

# Entlassungsmanagement: Gezielte Beratung pflegender Angehöriger

Das Projekt „Begleitete Entlassung (BegE)“ der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen zielt auf die Stärkung pflegender Angehöriger von geriatrischen Patienten während des Übergangs von der Klinik ins häusliche Umfeld, um eine Rückkehr ins Krankenhaus zu vermeiden. Der Projektansatz lässt sich vom Klinikbereich auch auf die Kurzzeitpflege in der stationären Altenpflege übertragen.

**K**rankenhausaufenthalte stellen pflegebedürftige geriatrische Patienten und ihre Angehörigen oftmals vor große Herausforderungen, da sie mit Veränderungen der gesamten Krankheits-situation und auch häufig mit neu auftretenden Versorgungsanforderungen konfrontiert werden. Aufgrund des deutlichen Rückgangs der Verweildauern in Krankenhäusern kann eine Entlassung ins häusliche Setting sowohl für die Patienten als auch für ihre Angehörigen eine kritische Phase im Krankheitsverlauf und im Versorgungsalltag darstellen. Erfolgt die Entlassung unvorbereitet, besteht ein erhöhtes Risiko, dass die Patienten bald wieder ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Zwar zeigen Forschungsergebnisse ein sehr heterogenes Bild in Bezug auf das Erleben des Übergangs bei Patienten und ihren Angehörigen, dennoch können zwei häufig vorkommende Muster identifiziert werden:

1. Häufig entstehen Unsicherheiten in Bezug auf das Verständnis der Erkrankung oder der erwartbaren Symptomentwicklung und in Bezug auf die Durchführung der Pflege oder bei Reaktionen auf Komplikationen.
2. Viele Menschen erleben in der Übergangszeit Verlusterfahrungen, insbesondere in Bezug auf soziale Rollen und Beziehungen. Deshalb hat eine Anpassung an die neue Situation zu Hause einen hohen Stellenwert für die Aufrechterhaltung von Stabilität.

## Projekt „Begleitete Entlassung“

Das Projekt „Begleitete Entlassung (BegE)“, das vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württem-

berg von 2015 bis Ende 2017 gefördert wird, stellt eine gezielte Beratung pflegender Angehöriger von geriatrischen Patienten in den Fokus: Mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung werden sie während des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting begleitet und auf die Übernahme der häuslichen Pflege vorbereitet. Im Vordergrund stehen dabei folgende Fragen:

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

Als Übergangszeit wird der Zeitraum zwischen dem Bekanntwerden des Entlassungszeitpunktes und dem zehnten Tag nach der Entlassung definiert. Primäre Zielgruppe des Projekts sind Angehörige geriatrischer Patienten, die beabsichtigen, die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt ohne ambulanten Pflegedienst zu übernehmen bzw. zu koordinieren. Zum Kreis der Angehörigen werden alle Personen gezählt, die zum primären Netzwerk des Patienten gehören. Die inhaltliche Ausgestaltung der Intervention richtet sich einerseits nach den Beratungsanlässen aus der Perspektive der Pflegefachkräfte, andererseits nach den Bedürfnissen und Bedarfen der Angehörigen und sollte mit ihnen individuell abgestimmt werden. Nach Möglichkeit werden mehrere, individuell miteinander kombinierbare Bausteine angeboten, die auch poststationär fortgeführt werden.

## Beratungsbedarf pflegender Angehöriger

Im Projektverlauf wurde der Beratungsbedarf der pflegenden Angehörigen während der Übergangszeit erhoben. Ergänzend dazu wurden Beratungsanlässe mittels einer Analyse von Pflegedokumentationen generiert, die die Perspektive der Pflegefachkräfte darstellen. Ein Abgleich der beiden Sichtweisen zeigt, dass diese größtenteils nicht deckungsgleich sind. Dies berücksichtigend, sollten folgende Beratungsbausteine angeboten werden:

1. Individuelle Beratung (inkl. praktischer Anleitungen) von Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts. Diese Beratungsgespräche finden strukturiert und terminiert statt
2. Nachsorgetelefonate etwa 48 Stunden nach der Entlassung
3. Hausbesuch bei weiterhin bestehendem Beratungsbedarf

Als Gesamtergebnis des Projekts wird ein Beratungs- und Interventionskonzept erarbeitet, das unter anderem die Instrumente und Verfahrensanweisungen zu diesen drei Bausteinen sowie ein Schulungskonzept für die beratenden Pflegekräfte enthält. Eine Evaluationsstudie ist bereits konzipiert.

## Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. So lässt sich bei einem Vergleich der Pflegestatistiken der letzten Jahre eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme feststellen. Seit 2016 ist es möglich, auch ohne Pflegestufe nach einem Klinikaufenthalt Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Nach § 42 SGB XI hat die Kurzzeitpflege das Ziel, auf zwei wesentliche Situationen der Pflegebedürftigen zu reagieren: die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Nach dem „GEK-Pflegereport 2015“ erfolgt die Mehrheit der Kurzzeitpflegeepisoden im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (59 %). Obwohl mit der Kurzzeitpflege eine Entlassung in die häusliche Pflege erreicht werden soll, zeigt sich, dass dies in den letzten Jahren immer weniger gelingt. Die Herausforderung besteht weitgehend in der Klärung der weiteren Versorgung von Pflegebedürftigen mit oft komplexen Bedarfslagen und hohen medizinischen, pflege-

rischen und psychosozialen Anforderungen unter einem knappen Zeitbudget, was im Vergleich zu anderen Pflegeformen zu einer erhöhten Leistungsintensität führt. Dies trifft insbesondere auf die pflegerische Versorgung in der Übergangsphase nach einem akutstationären Aufenthalt zu. Bausteine der Intervention wie Nachsorgetelefonate und Hausbesuche bei weiterem Beratungsbedarf, die nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege durchgeführt werden, sollen das Sicherheitsgefühl der Angehörigen bezüglich pflegerischer Maßnahmen erhöhen und die häusliche Versorgungssituation stabilisieren. Eine Beratung zur Folgeversorgung und zur Nachsorge entspricht auch den „Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege“ des Forschungs- und Beratungsinstitutes IGES. Hier wird die Beratung als „Kernleistung“ der Kurzzeitpflege für das Ziel der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit gesehen. Eine strukturierte und zugehende Beratung der pflegenden Angehörigen, analog dem BegE-Konzept, könnte also dazu beitragen, die Entlassung aus der Kurzzeitpflege in die häusliche Umgebung zu unterstützen. ■



## Literatur

Deckenbach, Bernd; Stöppler, Christoph; Klein, Silvia (2013): Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Studienbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2015): BARMER GEK Pflegereport 2015. www.barmer.de

Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2014): Handbuch Pflegewissenschaften. Studienausgabe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa

Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Hans Huber

---

## Autorinnen

**Regina Michaletz-Stolz**

Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen, Projektleitung

**Katrin Stopper**

Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen, wissenschaftliche Mitarbeiterin

**Eva Schmedding**

Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen, wissenschaftliche Mitarbeiterin

**Prof. Dr. Annette Riedel**

Hochschule Esslingen, wissenschaftliche Begleitung

---