnten. Grund hierfür war, dass ein Teil der für die Beratung ausgebildeten Pflegefachkräfte diese Beratung aufgrund fehlender personeller Kapazitäten nicht durchführen konnte. Mittlerweile konnten zwei Beratungstage etabliert werden. Allerdings ist die Fortführung der Beratung über die Projektphase hinaus ebenfalls von einer langfristigen Finanzierung abhängig, für sich bislang keine Perspektive aufzeigt.

Im **Projekt VHHH** kam es zu keinen größeren Problemen bei der Implementierung. Dies mag daran liegen, dass die Projektkoordinatorin frühzeitig entsprechende geregelte Kooperationsbeziehungen zu den einzelnen beteiligten Pflegeeinrichtungen aufgebaut hat. Von Vorteil war dabei sicher auch, dass sie als langjährige Mitarbeiterin die internen Strukturen genau kannte und ihrerseits den Ansprechpartnern vor Ort bekannt war.

Die projektmittelfinanzierten personellen Ressourcen haben für die Betreuung der Personengruppe und für die flankierende Netzwerkarbeit ausgereicht. Eine Verstetigung fand allerdings trotz deutlicher Hinweise auf den Nutzen des Angebots nicht statt. Nach Abschluss der Projektphase musste der Dienst wieder eingestellt werden, da keine langfristige Finanzierungsperspektive gefunden wurde.

Mit Blick auf die Implementierung und Verstetigung der durchgeführten Interventionen zeigen sich in den Projekten unterschiedliche Hürden:

- Dies sind klinikintern zum einen strukturell-organisatorische Hürden, zum anderen eine mangelnde konzeptionelle Ausgestaltung des Entlassmanagements.
- Personelle Engpässe haben besonders dort zu Einbußen in der Umsetzung geführt, wo die Intervention ohne zusätzliche Personalmittel durchgeführt werden musste.
- Umgekehrt ist eine Verstetigung in jenen Projekten verhindert oder gefährdet, wo solche zusätzlichen Mittel zur Verfügung standen bzw. stehen, indem diese entweder mit Projektabschluss endeten oder die Finanzierung ungesichert ist.

Interprofessionelle und sektorenübergreifende Kooperationsstrukturen

Welche Bedeutung haben interprofessionelle und intersektorale Vernetzungsstrukturen in den Projekten gespielt?

Im **Projekt EPOS-B** arbeiten die Brückenfachkräfte bei ihrer Betreuung in der Nachsorge fallbezogen mit verschiedenen Akteuren (Ärzten, Pflegediensten, Nachbarschaftshilfen) zusammen. Eine systematische Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit wurde von ihnen allerdings nicht durchgeführt. Entsprechend zeigte die qualitative Evaluation auf, dass das Aufgabenprofil der Brückenpflege bei kooperierenden Berufsgruppen teilweise falsch eingeschätzt und mit ähnlichen Angeboten die der Brückenpflege in der Krebsnachsorge verwechselt wurde. Der Ausbau der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit wird als Ergebnis der Evaluation empfohlen. Ein erstes Netzwerktreffen unter Beteiligung entsprechender Stakeholder im Nachsorgektor soll bis Ende dieses Jahres durchgeführt werden.

In der gegenwärtigen Phase des **Projekts BegE** wird die intersektorale Schnittstellengestaltung noch beforscht. Insbesondere ist eine Fragestellung des aktuellen Projekts, inwieweit es gelingt, pflegende Angehörige mit auch nach Beratungsabschluss weitergehenden Bedarfen an nachsorgende Beratungsstellen wie die Pflegestützpunkte überzuleiten. Ergebnisse dazu liegen zurzeit noch nicht vor.

Im **Projekt VHHH** mussten entsprechende Kooperationsstrukturen erst aufgebaut werden. Dies wurde von der beauftragten Fachkraft als Teil ihrer Aufgabe verstanden und daher sehr frühzeitig und offensiv angegangen. Dabei waren v.a. die Kliniksozialdienste, die Beratungsstellen und ambulanten Dienste im Einzugsgebiet der Kurzzeitpflegeeinrichtungen als zentrale Schnittstellen für die Nachsorge von Kurzzeitpflegegästen im Blick. Wichtige Ansprechpersonen waren insbesondere Mitarbeitende in den Pflegestützpunkten. Die Projektkoordinatorin informierte die einzelnen Dienste schriftlich, führte persönliche Gespräche und hospitierte sowohl beim Kliniksozialdienst als auch in der ambulanten Pflege. Ergänzt wurde dies durch Aktivitäten der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch die Teilnahme an den verschiedenen regionalen Arbeitskreisen und fachbezogenen Veranstaltungen. In der Folge wurde die Fachkraft ihrerseits von verschiedenen Seiten eingeladen, das Projekt vorzustellen (z.B. Stammtisch Berufsbetreuer, Nachbarschaftshilfen Heidelberg, Kommunale sozialen Dienste).

Im **Projekt GeReNet.Wi 3** ist die intersektorale Kooperation bereits im Verfahren selbst angelegt. Die ausführenden Akteure arbeiten fallbezogen mit Kollegen anderer Professionen (Ärzte, Pflegedienste etc.) zusammen. Um die Überleitungen zu optimieren, führen die kommunalen Sozialdienste zudem regelmäßige Feedback- und Planungssitzungen mit den einzelnen Kliniksozialdiensten durch. Hier zeigen die Erfahrungen, dass das klinikinterne Entlassmanagement stark von den Rückmeldungen über nachstationäre Fallverläufe profitiert.

Im Projekt GeReNet.Wi 3 kommt eine weitere Ebene hinzu: Das aktuelle Projekt ist eingebettet in ein seit 2001 kontinuierlich aufgebautes Kooperationsnetzwerk zwischen kommunaler Altenarbeit und Akteuren des Gesundheitswesens. Sowohl Konzeption als auch Steuerung des Projekts erfolgen kooperativ zwischen kommunalen Vertretern und Vertretern der Kliniken. Auch die wissenschaftliche Begleitung ist beratend vertreten. Auf diese Weise ist nicht nur die Akzeptanz des Projekts sowohl klinikintern als auch bei den Akteuren im nachsorgenden Sektor hoch, es war darüber hinaus über die gesamte Projektspanne möglich, Umsetzungshürden zu identifizieren und Projektstrategien entsprechend anzupassen.

Die Befunde und Erfahrungen aller Projekte zeigen, dass eine erfolgreiche Umsetzung der Interventionen entscheidend von professions- und sektorenübergreifenden Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen abhängt. Neben zeitlichen Ressourcen für die Betreuung von Patienten, Kurzzeitpflegegästen und Angehörigen sind daher auch Ressourcen für die Netzwerkarbeit erforderlich.

Die Netzwerkarbeit dient der gegenseitigen Rollentransparenz, der Abgrenzung von Tätigkeitsbereichen, der Entwicklung geregelter Kooperations- und Übergabeverfahren sowie der fortwährenden Klärung und Optimierung durch fallbezogene IST-Analysen und gegenseitiges Feedback.

Optimal ist es, wenn nicht nur die ausführenden Akteure in solchen Kooperationsnetzwerken eingebunden sind, sondern wenn Vernetzung auch auf Träger- und Behördenebene stattfindet.

D – Implikationen für die intersektorale Versorgungsplanung

Unabhängig voneinander zielen die vier Projekte auf die Schließung vergleichbarer Versorgungslücken ab. Aus Ergebnissen der vorangegangenen gegenüberstellenden Analyse sollen nun Aspekte und Rahmenbedingungen eines überleitenden Fallmanagements erarbeitet werden. Der Terminus „überleitendes Fallmanagement“ ist dabei als vorläufiger Arbeitsbegriff zu verstehen. Im gegenwärtigen Entwicklungsstadium der Expertise soll durch seine Verwendung vermieden werden, dass das hier beschriebene Tätigkeitsspektrum vorschnell mit etablierten Konzepten wie dem Case-Management oder der Pflegeüberleitung gleichgesetzt wird.

Es sei ergänzend darauf hingewiesen, dass sich die Implikationen und nachfolgenden Empfehlungen ausschließlich auf die Überleitung in das häusliche Wohn- und Versorgungssetting beziehen. Überleitungsprozesse in stationäre Pflegeeinrichtungen sind ebenfalls ein wichtiges Handlungsfeld, werden aber hier nicht thematisiert.

Die Versorgungslücke, die den Ausgangspunkt der Projekte bildet, manifestiert sich bei einer eingrenzbaren Patientengruppe

Die Patientengruppe, die (bzw. deren pflegende Angehörige) in den Projekten Unterstützung erhielt, war in den meisten Fällen älter als 65 Jahre. Zusätzlich zu oder im Kontext von dem Akutereignis, das zur Aufnahme ins Krankenhaus geführt hat, bestehen multiple Einschränkungen gesundheitlicher Art und daraus resultierende Einschränkungen der selbständigen Alltagsbewältigung. Kognitive Einschränkungen bzw. Symptome mit Hinweisen auf affektive Störungen treten bei ungefähr einem Drittel der Personengruppe auf.

Bei allen Personen besteht die Notwendigkeit, die häusliche Situation durch Maßnahmen wie die Einleitung von Hilfen, räumliche Veränderungen und Auf-/Ausbau bzw. Stärkung eines Unterstützungsnetzwerks an die Einschränkungen anzupassen.

Gelingt dies nicht, so droht nach Entlassung eine risikoreiche häusliche Wohn-/Lebenssituation, die von verminderter Teilhabe, potenzieller sozialer Isolation und geringerer Lebensqualität geprägt ist und in der Gefährdungen (z.B. Stürze, Mangel-/Fehlernährung) auftreten können. Diese ziehen ein erhöhtes Wiederaufnahmerisiko in die Klinik (Herrin et al., 2015) sowie das erhöhte Risiko nicht erwünschter Umzüge in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nach sich.

Einschränkungen der Selbständigkeit und multiple gesundheitliche Probleme konstituieren jedoch nicht *eo ipso* eine wirkliche Risikosituation, wenn die Person selbst noch handlungsfähig ist, ihre eigene häusliche Situation zu re-organisieren vermag und/oder über familiäre und außerfamiliäre Unterstützungsnetzwerke verfügt, die in der Lage sind, derartige Aufgaben zu übernehmen.

Neben der Schwere der Einschränkungen und dem Ausmaß erforderlicher Anpassungen der häuslichen Wohn- und Versorgungssituation bestimmen zwei Ressourcenbereiche den Unterstützungsbedarf der Personengruppe entscheidend mit:

Handlungs- und Bewältigungsressourcen des Patienten

Selbstmanagementfähigkeiten spielen bei der Alltagsbewältigung unter den Bedingungen chronischer Erkrankung und bei dauerhaften Beeinträchtigungen eine entscheidende Rolle. Dazu zählt die Fähigkeit, sich Informationen zu suchen und Hilfen zu organisieren, die eigenen Leistungsansprüche

geltend zu machen etc. Wenn im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes die häusliche Versorgung neu geregelt werden muss, gehört dazu weiter die Fähigkeit, zu antizipieren, wie sich gegenwärtige Einschränkungen auf das zukünftige Leben zu Hause auswirken werden. Schließlich gehört dazu die Fähigkeit, die eigene Angewiesenheit auf die Hilfe anderer zu akzeptieren und die Hilfen anzunehmen („bewusst angenommene Abhängigkeit“; vgl. Kruse, 2005).

Diese Ressourcen, das zeigen die in den Projekten gewonnenen Erkenntnisse, sind bei der Personengruppe häufig herabgesetzt. Hier können dauerhafte Faktoren (z.B. Demenz) die Ursache sein. Hinzu treten eine situative Herabsetzung der Selbstmanagementkapazität als Folge des Akutereignisses (Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen etc.), Unsicherheit und Ängste mit Blick auf den weiteren Verlauf und die nachstationäre Lebensperspektive sowie nicht abgeschlossene Bewältigungsprozesse in der Anerkennung der eigenen Angewiesenheit auf die Hilfe anderer. Auch die Klinikumgebung als fremde Umwelt, mit wenig übersichtlichen Abläufen und wechselnden Ansprechpartnern kann sich ungünstig auf die Selbstmanagementfähigkeiten auswirken.

Gleichwohl äußern die Patientinnen und Patienten weiterhin eigene Ziele und Präferenzen, zu denen meist der Wunsch gehört, wieder in die angestammte Wohnsituation zurückkehren zu können, und zeigen vielfach auch das Bedürfnis nach selbstverantwortlicher Gestaltung der Situation (Kontrolle). Wird dies in der Versorgungsplanung nicht berücksichtigt, besteht die Gefahr, dass Personen sich entmündigt fühlen und die Kooperation verweigern.

Ressource: Informelles und professionelles Unterstützungsnetzwerk

Wenn die Handlungsressourcen der Person eingeschränkt sind, kann die Neugestaltung der häuslichen Versorgung durch eine oder mehrere verantwortliche Bezugspersonen aus dem sozialen Netzwerk der Person übernommen werden. Viele Personen in den Projekten verfügten über Bezugspersonen, die tatsächlich bereit waren, Unterstützung zu leisten. Hier allerdings muss unterschieden werden: Eine Person, die alltagsbezogene Unterstützungen leistet und/oder die Rolle eines gesetzlichen Vertreters übernommen hat, ist deshalb noch lange nicht in der Lage, die Aufgaben zu übernehmen, die mit der Re-Organisation der Versorgungssituation verbunden sind. Die Bedarfserhebung darf somit nicht damit enden, dass formal ein „Kümmerer“ identifiziert werden kann. Sie muss auch prüfen, inwieweit dieser die anstehenden Aufgaben ohne Unterstützung wahrnehmen kann.

Weiterhin ist zu prüfen, inwieweit bereits eine Anbindung an das professionelle ambulante Hilfesystem besteht. Bei den in den Projekten betreuten Personen war dies nicht der Fall, selbst dann nicht, wenn diese Personen bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhielten.

Ob und in welchem Ausmaß Patienten ein sektorenübergreifendes Fallmanagement benötigen, hängt also entscheidend von der Ausprägung dieser beiden Ressourcen ab. Im klinikinternen Screening sollten diese daher ausreichend berücksichtigt werden.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement fördert durch entsprechende Beratung und koordinative Hilfeplanung die Handlungsfähigkeit, Lebensqualität und soziale Teilhabe der beschriebenen Patienten und ihrer Angehörigen

Die beschriebenen Personengruppen zeichnen sich durch Bedarfs- und Risikolagen hinsichtlich der Alltagsbewältigung und Aufrechterhaltung eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens in ihrem sozialen Umfeld aus. Damit unterscheiden sie sich von der sonst im Gesundheitswesen üblichen Bedarfsbeschreibung: Orientiert am Leitkonzept der Gesundheit, werden Bedarfsgruppen in der Regel als medizinische Diagnosegruppen definiert. Entsprechend stehen medizinische Versorgungsstrukturen im Zentrum und werden durch pflegerische und soziale Strukturen flankiert.

Bei der hier beschriebenen Bedarfsgruppe zielen die Interventionen hingegen auf subjektive Lebensqualität und soziale Teilhabe. Ausgangspunkt bilden der lebensweltliche Alltag der Betroffenen (vgl. auch Schulz-Nieswandt, 2018, S. 68) und die hier auftretenden Bedürfnislagen. In einem partizipativen Beratungsprozess müssen diese in Bedarfe überführt werden. Mit Blick auf die lokale Versorgungsinfrastruktur und unter Ausschöpfung finanzieller Leistungsansprüche ist es das Ziel, zu einem passgenauen Versorgungsarrangement zu kommen. Je nach Situation variieren dabei die vorgebrachten Beratungsanliegen der Patienten (Informationssuche, praktische Hinweise und Unterstützung, psychosoziale Unterstützung zur Krisenbewältigung, vgl. auch Englert et al., 2018). Dabei muss es immer auch darum gehen, die Handlungsfähigkeit des betroffenen Systems (Patient und Angehörige) zu stärken.

Diese Schwerpunktsetzung darf nicht dazu führen, dass medizinisch-ärztliche Aspekte der Versorgung aus dem Blick geraten. Auch hier besteht das Risiko von Versorgungsbrüchen, wie beispielsweise Studien zur medikamentösen Versorgung an der Schnittstelle Krankenhaus - Nachsorge zeigen (Stange et al, 2013; Gröber-Grätz et al., 2014). Ohne in das ärztliche Handlungsfeld eingreifen zu wollen, könnte sektorenübergreifendes Fallmanagement an dieser Stelle hilfreich sein, indem es die angesprochene Problematik mit im Blick hat.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement benötigt spezifische Ressourcen und Strategien, um den Zugang zu der beschriebenen Patientengruppe zu realisieren und eine partizipative Hilfeplanung realisieren zu können

Einschränkungen handlungsbezogener Ressourcen des Patienten stellen nicht nur eine Indikation für ein überleitendes Fallmanagement dar, sie führen bei der Durchführung desselben auch zu besonderen Herausforderungen.

Dies zeigte sich in den Projekten bereits bei der Bedarfsidentifikation: Viele Personen suchten Hilfe nicht von sich aus, lehnten ein Entlassmanagement trotz Bedarf zunächst ab oder waren in ihrer Auskunftsfähigkeit eingeschränkt.

Diese Herausforderungen können dazu führen, dass bereits die Identifikation von Personen mit Bedarfen misslingt. Aber auch in der Kontaktaufnahme und im Assessment zeigen sich besondere Herausforderungen.

Bei Personen mit eingeschränkten Handlungsressourcen ist das überleitende Fallmanagement daher bereits im klinikinternen Prozess des Entlassmanagements mit erhöhtem Aufwand verbunden.

Es bedarf entsprechender Strategien und Verfahren, die insbesondere

- das Erkennen der häufig nicht unmittelbar evidenten Bedarfe bei der Re-Organisation der nachstationären Versorgung erleichtern,
- einen nachfragenden und zugleich die Autonomie wahrenen Umgang mit der gleichzeitigen Inkaufnahme der Ablehnung von Hilfen ermöglichen,
- die Spielräume partizipativer Planung unter Mitwirkung der beratenen Person auch bei kommunikativen und kognitiven Einschränkungen ausschöpfen.

Die Bedarfe pflegender Angehörige müssen im Prozess der Bedarfsermittlung berücksichtigt werden

Wenn engagierte pflegende Angehörige vor Ort sind, wird dies von Seiten der Klinik häufig als Ressource und Entlastung wahrgenommen. Dies zeigen beispielsweise Konzepte zur klinischen Versorgung von Patienten mit Demenz, die eine vermehrte Einbeziehung von Angehörigen in die Klinikbetreuung mit Rooming-In akzentuieren.

Pflegende Angehörige sind jedoch häufig selbst eine (emotional und körperlich) vulnerable Gruppe: der Einstieg in die Pflegerolle vollzieht sich meist ohne Vorbereitung. Die Frage, wie es nach Entlassung des pflegebedürftigen Angehörigen weitergehen kann und ob man der häuslichen Pflege gewachsen ist, bewegt hier viele Angehörige, wie in zahlreichen Studien (vgl. z.B. Coleman 2014) und auch im Projekt BegE gezeigt werden konnte. Im späteren Verlauf der Pflege können reale Belastungen durch die geleistete Pflege hinzukommen und zu erhöhter Vulnerabilität führen.

Es ist daher wichtig, dass Angehörige im Rahmen des sektorenübergreifenden Fallmanagements als eine Gruppe mit potenziellem eigenem Bedarf an Beratung und Anleitung wahrgenommen und konzeptuell berücksichtigt werden. Als besondere Herausforderung ist dabei anzuerkennen, dass Angehörige durch die handelnden Akteure in der Klinik häufig nicht direkt erreicht werden. Außerdem bedarf es der Zustimmung durch den Patienten selbst, damit dessen Autonomie gewahrt wird.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement bedarf der konzeptionellen Einbettung und Implementierung in ein funktionierendes klinikinternes Entlassmanagement

Die in den Interventionen durchgeführten Tätigkeiten weisen signifikante Überschneidungen zum klinischen Entlassmanagement auf, wie dies beispielsweise im Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege (DNQP, 2009) oder durch die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG, 2013) beschrieben wird. Es finden sich aber auch klare Unterscheidungsmerkmale, zum Beispiel in der Eingrenzung der Zielgruppe und in der Einbeziehung der Nachsorge. In jedem Fall bedarf ein sektorenübergreifendes Fallmanagement einer entsprechenden Einbettung in das klinikinterne Entlassmanagement.

Organisatorisch sind hier, dies zeigen die Projekte, unterschiedliche Modelle möglich: Die Entwicklung eigener Aufgabenprofile mit entsprechender Qualifizierung (Brückenpflege, Beratung pflegender Angehöriger) oder die Zuordnung zum Aufgabenbereich einer im Entlassmanagement bereits zentral involvierten Akteursgruppe (im Projekt GeReNet.Wi 3 des Kliniksozialdienstes). Im ersteren Fall ist es

notwendig, ein klares, abgrenzbares Tätigkeitsprofil zu entwickeln und klinikintern sichtbar zu etablieren. Im letzteren Fall muss sichergestellt werden, dass die besonderen Aspekte und Herausforderungen der Personengruppe im Gesamtspektrum der entlassungsbezogenen Tätigkeiten angemessen Berücksichtigung finden.

Dies gelingt jedoch nur dann, wenn das Entlassmanagement insgesamt konzeptuell und umsetzungsbezogen weit entwickelt ist. Die Erfahrung der Projekte zeigt, dass strukturelle Bedingungen und personelle Ressourcenknappheit hierfür bedeutende Hürden darstellen.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement nimmt eine Brückenfunktion wahr

Es ist ein zentrales Merkmal der in den Projekten durchgeführten Interventionen, dass sie die Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und Nachsorge überbrücken wollen. Die Brückenfunktion ist hier in doppelter Hinsicht zu verstehen:

- Zum einen muss sichergestellt werden, dass es mit Entlassung nicht zum Abbruch der Versorgungsplanung kommt und diese Versorgungsplanung in der nachstationären Versorgung bedarfsgerecht abgeschlossen wird,
- zum anderen muss die Brückenfunktion auch für Patienten und Angehörige wahrnehmbar und erfahrbar sein, nämlich als verlässliche und Sicherheit gebende Begleitung.

Hierzu ein Beispiel aus dem Projekt Epos B.

Aus einem Patienteninterview: „Eigentlich auch diese Angst davor, wie das eigentlich gehen sollte. Und diese Angst hat mir eigentlich auch die Frau XXX (Name der Brückenfachkraft) genommen dann. [...]. Im Prinzip nur durch ein Gespräch. Nur durch das persönliche Gespräch. Die kam schon mal ans Bett bei mir, da war ich ja wirklich absolut depressiv, muss ich sagen. Und hat mir wirklich den Mut gemacht und so weiter. Es ging ja dann auch nach Hause, sagt sie: 'Herr XXX (Name des Interviewten), haben Sie gar keine Angst, Sie fahren dann nach Hause. Ich muss zwar, Sie fahren gegen Mittag nach Hause und ich bin dann gegen 16 Uhr bei Ihnen, weil ich ja noch etwas machen muss und dann sprechen wir weiter'. Und nur das Gespräch muss ich sagen. Nur das Gespräch selber. Im Prinzip war es ja für mich auch ein wildfremder Mensch, aber das Vertrauen das war sofort da. [...]" (Brandenburg et al., 2018, S. 93)

Dabei sind, wie der Vergleich der Projekte zeigt, mehrere Modelle denkbar: Wahrnehmung der Brückenfunktion durch eine Person vs. Etablierung eines Verfahrens. Ob es sich hier tatsächlich um äqui-funktionale Lösungen handelt oder ob eines der Modelle zu präferieren ist, kann anhand der vorliegenden Befunde nicht beurteilt werden.

Das folgende Fallbeispiel aus dem Projekt GeReNet.Wi 3 zeigt auf, wie aufwändig und langwierig sich die Versorgung an der Schnittstelle bei komplexen Fallsituationen gestalten kann:

Eine 82-Jährige Dame wird Ende Januar nach Türöffnung durch die Feuerwehr vom Rettungswagen in eine Klinik gebracht und dort als Notfall aufgenommen. Ihr körperlicher Allgemeinzustand ist stabil, aber sie ist exsikiert und schwach.

Nach drei Tagen wird sie aus der Akutklinik in eine geriatrische Fachklinik verlegt. Der Kliniksozialdienst meldet dies per Info-Fax an die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter. Zudem wird mitgeteilt, dass die Patientin nach der Entlassung aus der Geriatrie eine Kontaktaufnahme durch die Beratungsstelle zu Hause wünscht.

Anfang Februar bittet der Sozialdienst der Geriatrie die Beratungsstelle um Hilfe. Es wird eine gemeinsame Besprechung mit einem der Söhne im Krankenhaus durchgeführt. Hier wird deutlich, dass die Klientin keinerlei Einsicht auf ihren Hilfebedarf zeigt, obwohl sie offensichtlich funktionell und kognitiv eingeschränkt ist.

Mitte Februar wird die Dame aus der Geriatrie entlassen. Die Beratungsstelle führt erneut einen Hausbesuch und mehrere Telefonate durch, klärt gemeinsam mit dem Sohn die rechtliche Vorsorgeleitung und leitet die Verordnung und Bestellung eines Badewannenlifters ein. Die Dame erklärt sich zudem bereit, einmal die Woche einen ambulanten Pflegedienst zu akzeptieren, der ihr die Medikamente richtet. Andere empfohlene Hilfen lehnt sie jedoch ab. Sie zeigt sich uneinsichtig bezüglich ihres eigenen Hilfebedarfs, schätzt ihn unrealistisch niedrig ein, da sie sich nicht daran erinnern kann, vier Tage hilflos in ihrer Wohnung gelegen zu haben. Erst nach weiteren Gesprächen mit ihrem Sohn kann eine Pflegebegutachtung organisiert werden. Nachdem der erste Termin nicht stattfinden konnte - der MDK wurde von der Dame nicht eingelassen, stellte der Sohn bei einem zweiten Termin den Einlass in die Wohnung sicher.

14 Tage nach Rückkehr in die häusliche Umgebung gibt die Mitarbeiterin der Beratungsstelle an, inzwischen „Zugang“ zu ihr gefunden zu haben. Die Klientin akzeptiere nun etappenweise Hilfen. Da aber das Ziel der regelmäßigen Besuche durch den Pflegedienst zur hauswirtschaftlichen und pflegerischen Unterstützung noch nicht realisiert werden konnte, plant die Beratungsstelle weitere Kontakte in Form von Hausbesuchen. Die Beratungsstelle bewertet den Fall als Beispiel für eine „vorbildlich gelaufene Kooperation mit dem Sozialdienst in der Akutklinik und in der Geriatrie.“

Eine weitergehende Frage geht dahin, wie die Realisierung dieser Brückenfunktion bei komplexen postakuten Versorgungsverläufen aussehen kann, wenn zwischen Klinikaufenthalt und Rückkehr in die häusliche Wohn- und Versorgungssituation noch Aufenthalte in Rehabilitation, Anschlussheilbehandlungen oder Kurzzeitpflegeaufenthalte stehen.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement berücksichtigt den Zeitraum unmittelbar nach Entlassung als eine sensible Phase, in der neue Bedarfe auftreten und Anpassungen erforderlich sein können.

Projektübergreifend zeigte sich, dass bei einem Teil der Zielgruppe eine Anpassung der in der Klinik begonnenen Hilfeplanung notwendig war. Die neu auftretenden oder veränderten Bedarfe, darin stimmen alle Akteure überein, zeigten sich häufig erst nach Entlassung und konnten erst im Zuge eines direkten Einblicks in die häusliche Versorgungssituation erkannt werden. Auch zur Verdeutlichung der Bedeutung der poststationären Betreuung kann das oben dargestellte Fallbeispiel herangezogen werden. Je nach Umfang der Bedarfe waren mehrere Hausbesuche notwendig, bis die Versorgungssituation als stabil eingeschätzt wurde. Dies ist bei der Konzeption zu berücksichtigen.

Damit richtet sich an das ambulante Care-Management die Frage, inwieweit suffiziente Beratungsstrukturen vorhanden sind, die solche Aufgaben übernehmen können. Zum einen gilt dies für Personengruppen, die noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber bereits als vulnerabel im Sinne einer eingeschränkten bzw. risikobehafteten Alltagssituation betrachtet werden müssen. Aber auch bei Personen, die bereits nach SGB 11 XI eingestuft sind und dadurch Anspruch auf Beratungsleistungen nach § 7a oder § 36 SGB 11 XI haben, können verdeckte „No Care-Zonen“ bestehen: Dann nämlich, wenn ambulante Pflegedienste nur mit Blick auf das eigene Dienstleistungsspektrum beraten, Pflegestützpunkte nicht systematisch hinzugezogen werden, und wenn sich Beratung (unabhängig von der sie erbringenden Stelle) ausschließlich auf die Ausstattung mit Pflege- und Alltagshilfen beschränkt und weitergehende Ziele wie soziale Teilhabe und subjektive Lebensqualität nicht beachtet werden.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement bezieht neben der unmittelbaren Sicherung der häuslichen Versorgung auch die langfristige Anbindung an professionelle Anlaufstellen sowie die Stärkung individueller Unterstützungsnetzwerke ein

Bei einem Teil der betreuten Personen ließ sich die häusliche Wohn- und Versorgungssituation nicht vollständig stabilisieren. In solchen Fällen ist mit dem Auftreten von Krisen zu rechnen, in denen die Anbindung an die Beratungs- und Hilfestruktur von entscheidender Bedeutung ist. Wenn Beratungsstellen bereits in der Nachsorge tätig geworden sind, so ist der Kontakt gebahnt. Wenn nicht, so stellt sich die Herausforderung der Überleitung an nachfolgende Dienste.

Bei der langfristigen Sicherung und Aufrechterhaltung stabiler häuslicher Lebens- und Versorgungssituationen spielen nicht nur professionelle, sondern auch informelle Unterstützungsnetzwerke eine Rolle. Die Einbeziehung von ehrenamtlicher Begleitung (beispielsweise Nachbarschaftshilfe) kann gerade hier wichtig sein. Sektorenübergreifendes Fallmanagement sollte daher im Bedarfsfall einen Auf-/Ausbau des informellen Unterstützungsnetzwerks anregen und fördern.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement ist in vernetzten Strukturen verankert

Sektorenübergreifendes Fallmanagement findet in einem multiprofessionellen Versorgungsraum statt. Es impliziert Kooperationen sowohl mit Fachkollegen im jeweils anderen Sektor als auch mit Vertretern anderer Professionen. Eine effektive fallbezogene Kooperation setzt voraus, dass sich ausführende Personen in der Netzwerkarbeit engagieren und diese fördern. Hierbei geht es um

- die Schaffung von Rollentransparenz, gegenseitigen Wissens über die Aufgabenbereiche von Akteuren,
- die Aushandlung von Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Akteuren,
- die Ausarbeitung sektorenübergreifender Versorgungspfade für die beschriebene Personengruppe,
- die Identifikation von Versorgungslücken,
- die Sicherung einer klaren Erkennbarkeit und Zugänglichkeit der verschiedenen Dienste für die Bedarfsgruppen.

Eine solche Netzwerkarbeit muss kontinuierlich erfolgen.

Die Initiierung und Moderation solcher Vernetzungsprozesse kann aber nicht durch das sektorenübergreifende Fallmanagement selbst geschehen. Hierzu bedarf es entsprechender Verantwortlichkeiten.

Hier kann eine Empfehlung des 7. Altenberichts aufgegriffen werden: „Eingebunden in die kommunale Planung und in Kooperation mit den Pflegekassen sollten die Kommunen (...) eine wohnortnahe Beratungs- und Case-Managementstruktur (...) gewährleisten und diese mit der Vernetzung der Akteure und der Weiterentwicklung der Infrastruktur (...) verbinden (Care Management)“ (BMFSFJ 2017, S. 291). In Wiesbaden wird dieser Weg seit vielen Jahren erfolgreich beschritten.

Das Geriatrie-Konzept Baden-Württemberg verweist in diesem Zusammenhang auf den Auftrag der Pflegestützpunkte (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, 2014, S. 30). Es sollte allerdings vermieden werden, dass man sich allein auf die Gruppe pflegebedürftiger Personen konzentriert. Die in den Projekten betreute Personengruppe ist damit nicht

vollständig repräsentiert. Es finden sich auch Personen darunter, die noch keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement bedarf einer angemessenen und gesicherten Finanzierung

Die Nachhaltigkeit eines sektorenübergreifenden Fallmanagements ist auch eine Frage der Ressourcenallokation.

Es ist angesichts der Erkenntnisse in den Projekten zu fragen, ob der tatsächliche Aufwand bei der Personengruppe im gegenwärtigen klinikinternen Entlassmanagement angemessen vergütet wird. Brückenmodelle sind in diesem Rahmen jedenfalls nicht refinanzierbar.

Was die Ressourcen im nachsorgenden Sektor anbelangt, so liegen aus den Projekten nur die Befunde aus der Wiesbadener Altenhilfe vor, die über eine gut ausgebaute Beratungsinfrastruktur verfügt.

Wenn sektorenübergreifendes Fallmanagement im Rahmen regulärer Modelle an Finanzierungsgrenzen stößt, können, wie das Projekt EPOS-B zeigt, auch alternative Wege beschritten werden. Das hier gewählte Modell einer Finanzierung aus Spendenmitteln stellt keine nachhaltige Perspektive dar. Die Empfehlungen aus diesem Projekt weisen darauf hin, dass es zwischen einer solchen „Notlösung“ und der Integration in herkömmliche Finanzierungsstrukturen wie DRG-System o.ä. noch weitere Alternativen gibt, die eine Flexibilität hinsichtlich regionaler Gegebenheiten ermöglichen und zugleich Planungssicherheit bieten.

E - Empfehlungen

Die Verantwortung für die Überleitung vulnerabler Patienten kann nicht vom Kliniksektor allein getragen werden. Klinik- und nachsorgender Sektor müssen diese Verantwortung gemeinsam wahrnehmen.

Bisher wird das Thema überwiegend im Kontext des Entlassmanagements als Aufgabe der Kliniken wahrgenommen. Als sektorenübergreifendes Aufgabenfeld verstanden, liegt die Verantwortung gleichermaßen im aufnehmenden Sektor. Eine Zusammenarbeit von Akteuren in Klinik und Nachsorge sollte hier von beiden Seiten aktiv betrieben werden.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass diese Kooperation nicht nur intersektoral, sondern auch über Leistungsgrenzen (SGB V, SGB XI, SGB XII) hinweg erfolgt.

Sinnvoll zur Überwindung sektoraler und sozialpolitischer Barrieren ist der konsequente Blick auf die Lebenswelten und Bedarfslagen der hier im Zentrum stehenden Patientengruppe, sowie auf das gemeinsam vertretene Ziel, für diese Personengruppe ein Höchstmaß an Lebensqualität und sozialer Teilhabe zu erreichen.

Hilfreich ist weiterhin, entsprechende Entwicklungsprozesse auf einer regionalen Planungsebene anzustoßen und hierbei die Unterschiedlichkeit der jeweiligen Versorgungslandschaft zu berücksichtigen.

Auf der lokalen Planungsebene sind als zentrale Akteure auf der einen Seite die Klinikvertreter angesprochen, auf der anderen Seite die Kommune.

Die Verantwortung der Kliniken lässt sich aus dem im SGB V, §39 (1) festgeschriebenen Auftrag „Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ (ebd.) herleiten.

Den Rahmen kommunaler Verantwortung bildet die Daseinsvorsorge: „In Bezug auf ältere Menschen ist es das Ziel der Daseinsvorsorge, eine hohe Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten“ (BMFSFJ, 2017, S. 284). Allerdings bedarf es zur Wahrnehmung dieses Auftrags von kommunaler Seite aus einer Aushandlung mit jenen Institutionen, die im angesprochenen Versorgungsfeld Sicherstellungsaufträge wahrnehmen (Kranken- und Pflegekassen).

Wenn die entscheidende Planungsebene auf die Kommune verlagert wird, heißt dies zugleich, dass es nicht darum geht, schematische und übertragbare Modelle zu entwickeln. Vielmehr können angesichts disparater regionaler Gegebenheiten äqui-funktionale Lösungen entstehen, deren Erfolg sich allerdings an vergleichbaren Outcomes messen lassen muss, beispielsweise anhand der vom aQua-Institut (2015) vorgeschlagenen patientenrelevanten Kriterien des Entlassmanagements: „Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus, keine ambulanten Notfallbehandlungen nach der Entlassung, keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung, der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess“ (aQua-Institut 2015, zit. n. SVR 2018, S. 479).

Auf der Care Management-Ebene müssen Klinikverantwortliche und Kommunen aushandeln, wer im hier beschriebenen sektorenübergreifenden Fallmanagement welche Aufgaben übernimmt. Die Projekte zeigen, dass hier durchaus unterschiedliche Lösungen möglich sind.

Empfehlungen - Krankenhaussektor

Kliniken stellen sicher, dass Patienten mit den oben beschriebenen Risiken und Bedarfen im Verlauf der Klinikbehandlung frühzeitig identifiziert werden

Seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement im Oktober 2017 soll systematisch bei jedem Patienten bereits bei Klinikaufnahme das schriftliche Einverständnis zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenverarbeitung eingeholt werden.

Die Erfahrungen aus den Projekten haben jedoch gezeigt, dass Personen mit Bedarfen dennoch unbemerkt bleiben, wenn (a) die oben beschriebenen Aspekte im Rahmen des Screenings nicht berücksichtigt werden, (b) Personen ein Entlassmanagement trotz Bedarfe (zunächst) ablehnen und (c) Personen aufgrund kommunikativer und kognitiver Einschränkungen an der Bedarfsklärung nur bedingt mitwirken können und es keine Bezugsperson gibt, die hier helfen kann.

Kliniken sollen ihre Prozesse und Instrumente dahingehend prüfen, ob sie geeignet sind, Personen mit den beschriebenen Risiken und Bedarfen zu erfassen. Der Geriatrie-Check (vgl. BWKG 2013) zum Beispiel ist hierfür nicht geeignet, da er nur Alter und Einschränkungen des Patienten erfasst, nicht jedoch Hinweise auf eine ungeklärte häusliche Versorgungssituation und die Verfügbarkeit sozialer Ressourcen. Sind die vorhandenen Prozesse und Instrumente nicht geeignet, sollen sie so angepasst werden, dass die Identifikation der Patienten frühzeitig und die Einschaltung der für das Entlassmanagement zuständigen Personen zeitnah erfolgt.

Weiterhin sollen Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements auch mögliche Bedarfe pflegender Angehöriger systematisch erfassen. Dies heißt nicht, dass Beratung und Anleitung hier vollständig von Seiten der Klinik geleistet werden müssen. Im Rahmen sektorenübergreifender Netzwerkarbeit lassen sich hier Kooperationen mit ambulanten Beratungsstellen etablieren, wie dies im Projekt BegE geschieht.

Kliniken optimieren Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements mit dem Ziel, dass bei der identifizierten Patientengruppe Bedarfe erfasst und Hilfen eingeleitet werden.

Evaluationen über die Umsetzung des Entlassmanagements liegen bisher nur in geringer Anzahl vor (vgl. SVR, 2018, S. 477 f.). Es zeigt sich jedoch, dass bereits die Implementierung des Entlassmanagements eine erhebliche Herausforderung für die Kliniken darstellt (vgl. auch Kraus, 2016).

Strukturelle und personelle Gegebenheiten in Kliniken können eine große Hürde für ein funktionierendes Entlassmanagement darstellen. Diese Hürden sollen beachtet und Lösungen entwickelt werden. Hierbei können die Erkenntnisse aus der Implementierungsforschung hilfreich sein und sollten beachtet werden (vgl. Hoben et al., 2016).

Das Augenmerk sollte insbesondere darauf gerichtet sein, dass klare Abgrenzungen der Tätigkeitsbereiche der verschiedenen, an der Entlassung beteiligten Akteure (Ärzte, Pflegende, Sozialdienst) geschaffen werden. Bereichs- und berufsgruppenübergreifende Kooperationen innerhalb des Entlassmanagements bedürfen eines regelmäßigen Monitorings und ggf. der Optimierung.

Über die allgemeine Optimierung des Entlassmanagements hinaus sollten die spezifischen Erfordernisse der hier beschriebenen Personengruppe im Entlassmanagement berücksichtigt werden. Dies bedeutet, auch hier entsprechende Zuständigkeiten festzulegen und die beauftragte Berufsgruppe mit den erforderlichen Handlungsspielräumen (z.B. für die Netzwerkarbeit) sowie Qualifikationen auszustatten.

Vor dem Hintergrund der hier beschriebenen Anforderungen ist es sehr kritisch zu betrachten, dass ein Teil der Kliniken ihr Entlassmanagement an externe Dienstleister ausgelagert hat. Zum einen entsteht hierbei eine zusätzliche personelle wie auch das Datenmanagement betreffende Schnittstelle, zum anderen werden Anreize geschaffen, ein solches extern erbrachtes Entlassmanagement möglichst selten einzuschalten, um die jeweils fallbezogen auftretenden Kosten einzusparen.

Kliniken bauen Kooperationsbeziehungen in den nachsorgenden Sektor aus, um bei Bedarf eine geregelte Übergabe der Fall- und Prozesskoordination an die nachfolgend tätige Stelle zu sichern

Einer Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKI, 2014) zufolge beziehen Kliniken bei Patienten mit poststationärem Versorgungsbedarf in erster Linie stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste in das Entlassmanagement ein, gefolgt von Kurzzeitpflegeeinrichtungen und stationären Reha-Einrichtungen. Nur etwa 16 Prozent arbeiten standardmäßig mit Pflegestützpunkten zusammen, mit Pflegeberatern der gesetzlichen und privaten Krankenkassen weniger als 10 Prozent. Andere Beratungsstellen sind nicht aufgeführt.

Ein sektorenübergreifendes Fallmanagement bedarf jedoch entsprechender Kooperationsbeziehungen auch und gerade mit dem ambulanten Beratungssektor. Diese sollten konsequent ausgebaut werden.

Kliniken bringen sich in die sektorenübergreifende Netzwerkarbeit mitverantwortlich und aktiv ein

Auch wenn die Verantwortung der Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements formal mit der Entlassung endet, ist es im Interesse der Kliniken, an der Entwicklung sicherer Überleitungsstrukturen mitzuwirken, um prekäre nachstationäre Versorgungssituationen mit notfallmäßiger Re-Hospitalisie-

rung zu vermeiden. Aus diesem Grunde sollten sich Klinikvertreter in die sektorenübergreifenden Netzwerk- und Planungsarbeit aktiv einbringen.

Empfehlungen - Kommunen

Kommunen sorgen für eine bedarfsgerechte und gut zugängliche Beratung

Eine Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA 2014) ergab, dass deren Einführung auf eine bereits vorbestehende breit gefächerte lokale Beratungsinfrastruktur traf und es mit der Einführung gelang, das Beratungsangebot zu erweitern, ohne etablierte Beratungslandschaft zu zerschlagen. Die Evaluation gelangt aber auch zu dem Schluss, dass „es in Baden-Württemberg auch durch die Etablierung von Pflegestützpunkten bisher noch nicht gelungen ist, eine Beratungsinfrastruktur zu schaffen, die flächendeckend eine wohnortnahe und neutrale Beratung sicherstellt“ (KDA 2014, S. 74). Wie die Projekte zeigen, bedarf es gerade in der Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt aufsuchender Dienste, die die erste Phase nach der Entlassung begleiten, oder an die nach Abschluss der unmittelbaren Nachsorge eine Übergabe stattfinden kann (siehe das Modell der Brückenpflege Biberach).

Kommunen sollten vor diesem Hintergrund prüfen, inwieweit die lokale Beratungsinfrastruktur den oben beschriebenen Erfordernissen gerecht werden kann.

Kommunen sorgen im Feld ambulanter Erbringer von Beratungsleistungen für Transparenz

Eine Vielzahl von Leistungserbringern ist im ambulanten Sektor (auch) in der Beratung tätig. Diese Angebote müssen voneinander abgrenzbar und nach außen hin in ihrem Profil klar erkennbar sein. Dies ist nicht nur wichtig, um den Zugang für Personengruppen mit Bedarf zu erleichtern, sondern auch, damit Akteure des klinikinternen Entlassmanagements über klare Ansprechpartner verfügen. Kliniken entlassen nicht nur in die eigene Region und müssen deshalb auch außerhalb etablierter Netzwerkstrukturen agieren. In diesen Fällen ist es umso wichtiger, dass zuständige Stellen in der jeweils nachsorgenden Region ohne längere Recherchetätigkeit identifizierbar sind.

Eine Aufgabe netzwerkbezogenen Handelns von Kommunen ist deshalb auch, Transparenz bezüglich der einzelnen Angebote zu schaffen, Schnittstellen zu klären und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Kommunen initiieren und moderieren die sektorenübergreifende Netzwerkarbeit und Planung

Ihre trägerübergreifende Position bietet Kommunen die Möglichkeit, Akteure und Institutionen zu vernetzen, Vernetzungsprozesse zu moderieren und so auch die intersektorale Planung im Hinblick auf eine gute Versorgung vulnerabler Patientengruppen anzuregen (Schardt et al. 2009, BMFSFJ 2017, S. 285).

Netzwerkarbeit ist dabei mehr als nur die Schaffung einer Plattform. Sie beinhaltet, die relevanten Akteure zur Mitarbeit zu gewinnen, deren Anliegen und Zielsetzungen einzubeziehen, darauf hinzuwirken, dass sich eine gemeinsame Arbeitsbasis entwickelt, den Prozess zielorientiert zu moderieren und auch zu evaluieren.

Fallbezogene und fallübergreifende Kommunikation zwischen klinikinternem Entlassmanagement und ambulanter Nachsorge fördern darüber hinaus den Einblick der einzelnen Akteure in das ihnen jeweils nicht direkt zugängliche Versorgungsfeld und geben wichtige Hinweise darauf, auf was im

eigenen Handlungsfeld zu achten ist, um eine kontinuierliche Versorgung des Patienten sicherzustellen.

Empfehlungen an das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Die hier vorliegende Expertise wurde im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg erstellt. Dieses erwartet aus der Zusammenschau der geförderten Projekte Impulse sowohl für die Akteurslandschaft als auch für das eigene politische Handeln. Abschließend werden nun jene Empfehlungen formuliert, die sich an die Landespolitik richten.

Das Konzept eines sektorenübergreifenden Fallmanagements bedarf weiterer Ausarbeitung, um für die im Care- und Case Management tätigen Akteure nutzbar zu sein

In dieser Expertise wurden die Eckpunkte zum Konzept eines Fallmanagements herausgearbeitet, das auf die Bedarfe von vulnerablen Klinikpatienten und ihrer Angehörigen zugeschnitten ist.

Dieses Fallmanagement erfüllt eine doppelte Brückenfunktion: Zum einen überwindet es die Schnittstelle Krankenhaus – nachstationäre Versorgung, zum anderen bildet es eine Brücke zwischen den individuellen Lebens- und Bedürfnislagen der Patienten und ihrer Angehörigen einerseits und dem vorhandenen Angebot an Versorgungs- und Unterstützungsdienstleistungen andererseits. Es ist ausgerichtet auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung guter Lebensqualität und sozialer Teilhabe und soll die Selbsthilfefähigkeiten der betroffenen Personen stärken.

Das zur Entwicklung dieses Konzepts zur Verfügung stehende Material (Projekte, Empfehlungen, Literatur) ist heterogen. Es ermöglichte eine Synopse zu einer Gesamtschau, jedoch keine Detailausarbeitung, die das Konzept direkt in der Praxis einsetzbar machen würde.

In einem nächsten Schritt bedarf es deshalb einer vertieften Analyse der beschriebenen Eckpunkte, um eine inhaltlich-konzeptionelle Konkretion im Sinne eines klar beschriebenen Aufgabenkatalogs zu erreichen. Dies erst ermöglicht es den Akteuren beider Sektoren, Verantwortlichkeiten zu klären und konkrete Umsetzungsschritte einzuleiten.

Es wird empfohlen, dass das Ministerium die weitere Ausarbeitung dieses Konzepts durch Initiative und finanzielle Förderung vorantreibt.

Die leistungsrechtliche Dimension muss geklärt werden

Sektorenübergreifendes Fallmanagement bedarf auch einer leistungsrechtlichen Klärung: Ist es als ein eigenständiger Leistungskomplex zu verstehen oder kann es durch entsprechende Ressourcenallokation in bestehenden Strukturen (Pflegerisches / sozialarbeiterisches Entlassmanagement und Beratungsinstitutionen der Nachsorge) gewährleistet werden?

Eine zweite Frage betrifft den Umfang erforderlicher Ressourcen. Klar ist, dass sektorenübergreifendes Fallmanagement in beiden Versorgungssektoren mit erhöhtem Ressourcenaufwand verbunden ist. Noch offen ist die Größe des Patientenkollektivs, das eines solchen Fallmanagements bedarf. Offen ist weiterhin, inwieweit sich erforderliche Ressourcen durch Prozessoptimierung (verbesserte Koordination im Entlassmanagement, Aufbau intersektoraler

Vernetzungsstrukturen, Transparenz und Aufgabenklärung in der ambulanten Nachsorge) generieren lassen und wo zusätzliche Ressourcen eingesetzt werden müssen.

Sektorenübergreifendes Fallmanagement lässt sich nicht eindeutig einem Sozialgesetzbuch zuordnen. Mithin stellt sich sowohl hinsichtlich des Fallmanagements selbst, als auch mit Blick auf die flankierenden Vernetzungstätigkeiten die Frage einer übergreifenden, von mehreren Kostenträgern gemeinsam realisierten Finanzierungsbasis.

Es wird empfohlen, dass sich das Ministerium, gemeinsam mit den Vertretern der entsprechenden Kostenträger, der aufgeworfenen Fragen annimmt und einen bedarfsgerechten Rahmen schafft, der den lokalen Akteuren zum einen Handlungssicherheit gibt, zum anderen ausreichend Gestaltungsspielraum lässt.

Gesetzesinitiativen auf Landesebene sollen daraufhin geprüft werden, inwieweit sie alle relevanten Akteure einbeziehen und in die Verantwortung nehmen

Im Rahmen seiner Gesetzesinitiativen schafft die Landesregierung den Rahmen für regionales und lokales Handeln. Im Falle des neuen Landespflegestrukturgesetzes fällt auf, dass die dort angedachten Vernetzungsstrukturen den in dieser Expertise vertretenen Ansatz einer sektorenübergreifenden Vernetzung mit dem Ziel der Integration von Gesundheits-, Pflege- und sozialen Leistungsdimensionen nur bedingt fördern.

- Bei den geplanten kommunalen Pflegekonferenzen (§4) sind Vertreter aus dem Kliniksektor nicht explizit genannt, sollten aber mit einbezogen werden, um intersektorale Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zu optimieren.
- Im Abschnitt zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (§5) wiederum fehlt die Nennung der Kommunen als zentraler Steuerungsakteur ambulanter Versorgungsinfrastruktur.

Es wird empfohlen, dass der Gesetzesentwurf unter den hier entwickelten Gesichtspunkten nochmals geprüft wird.

Die Kurzzeitpflege als Institution der Nachsorge soll nicht nur quantitativ ausgebaut, sondern auch qualitativ-konzeptionell weiterentwickelt werden

Ebenfalls im Entwurf zum neuen Landespflegestrukturgesetz wird der weitere Ausbau unter anderem der Kurzzeitpflege angesprochen. Deren Inanspruchnahme nach Klinikaufenthalt hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich erhöht (Rothgang et al. 2012). Zugleich hat sich herausgestellt, dass Kurzzeitpflege in ihrer derzeitigen Ausrichtung den Bedarfen von Klinikpatienten nicht gerecht wird. Es fehlen unter anderem rehabilitative und beratungsbezogene Ansätze, um die versorgten Personen wieder in die Lage zu versetzen, ihr Leben nach Abschluss der Kurzzeitpflege in der eigenen Häuslichkeit weiterzuführen (vgl. Bär et al., 2018; Deckenbach et al., 2013). Notwendige konzeptuelle und leistungsrechtliche Anpassungen treffen zusätzlich auf die Herausforderung, dass sie im Rahmen der überwiegend vorgehaltenen „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze umgesetzt werden müssen. Es existieren kaum solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Es wird empfohlen, dass das Ministerium für Soziales und Integration, gemeinsam mit den Partnern, die den Rahmenvertrag der Kurzzeitpflege gemäß § 75 SGB 11 aushandeln, eine Klärung herbeiführt, welchen Stellenwert und Auftrag die Kurzzeitpflege im Rahmen der Kliniknachsorge künftig haben soll. Es sind weiterhin die notwendigen Schritte einzuleiten, dass die Kurzzeitpflege den daraus erwachsenden Anforderungen gerecht werden kann.

Die Entwicklung praxisnaher Arbeitshilfen für die intersektorale Vernetzungsarbeit kann Akteuren vor Ort wichtige Hilfestellung geben

Was die sektorenübergreifende Vernetzung und Ausgestaltung der Versorgungslandschaft unter Federführung der Kommune betrifft, sind Entwicklungsstände auf lokaler und regionaler Ebene disparat: Es finden sich auf der einen Seite Innovatoren, die vieles von dem, was in dieser Expertise beschrieben wurde, schon realisiert haben. Auf der anderen Seite finden sich Regionen, in denen noch kaum Schritte in diese Richtung unternommen wurden, und dazwischen spannt sich ein Feld unterschiedlich weit gediehener und professionell durchgeführter Anstrengungen. Sektoren (und sozialbuch-) übergreifende Vernetzung ist in der Praxis ein anspruchsvolles und herausforderndes Unterfangen, das nicht nur einen langen Atem, sondern umfangreiches Wissen und Kompetenzen erfordert.

Es wird empfohlen, dass das Ministerium Vorhaben fördert, in denen die Bedarfe an Handlungswissen auf Seiten der lokalen Akteure systematisch erfasst werden. In denen zugleich das in innovativen Projekten gewonnene Wissen systematisch zusammengeführt wird. Beides soll dann in praxisnahe Arbeitsmaterialien überführt werden, die den Akteuren konkrete Hilfen an die Hand geben. Ein Vorbild hierfür können die von der Bertelsmann Stiftung (2018) und vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (2017) entwickelten Materialien zur Quartiersarbeit sein.

Abschluss

Nicht selten sind Klinikaufenthalte bei der hier beschriebenen Patientengruppe selbst schon die Folge misslungener Krisenbewältigung. Lokales und regionales Care Management braucht daher einen Fokus, der über den dieser Expertise hinausgeht: Es muss präventiv ausgerichtet sein und sich abzeichnenden Bedarfen und Risiken schon im Vorfeld einer Hospitalisierung begegnen.

Modelle, die hier vielversprechende Outcomes liefern, sind das *Regionale Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe* (Şahin et al., 2018), das Modellvorhaben „PräSenZ“ – *Prävention für Senioren Zuhause in Baden-Württemberg* (DIP, 2018) und das *Rettungsdienstprojekt* des GeRiNet.Wi 3 (vgl. Schönemann et al., 2018).

Ein weiteres Handlungsfeld, das an anderer Stelle bereits beschrieben wurde und auch für das hier behandelte Thema von großer Bedeutung ist, ist die Förderung sorgender Gemeinschaften als kommunale Aufgabe: Eine über den unmittelbaren Nachsorgezeitraum hinaus reichende Sicherung von Teilhabe sowie Stabilität der häuslichen Lebenssituation ist bei der hier im Zentrum stehenden Personengruppe vielfach von tragfähigen Unterstützungsnetzwerken abhängig. Diese können von dem Sektoren über-greifenden Fallmanagement nur dann gefördert werden, wenn es vor Ort entsprechende nachbarschaftliche und zivilgesellschaftliche Sorgestrukturen gibt.

Werden hier bestehende präventive Potenziale ausgeschöpft, so könnte der Anteil an Klinikpatienten mit ungeklärter häuslicher Versorgungssituation und fehlenden Unterstützungsressourcen erheblich sinken.

Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass auch mit präventivem Ansatz nicht alle Personen mit Bedarf rechtzeitig erreicht werden können. Auch sind nicht alle Ereignisse voraussehbar. Für die verbleibende Gruppe an Personen, bei denen der Einstieg in ein Leben mit Unterstützung im Kontext eines Klinikaufenthalts erfolgt, wird mit dieser Expertise ein wichtiger Versorgungsweg beschrieben.

Literaturverzeichnis

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015). Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. <https://www.aqua-institut.de/projekte/entlassungsmanagement/> (20.08.2018)

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) (2013). Identifikation des geriatrischen Patienten. Arbeitshilfe. <https://www.bwkg.de/aufgaben-services/publikationen/identifikation-des-geriatrischen-patienten.html> (16.12.2018)

Bär, M., Schönemann-Gieck, P. & Süs, E. (2018). „Werde ich wieder nachhause kommen?“ Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt. *Pflege & Gesellschaft* 23 (4), 293-308

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> (25.01.2018)

Bauer, J., Grebe, C. & Brandenburg, H. (2018). Brückenpflege bei geriatrischen Patienten nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus : Ausgewählte Befunde des Forschungsprojekts EPOS-B. *Pflege & Gesellschaft* 23 (4), 308-323

Bertelsmann Stiftung (2018). Aufgaben und Rollen in der Quartiersarbeit. Praxishilfe zur Klärung der unterschiedlichen Rollenprofile in der sozialräumlichen Vernetzungsarbeit. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/90_Synergien_vor_Ort/Quartiersmanagement_Leitfaden_Mai_2018_MB_AW_final.pdf (18.12.2018)

Bitzer, E.M., Bohm, S. Hartmann & A., Priess, H.-W. (2014). BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 27. Asgard Verlagsservice

Brandenburg, H., Bauer, J., Grebe, C., et al. (2018). Evaluation des Projekts: Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld durch den Förderverein „Unsere Brücke“ Biberach e.V. Evaluation poststationärer Betreuung in Biberach: EPOS-B (Wissenschaftlicher Abschlussbericht). https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Pflege/Projektberichte/Endbericht_EPOS-B_Endversion.pdf (13.08.2018)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2017). Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. <https://www.siebter-altenbericht.de/der-siebte-altenbericht/> (20.08.2018)

Coleman, E.A. (2014). Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. *International Journal of Integrated Care*, 14 (69), 1568-4156

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 (10.02.2018)

Deutsches Krankenhausinstitut (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. URL: www.dki.de/sites/default/files/downloads/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf (20.08.2018).

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2018). Abschlussbericht des Modellvorhabens „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung von niedrigschwelligen

Betreuungsangeboten in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg“ (PräSenZ). https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pr%C3%A4SenZ-DIP-Projektbericht_Endfassung_Druckversion_final.pdf (16.12.2018).

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> (01.03.2018)

Englert, N., Oetting-Roß, C. & Büscher, A. (2018). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 51 (6), 620-627

Gröber-Grätz, D., Waldmann, U.-M., Metzinger U., Werkmeister, P., Gulich, M. & Zeitler H.-P. (2014). Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten. Gesundheitswesen, 76, 639–644

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

Hoben, A., Bär, M. & Wahl, H.-W. (2016)(Hrsg.), Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer

Kruse, A. (2005). Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (4), 273-287

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA, 2014, Hrsg.). Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Abschlussbericht. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Abschlussbericht_Pflegestuetzpunkte_BW_2013.pdf (20.08.2018)

Kuratorium Deutsche Altershilfe, (KDA, 2017, Hrsg.). Handreichung Quartiersentwicklung Praktische Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze in der Altenhilfe. Verlag medhochzwei, Heidelberg

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2014): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Stuttgart. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept_2014.pdf (20.08.2018)

Rothgang, H./Müller, R./Unger, R./Weiß, C./Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Siegburg: Asgard Verlagsservice.

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (20.08.2018)

Şahin, C., Rethmeier-Hanke, A., Iseringhausen, O. et al. (2018). Geriatriisches Case Management am Küchentisch. Patienten-Outcomesim Modellprojekt Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 51 (7), 785-790

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., Evers, A. & Groß, I. (2018). Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf : Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes "GeReNet.Wi". Pflege & Gesellschaft 23 (4), 324-340

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

Stange, D., Kriston, L., von Wolff, A., Baehr M. & Dartsch, D.C. (2013). Medication complexity, prescription behaviour and patient adherence at the interface between ambulatory and stationary medical care. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69, 573–580

Stolz, R., Stopper, K., Schmedding, E. & Riedel., A. (2018). Beratung von Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten durch qualifizierte Pflegekräfte im Rahmen des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting : erste Projekterfahrungen und Erkenntnisse. *Pflege & Gesellschaft* 23 (4), 340-355

Verwendete Dateien zum Entwurf des Landespflegestrukturgesetzes:
<https://beteiligungsportal.baden-wuerttemberg.de/de/mitmachen/lp-16/aenderung-landespflegestrukturgesetz/>