

Begleitete Entlassung (BegE) – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege

Regina Stolz M.A. (Projektleitung)

E-Mail: stolz@tropenlinik.de

Katrin Stopper M.A. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Eva Schmedding B.A. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Wissenschaftliche Begleitung durch Hochschule Esslingen

Prof. Dr. Annette Riedel

Tübingen, Juni 2018

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation/ Anlass	1
1.2 Problembeschreibung/ Relevanz	2
1.3 Situation in der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen	4
1.4 Kooperation mit der Hochschule Esslingen	4
Theoretische Fundierung.....	6
2.1 Review.....	6
2.1.1 Fragestellungen und Vorgehensweise.....	6
2.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	7
2.1.3 Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für das Projekt BegE.....	15
2.2 Begriffsdefinitionen und Festlegungen im Rahmen des Projektes	16
2.2.1. Begrifflichkeiten zum Thema Beratung und Beratungsverständnis.....	16
2.2.1 Der Personenkreis der Angehörigen.....	20
2.2.2 Die Begriffe „Übergang“ und „Transition“	21
2.3 Bedarfserhebung im Rahmen des Projektes	23
2.4 Dokumentenanalyse (studentisches Projekt).....	33
2.5 Strukturierte Beratung im Vorfeld der Krankenhausentlassung (Tamara Gund).....	37
2.6. Anforderungen an Schulung pflegender Angehöriger (Annalena Kersten).....	39
2.7 Patientenedukation durch Pflegefachkräfte (Anna-Lena Hartmann)	41
2.8. Schulungscurriculum für Pflegefachkräfte (studentisches Projekt).....	43
2.9 Zusammenführung des theoretischen Hintergrunds und der empirischen Ergebnisse.....	43
Konzept zur Begleiteten Entlassung	45
3.1. Ziele	45
3.1.1 Ziele für die Angehörigen	45
3.1.2 Ziele für die Patientinnen und Patienten	45
3.1.3. Ziele für die Pflegekräfte.....	46
3.1.4 Ziele für die Tropenlinik Paul-Lechler- Krankenhaus.....	46

3.2 Intervention.....	47
3.2.1 Bausteine.....	47
3.2.2 Instrumente.....	48
3.3 Strukturen.....	49
3.4 Verfahren.....	50
Implementierung und Evaluation	51
4. 1 Implementierung.....	51
4.2 Evaluation.....	51
Literatur.....	VI
Anhang	i
Literaturverzeichnis.....	xlvi

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenfassende Darstellung der Mittelwerte aus der Bedarfserhebung	26
Abbildung 2: Bimodale Häufigkeitsverteilung der einzelnen Items und der drei Blöcke insgesamt	26
Abbildung 3: Zusammenfassende Darstellung der Korrelationen zwischen den einzelnen Items	28
Abbildung 4: Darstellung der Altersgruppen unter den befragten Angehörigen	29
Abbildung 5: Darstellung der Dauer der prästationären Pflege / Versorgung durch die Angehörigen	29
Abbildung 6: Verteilung der Altersgruppen bei den Patientinnen und Patienten	30
Abbildung 7: Häufigkeiten der abrechnungsrelevanten Diagnosen der Patientinnen und Patienten	31
Abbildung 8: Häufigkeiten der Einweisungsdiagnosen der Patientinnen und Patienten	32
Abbildung 9: Verteilung der Punkte des Barthel-Index bei den Patientinnen und Patienten	32
Abbildung 10: Häufigkeiten von zentralen Pflegephänomenen (vgl. Braun et al. 2016, 60)	34
Abbildung 11: Gegenüberstellung von Beratungsbedarfen (Perspektive der Angehörigen) und Beratungsanlässen (Perspektive der Pflegefachkräfte)	36
Abbildung 12: Modell zur Entstehung von Beratungsbedarfen bei pflegenden Angehörigen	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Pflegephänomene (Beratungsanlässe), die aus der Dokumentenanalyse herausgefiltert wurden, zu den Beratungsschwerpunkten der Angehörigenbefragung (vgl. Braun et al. 2016, 93).....	35
--	----

Einleitung

Das nachfolgende Konzept basiert auf den im Projekt „Begleitete Entlassung- Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege“ gewonnenen Ergebnissen und Erkenntnissen. Das Projekt wurde von der Tropenlinik Paul-Lechler Krankenhaus in Tübingen initiiert und im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege 2014“ durch das Sozialministerium Baden-Württemberg gefördert. Projektlaufzeit war vom 1. Februar 2015 bis 31. Dezember 2017. Ziel des Konzeptes ist es, pflegende Angehörige geriatrischer Patienten während des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting im Hinblick auf den Bedarf an Pflegeberatung besser zu unterstützen und zu begleiten.

1.1 Ausgangssituation/ Anlass

Im Jahre 2012 war ein Fünftel der deutschen Bevölkerung 65 Jahre oder älter (21 Prozent). Es wird erwartet, dass dieser Bevölkerungsanteil bis zum Jahr 2030 auf 29 Prozent ansteigen wird (vgl. Nowossadeck 2012, 1). Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) zu erkranken (vgl. Nowossadeck 2012, 3). Diese Erkrankungen haben häufig eine langfristige Pflegebedürftigkeit zur Folge. So zeigt die Pflegestatistik 2015, dass bei den 70 bis unter 75jährigen nur jeder Zwanzigste (fünf Prozent) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI war, bei den über 90jährigen waren es 66 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, 8). Laut der aktuellen Pflegestatistik von 2015 des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland aktuell etwa 2,9 Millionen Pflegebedürftige. Fast drei Viertel (2,08 Millionen) dieser Pflegebedürftigen werden derzeit zu Hause versorgt und davon erhalten wiederum 1,38 Millionen Pflegegeld. Es kann also davon ausgegangen werden, dass knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld von Angehörigen ohne die Unterstützung von ambulanten Pflegediensten versorgt wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, 7).

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wünscht sich, so lange wie möglich im häuslichen Umfeld bleiben zu können. Gerade die Angehörigen leisten maßgeblich den Beitrag dazu, diesen Wunsch zu realisieren (vgl. Büscher 2014, 491). Pflegende Angehörige werden daher sowohl in der Bevölkerung als auch in der Politik als zentrales Standbein in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gesehen.

Oftmals wird dabei aber vergessen, dass gerade pflegende Angehörige potentiell die Patienten und Pflegeleistungsempfänger von morgen sind. Viele Studien belegen, dass das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei dieser Gruppe deutlich höher ist als bei anderen Bevölkerungsschichten. Häufig leiden pflegende Angehörige an körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, angefangen von körperlicher Erschöpfung bis hin zu Depression und sozialer Isolation. Entsprechend auf der Hand liegt es, Angebote zur Unterstützung für diese Gruppe in Zukunft zu etablieren. Und gerade deshalb gewinnt die Begleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger vor allem auch im Handlungsfeld der professionellen Pflege immer mehr an Bedeutung (vgl. Mischke 2013, 198).

Auch durch die schon in Kraft getretenen neuen Pflegestärkungsgesetze soll die Unterstützung pflegender Angehörige verbessert werden. Das seit dem 1. Januar 2015 geltende erste Pflegestärkungsgesetz sieht zum Beispiel mehr Geld für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege vor, das benötigt wird, falls der pflegende Angehörige selbst pausieren muss. Des Weiteren kann seitdem eine zehntägige Auszeit von der Arbeit genommen werden, um die Pflege bei einer akut auftretenden Pflegesituation sicherzustellen und zu organisieren (vgl. Wetzstein, Rommel & Lange 2015, 2). Weitere Neuerungen, wie mehr Entlastungs- und Informationsangebote für Angehörige, sind auch in dem im Januar 2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetz II festgelegt.

Trotz allem fehlen bisher umfassende Kenntnisse und Informationen darüber, was sich pflegende Angehörige wünschen bzw. welche Beratungsbedarfe diese Gruppe hat. Sicher ist nur, dass eine Unterstützung gewünscht wird, die an den eigenen Bedarfen orientiert ist.

Insgesamt mangelt es in Deutschland nicht an Angeboten für pflegende Angehörige, von denen viele auch in den Sozialgesetzbüchern verankert sind. Laut §45 SGB VI sind die Pflegekassen dazu verpflichtet, für Angehörige oder sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen kostenfreie Schulungskurse anzubieten. Diese können entweder selbst durchgeführt oder es müssen geeignete Einrichtungen damit beauftragt werden. Die Schulungen müssen auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung stattfinden (vgl. SGB VI §45). Des Weiteren haben Menschen, die Leistungen nach SGB VI erhalten, Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten (vgl. SGB VI §7a). Die Pflegekurse, bei denen die Pflegeperson in Gruppen oder auch individuell zu Hause praktische Fähigkeiten zur Pflegeübernahme erlernen, wurden bisher allerdings nur von einem sehr kleinen Teil der pflegenden Angehörigen wahrgenommen (vgl. Wetzstein, Rommel & Lange 2015, 2). Durch die geringe Inanspruchnahme dieser Hilfen lässt sich vermuten, dass diese nicht an die tatsächlichen Bedarfe der Zielgruppe orientiert sind (vgl. Mischke 2013, 201).

Insbesondere Krankenhausaufenthalte stellen geriatrische Patienten und ihre Angehörige vor zusätzliche Herausforderungen, da sie im Rahmen dieser mit Veränderungen der gesamten Krankheitssituation und auch häufig mit neu auftretenden Versorgungsanforderungen konfrontiert werden.

1.2 Problembeschreibung/ Relevanz

Wie schon erwähnt, steigt mit zunehmendem Alter das Risiko an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu erkranken. Viele der geriatrischen Patienten sind demnach von Multimorbidität betroffen.

Nach dem Trajekt-Modell nach Corbin und Strauss sind Krankheitsverläufe von multimorbiden Patientinnen und Patienten starken Schwankungen unterworfen. In akuten und kritischen Phasen der Erkrankung wird ein Krankenhausaufenthalt notwendig, da eine lebensbedrohliche Situation vorliegt oder Komplikationen auftreten (vgl. Corbin & Strauss 1998 in Gittler-Hebestreit 2006, 44–45). Allerdings gehören Betreuungs- und Behandlungserfordernisse chronisch kranker und

langzeitpflegebedürftiger Menschen nicht zum Schwerpunktauftrag der Krankenhäuser. Diese haben ein Interesse daran, genau definierte Leistungen zu erbringen, deren Umfang an Diagnostik und Therapie zumindest in etwa abzuschätzen ist (vgl. Arnold 1993 in Grützmacher 2008, 35). Mit der verpflichtenden Einführung der Fallpauschalen nach dem DRG-System (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 besteht auch ein erhebliches finanzielles Interesse der Krankenhäuser für dieses Vorgehen. Sie unterliegen einem zunehmenden Druck, der unter anderem zu einem deutlichen Rückgang der Verweildauer pro Patient führt. Damit ist eine Steigerung der Behandlungs- und Pflegeintensität pro Fall verbunden, da die weniger pflegeaufwändigen Patienten, die früher noch im Krankenhaus behandelt wurden, heute bereits entlassen sind (vgl. Bartholomeyczik 2014, 513). Die Auswirkungen des Krankenhausaufenthalts auf die häusliche Pflegesituation spielen für die Entlassungsplanung der Krankenhäuser eine untergeordnete Rolle. Sie sind aber für die Patienten und die pflegenden Angehörigen von grosser Relevanz. Die Entlassung aus dem Krankenhaus zurück ins häusliche Setting ist verbunden mit besonderen gesundheitlichen und sozialen Risiken und bringt oft die entscheidende Weichenstellung für die zukünftige Lebenssituation (vgl. Wingenfeld 2014, 685).

Häufig kommt es zu Versorgungsbrüchen, die sich besonders beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich manifestieren. Diese führen zu unnötigen Belastungen für die Beteiligten, unter anderem zu einem erhöhten Risiko einer ungeplanten Rehospitalisierung in nur geringem Abstand zum Krankenhausaufenthalt (vgl. Bender 2013, 12; Hartwig & Waller 2013, 157; Langer & Ewers 2013, 311; DNQP 2009, 20; Wingenfeld 2005, 12).

Gerade ältere Menschen sind häufig von Versorgungsbrüchen betroffen. Als Risikofaktoren für poststationäre Probleme und Belastungen gelten z.B. das hohe Alter, die Verschlechterung des Gesundheitszustands, eine erhöhte Abhängigkeit von der Hilfe Anderer und eine gesteigerte körperliche und emotionale Belastung des Patienten und der Angehörigen. Neben der akuten Erkrankung sind bei älteren Menschen auch andere Merkmale, wie die Multimorbidität, zu finden, die das Risiko bei der Entlassung aus dem Krankenhaus begünstigen. Der Krankenhausaufenthalt bringt häufig eine langfristige Abhängigkeit und Autonomieeinschränkungen mit sich. Bei der Entlassung ins häusliche Umfeld spielt die Einbindung der Angehörigen in der Entlassungsplanung eine große Rolle, da sie die Vertrauens- und Bezugspersonen der Patienten darstellen. Es ist dringend erforderlich, die Angehörigen in die weitere Versorgungsplanung miteinzubeziehen, um die weitere Versorgung zu gewährleisten. Neben der Weitergabe von Informationen beinhaltet dies auch gezielte Schulungen, um erforderliche Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Alltag zu lernen und potentiell schwierige Situationen zu meistern (vgl. Eckl 2010, 21–22).

In vielen Forschungsarbeiten zeigt sich, dass vor allem mangelndes Wissen und Informationsbedürfnisse zentrale Aspekte der Übergangsproblematik darstellen. Ergebnisse einiger Studien stützen die Annahme, dass der Grad der Informiertheit mit darüber entscheidet, ob es infolge von gesundheitlichen Komplikationen zu frühzeitiger Rehospitalisierung kommt (vgl. Driscoll 2000 in Wingenfeld 2005, 126; Naylor 2004).

Im Jahr 2012 wurde in Deutschland mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Recht auf Entlassungsmanagement

eingeführt. Im SGB V §39 Absatz 1b heißt es: “Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“. Krankenhäuser müssen nun die poststationäre Versorgung, insbesondere bei Pflegebedürftigkeit, verpflichtend organisieren. Der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung entwickelte Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ kann für die Umsetzung dieser Aufgabe hilfreich sein und Orientierung geben. Auch hier gilt als zentraler Aspekt die Information und Beratung von Patienten und deren Angehörigen. Jedoch finden sich in dem Standard und auch in der sonstigen Literatur bisher kaum Hinweise darauf, wie diese Aufgabe konzeptualisiert werden soll (vgl. Langer & Ewers. 2013, 311).

1.3 Situation in der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen

Die Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus ist ein Fachkrankenhaus für Tropenmedizin, Innere Medizin, Geriatrie sowie Palliativmedizin mit insgesamt 90 Betten. Träger des Paul-Lechler-Krankenhauses ist das Deutsche Institut für Ärztliche Mission e. V., das im Jahr 1916 durch den Stuttgarter Unternehmer Paul Lechler gegründet wurde. Im Jahr 2015 wurden 2726 Patientinnen und Patienten stationär im Paul-Lechler-Krankenhaus behandelt. Es handelt sich dabei größtenteils um geriatrische Patientinnen und Patienten mit einem hohen Pflegebedarf. So beträgt das durchschnittliche Alter 79,2 Jahre, das häufigste Alter 87 Jahre. 4,5 Prozent der aufgenommenen Patientinnen und Patienten können aufgrund der PKMS als hochaufwändig bezeichnet werden. Ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten, mit einem voraussichtlich langfristig bestehenden Pflegebedarf, wird in häusliche Pflegesettings entlassen, in denen Angehörige eine zentrale Rolle einnehmen.

Die Tropenlinik ist Teil des Geriatrischen Zentrums des Universitätsklinikums Tübingen. Eine zentrale Aufgabe des Geriatrischen Zentrums ist die Umsetzung des 2014 aktualisierten Geriatriekonzepts Baden-Württemberg. In diesem wird ein gutes Entlassungsmanagement durch das Krankenhaus gefordert und die Notwendigkeit von Information und Beratung für pflegende Angehörige älterer Menschen betont (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren 2014, 19–20).

Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden in der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus durch die Sozial- und Pflegeberatung betreut. Schwerpunkte der Beratung sind aktuell vor allem sozialrechtliche und finanzielle Themen zur Sicherstellung der poststationären Versorgung. Pflegefachliche Themen werden momentan kaum berücksichtigt.

Im pflegerischen Alltag findet Beratung und Anleitung häufig unbewusst und quasi „nebenbei“ statt. Ein systematisches und strukturiertes Vorgehen dazu gibt es bislang nicht.

1.4 Kooperation mit der Hochschule Esslingen

Mit der Hochschule Esslingen bestand eine enge und vielfältige Kooperation, die für beide Seiten ein Gewinn war. Wissenschaftlich wurde das Projekt durch Prof. Dr. Annette Riedel begleitet.

Über die gesamte Projektlaufzeit wurden zwei studentische Forschungsprojekte durchgeführt und drei Abschlussarbeiten auf Bachelor- und Masterniveau erstellt. Zwei Studierende absolvierten ihr praktisches Studiensemester im Forschungsprojekt. Folgende Teilaspekte des Projektes konnten durch die Studierenden bearbeitet werden:

- Identifizierung pflegerelevanter Beratungsschwerpunkte für Angehörige geriatrischer Patienten im Übergang. Analysen im Rahmen des Projekts Begleitete Entlassung (‘BegE’). Studentisches Forschungsprojekt 09/2015 – 07/2016 (siehe 2.4)
- Strukturierte Beratung im Vorfeld der Krankenhausentlassung zur Absicherung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit. Kernelemente strukturierter Beratungsgespräche mit pflegenden Angehörigen im Rahmen des Übergangs. Masterarbeit Tamara Gund, 2015 (siehe 2.5)
- Schulungsanforderungen für die Schulung pflegender Angehöriger im Übergang vom stationären Setting in die häusliche Versorgung. Qualitätsmerkmale und Aspekte der Umsetzbarkeit. Bachelorarbeit Annalena Kersten, 2015 (siehe 2.6)
- Entwicklung eines Schulungskonzepts für pflegende Angehörige geriatrischer Patienten. Studentisches Forschungsprojekt 09/2016 – 07/2017
- Patientenedukation durch Pflegekräfte. Erhaltung und Förderung der Mobilität bei kognitiv uneingeschränkten älteren Menschen im Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting. Bachelorarbeit Anna-Lena Hartmann, 2016

Die Kooperation zwischen Tropenlinik und Hochschule machte deutlich, dass eine enge Kooperation zwischen praktizierter Wissenschaft und begleiteter Forschung in der Praxis, zwischen praktizierter Forschung und studentischer Projektarbeit, zwischen gelebter Praxis und theoretischer Fundierung, zwischen Forschungsverlauf und wissenschaftlicher Begleitung für alle Beteiligten eine Bereicherung und ein Gewinn ist.

Theoretische Fundierung

2.1 Review

2.1.1 Fragestellungen und Vorgehensweise

Zu Projektbeginn wurde ein Literaturreview erarbeitet. Dabei ging es darum, einen „Blick über den Tellerrand“ zu ermöglichen und auf der Basis von internationalen Studienerkenntnissen und Erfahrungen eine Intervention im Rahmen des Projektes „BegE“ zu entwickeln. Folgende Fragestellungen waren dabei leitend:

- Welche Interventionen *für Angehörige von geriatrischen Patientinnen und Patienten* beim *Übergang* vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld werden beschrieben?
- Wie ist deren Wirksamkeit?

Bei der Recherche wurden Veröffentlichungen der letzten zwölf Jahre berücksichtigt (2003–2015). Dabei wurde eine Internet- und Datenbankrecherche durchgeführt. Es wurden dabei die Datenbanken Cinahl, Medpilot, PsycInfo, Gerolit sowie Pubmed verwendet. Im Fokus der Recherche stehen solche Interventionen, die von Pflegekräften durchgeführt werden bzw. von Pflegekräften in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Nachdem nur wenige Interventionsstudien ausfindig gemacht werden konnte, die explizit für Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten während der Übergangszeit konzipiert sind, wurden die Recherchekriterien erweitert. Als Zielgruppe werden bei den Interventionsstudien auch pflegende Angehörige von Patienten mit bestimmten Diagnosen berücksichtigt (z. B. Apoplexien oder Hüftfrakturen), wenn sich aus der Zielgruppenbeschreibung ablesen lässt, dass es sich dabei um Patientinnen bzw. Patienten handelt, die größtenteils die Kriterien von geriatrischen Patientinnen und Patienten erfüllen. Zudem stellte sich heraus, dass zumeist die Interventionen für die Dyade Patient/Angehöriger entwickelt wurden. Die Studien wurden dann im Rahmen des Reviews berücksichtigt, wenn bei der Evaluation Outcomes in Hinblick auf die Angehörigen beschrieben sind.

Ein sehr hilfreiches Werk bei der Erstellung des Reviews war die Veröffentlichung „Family Caregiving and Transitional Care: A Critical Review“ von Gibson, Kelly und Kaplan aus dem Jahr 2012.¹ In diesem Review ist auch das umfassende „Guided Care Program for Families and Friends“ beschrieben. Es handelt sich dabei um einen Teil des breitgefächerten „Guided Care Models“ und ist ausschließlich für Angehörige konzipiert. Dieses wird im Rahmen dieses Reviews nicht berücksichtigt, da es sich bei einer tiefgehenden Recherche zeigte, dass das Programm nicht explizit für die Übergangspflege entwickelt ist.

¹ Verfügbar unter

https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/FamCGing_TransCare_CritRvw_FINAL10.31.2012.pdf [Stand 8. März 2016]

2.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt konnten sieben Interventionsstudien ausfindig gemacht werden, bei denen explizit eine Unterstützung während der *Übergangszeit* im Mittelpunkt steht und bei denen Outcomes in Hinblick auf die *Angehörigen* beschrieben werden (Anlage 1).

Kurzbeschreibung 1: Care Transitional Program (Coleman et al., University of Colorado Denver)²

Ein „Transition Coach“ (Pflegerkraft mit Weiterbildung) setzt den Schwerpunkt darauf, die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zu befähigen und zu ermutigen, eine aktive Rolle bei der Pflege zu übernehmen (z. B. durch Hilfestellungen, eigene Ziele zu formulieren). Außerdem leistet er Unterstützung dabei, häufig vorkommende Probleme in den Griff zu bekommen, die im Zusammenhang mit der Entlassung stehen. Hierbei werden das Medikamentenmanagement, der Gesundheitszustand des Patienten, die Weiterführung der Grundversorgung sowie die Identifizierung und Reaktion auf Warnsignale, die eine Verschlechterung des Zustandes anzeigen, thematisiert. Es werden ein Assessment im Krankenhaus sowie ein Hausbesuch bis zu 14 Tage nach der Entlassung durchgeführt. Darüber hinaus werden seitens des „Transition Coach“ drei Telefonberatungen bis zu 28 Tagen nach der Entlassung getätigt (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 27; Coleman et al. 2006, 1823 f.). Zielgruppen bei dieser Intervention sind Patientinnen und Patienten über 65 Jahren und die Angehörigen. Patientinnen und Patienten mit dementiellen Erkrankungen oder Depressionen können eingebunden werden, wenn die Angehörigen bereit und dazu fähig sind, die Pflege zu übernehmen (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 27).

Nachdem die Erfahrungen der Angehörigen im Rahmen des Übergangs beforscht wurden, wurde das Programm erweitert (vgl. Coleman & Roman 2015, 12–21). Es werden verstärkt die Bedarfe und Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigt. Der „Transition Coach“ führt mit den Angehörigen praktische Übungen, Simulationen sowie Rollenspiele durch. Darüber hinaus übt er mit den Angehörigen Kommunikationsstrategien zur Formulierung eigener Bedürfnisse. Bei der Durchführung des Hausbesuchs kommt ein Instrument zum Einsatz, das die Angehörigen dabei unterstützt, mit der Medikation zurechtzukommen („Family Caregiver Activation in Transitions Tool“) (vgl. Coleman et al. 2015, 4).

Wirksamkeit: Eine Evaluation des ursprünglichen Programms zeigt, dass die Patientinnen und Patienten weitgehend ihre selbstgesteckten Ziele erreichen. Sie trauen sich zu, Informationen einzuholen, mit dem Personal im Krankenhaus zu kommunizieren und ihre Medikation zu verstehen. Randomisiert-kontrollierte Studien zeigen einen signifikanten Rückgang der Rehospitalisierungsrate 30, 90 und 180 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt und gravierende Kosteneinsparungen (vgl. Coleman 2004, 1821–1822). Im Rahmen der Programmerweiterung zeigt sich bei den Angehörigen, dass diese einen großen Zugewinn an Kenntnissen zum Medikamentenmanagement haben. So kann beim Einsatz des „Family Caregiver Activation in Transitions Tools“ mit einer Skala von 0–10 ein durchschnittlicher Zugewinn um sechs Punkte zwischen dem ersten Hausbesuch und nach 30 Tagen verzeichnet

² Weitere Informationen verfügbar unter www.caretransitions.org [Stand 15. März 2016]

werden. Darüber hinaus haben 64 Prozent der Angehörigen (von 83) ihre selbstgesteckten Ziele erreicht oder sogar übertroffen (vgl. Coleman et al. 2015, 8). Die Studienergebnisse müssen allerdings vorsichtig behandelt werden, da die Interventionsentwicklung und die Evaluationsstudien vom selben Team durchgeführt werden.

Kurzbeschreibung 2: Transitional Care Model (Naylor et al., University of Pennsylvania)³

Eine „Transitional Care Nurse“ (Pflegerkraft mit Weiterbildung) macht eine umfassende Entlassungsplanung im Krankenhaus und koordiniert die Pflege sowie die häusliche Weiterversorgung. Es wird ein erster Hausbesuch innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Entlassung durchgeführt. Anschließend können Hausbesuche bis zu drei Monaten nach der Entlassung gemacht werden. Zudem ist die „Transitional Care Nurse“ ständig telefonisch erreichbar (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 27; Naylor et al. 2004, 676–677). Angehörige sollen durch das Programm darauf vorbereitet werden, auf Veränderungen des Gesundheitszustandes bei den Patientinnen und Patienten einzugehen und ihre pflegepraktischen Fähigkeiten zu erweitern. Darüber hinaus werden die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen gleichermaßen darin unterstützt, selbst gesteckte Ziele zu erreichen und die Kommunikation untereinander zu verbessern (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 36). Zielgruppen bei diesem Programm sind Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren wie mehrere chronische Erkrankungen und die Angehörigen. Auch Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen können einbezogen werden (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 27).

Wirksamkeit: Drei randomisiert-kontrollierte Studien zeigen konstant einen besseren Gesundheitszustand bei den Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe. Zudem weisen sie bessere Ergebnisse bei der Messung der körperlichen Dimension der Lebensqualität auf. Die Zeit bis zu einer Wiederaufnahme in eine Klinik bzw. bis zum Tode der Patientin bzw. des Patienten konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe verlängert werden. In der Interventionsgruppe äußern die Patientinnen und Patienten eine höhere Zufriedenheit mit der Pflege. Insgesamt konnten in der Interventionsgruppe die Krankheitskosten im Vergleich zur Kontrollgruppe gesenkt werden (vgl. Naylor et al. 2004, 675; Naylor et al. 2011 in Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 29). In Hinblick auf Studienergebnisse bezüglich der Angehörigen laufen derzeit Studien, bei denen als Ergebnis Aussagen zu den Belastungen gemacht werden sollen. Zudem werden Interventionsstudien bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen und deren Angehörigen durchgeführt, um Aussagen zur Organisation der Pflege in akuten Krankheitsphasen machen zu können (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 37). Auch hier muss angemerkt werden, dass die Evaluationsstudien vom selben Team durchgeführt werden wie deren Konzeption.

Kurzbeschreibung 3: Family-Centered Function-Focused Care (Boltz et al., Boston College)

Von einer „Family-Centered Resource Nurse“ (Pflegerkraft mit Weiterbildung) wird folgende Intervention mit drei Bausteinen durchgeführt:

³ Weitere Informationen verfügbar unter <http://www.transitionalcare.info> [Stand 15. März 2016]

- Familienpflege (FamCare): Die Angehörigen und die Patientinnen und Patienten werden gleichermaßen systematisch in den Entlassungsprozess eingebunden. Es findet ein Assessment im Krankenhaus statt. Ziele und Pflegepläne werden gemeinsam entwickelt und täglich aktualisiert. Es werden Informationen zum Gesundheitszustand, zur Diagnostik sowie zur Behandlung gegeben. Die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen werden in Hinblick auf Pflegetechniken und bezüglich der Prävention eines Delirs und einer Verschlechterung des körperlichen Zustandes geschult. Darüber hinaus wird eine Entlassungsscheckliste ausgegeben. Nach der Entlassung wird ein Hausbesuch innerhalb der ersten 48 nach der Entlassung durchgeführt. Darüber hinaus werden wöchentliche Telefonanrufe für vier Wochen durchgeführt sowie auf ambulante Dienstleister verwiesen.
- Schulung und Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezüglich der Intervention.
- Bewertung des Vorgehens im 1., 3. und 9. Monat nach Einführung der Intervention: Unter anderem finden unter diesem Schwerpunkt Schichtübergabe statt, die die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige miteinbeziehen. Darüber hinaus werden Schrifftafeln und vereinfachte Pflegepläne an das Patientenbett angebracht, um die Kommunikation zu vereinfachen. In Hinblick auf die Entlassung ins häusliche Umfeld findet ein Assessment sowie bei Bedarf eine Modifikation des Wohnumfeldes der Patientin bzw. des Patienten statt (vgl. Boltz et al. 2014, 2398–2401).

Zielgruppen des Interventionsprogramms sind ältere Patientinnen und Patienten sowie deren Familienmitglieder.

Wirksamkeit: Es wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt, bei der die Messinstrumente bei der Aufnahme (hier wurde auch der Status zwei Wochen davor im Rückblick erfasst), bei der Entlassung sowie zwei Wochen und zwei Monate danach. In Hinblick auf die Angehörigen zeigt sich in der Interventionsgruppe, dass diese sich besser auf die Pflege vorbereitet fühlen. Darüber hinaus kann eine signifikante Abnahme von Angstzuständen und Depressionen im Zeitraum von der Aufnahme bis zwei Monate danach festgestellt werden. Keine signifikanten Unterschiede in den beiden Gruppen sind hinsichtlich der Belastung und der Qualität der Beziehung zum Pflegeempfänger messbar. Bezüglich der Patientinnen und der Patienten zeigen sich in der Interventionsgruppe bessere Werte bei den ATLS und bei der Laufleistung. Allerdings können bei Gangart und Balance keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Bezüglich des Auftretens eines Delirs nach der Aufnahme zeigen sich in der Interventionsgruppe eine geringere Ausprägung und eine kürzere Dauer (vgl. Boltz et al. 2014, 2403). Die 30-Tage-Rehospitalisierungsrate in der Interventionsgruppe ist signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich die Intervention gut durchführen lässt. Insbesondere hat sich das Assessment des Wohnumfeldes bewährt, da es keinen großen Aufwand darstellt. Künftig wird das Programm ausgebaut, in dem die Zusammenarbeit mit den Anbietern der Nachsorge intensiviert wird (vgl. Boltz et al. 2014, 2405).

Kurzbeschreibung 4: Creating Avenues for Relative Empowerment (Li et al., University of Rochester)

Von einer Pflegekraft wird folgende Intervention mit zwei Einheiten durchgeführt:

- 1. Einheit (1–2 Tage nach Aufnahme): Ziel dieser Einheit ist die Stärkung der Selbstbestimmung und der Rollenklarheit der Angehörigen. Auf Grundlage der identifizierten Probleme werden die Angehörigen begleitet, einen Plan zu entwickeln, welche Pflegetätigkeiten von ihnen übernommen werden können. Dies geschieht in Absprache und in gegenseitigem Einvernehmen mit der Patientin bzw. dem Patienten. Zudem erhalten die Angehörigen Tonbänder und schriftliche Materialien mit Informationen zu häufigen emotionalen Reaktionen und Verhaltensauffälligkeiten sowie möglichen dysfunktionalen Symptomen bei der Patientin bzw. dem Patienten. Zudem werden die Angehörigen durch das Informationsmaterial darüber informiert, welche Möglichkeiten es gibt, bei der Pflege zu helfen und Komplikationen vorzubeugen.
- 2. Einheit (1–3 Tage vor der Entlassung): Die Angehörigen erhalten zwei zehnmündige Tonbänder und Handouts. Darin werden Informationen zum Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld, zu Möglichkeiten, den Entlassungsprozess zu begleiten und die häusliche Pflege vorzubereiten sowie zur Förderung einer positiven Pflegebeziehung gegeben.

Zielgruppe der Intervention sind Angehörige älterer Patientinnen und Patienten. Grundlage für deren Entwicklung waren zwei bereits bestehende Programme: COPE (für Eltern kranker Kinder) sowie PREP (für pflegende Angehörige im häuslichen Setting) (vgl. Li et al. 2012, 535).

Wirksamkeit: Zur Evaluation des Programms wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt. In der Kontrollgruppe erhielten die Angehörigen in der ersten Einheit allgemeine Informationen zum Krankenhausaufenthalt und in der zweiten Einheit zusätzliche Informationen zur Krankengeschichte und –organisation sowie zu Dienstleistungen. Bei den Angehörigen wurden unter anderem die emotionale Bewältigung (z. B. Angst, Traurigkeit, Depressivität) sowie die funktionelle Bewältigung (z. B. Rollen Anpassung, Vorbereitung auf die häusliche Pflege) gemessen. Bei den Patientinnen und Patienten wurden unter anderem Messinstrumente zur Erfassung des funktionellen und kognitiven Status sowie zur Depressivität eingesetzt. Die Messzeitpunkte waren jeweils zu Beginn der Intervention, bei der Entlassung sowie zwei Wochen und zwei Monate nach der Entlassung (vgl. Li et al. 2012, 537–538). Als Ergebnis zeigt sich, dass sich zu keinem der Messzeitpunkte signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ergeben. Insgesamt zeigt sich, dass die Gruppe der Angehörigen sehr heterogen ist und eine Intervention für alle möglicherweise nicht greift (vgl. Li et al. 2012, 533).

Kurzbeschreibung 5: Telephone Assessment and Skill-Building Kit (Bakas et al., Indiana University)

Beim Programm „Telephone Assessment and Skill-Building Kit“ handelt es sich um eine Intervention mit mehreren Komponenten, die individuell auf die Sorgen und die Bedarfe der Angehörigen eingeht. Ziel ist es, die Fähigkeiten in Bezug auf die Pflege und Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und –patienten im häuslichen Umfeld aufzubauen. Die Intervention wird

komplett telefonisch durchgeführt. Zudem erhalten die Angehörigen schriftliche Informationen, unter anderem ein Arbeitsbuch zum Stressmanagement sowie 38 Informationsbögen, die auf der „Caregiver Needs and Concerns Checklist“ und auf Expertenempfehlungen basieren (vgl. Bakas et al. 2009, 107). Die Intervention hat das Ziel, auf folgende Themen einzugehen bzw. folgende Fähigkeiten aufzubauen:

- Pflege und Versorgung, beispielsweise wird dabei die Assistenz bei den ATLS, der Umgang mit den Symptomen und Defiziten oder der Umgang mit Medikamenten thematisiert.
- Instrumentelle Unterstützung, beispielsweise durch eine Unterstützung bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten, bei der Organisation von Transportdiensten oder von Hilfen in der Haushaltsführung bzw. anderen Möglichkeiten, die Angehörigen zur entlasten.
- Informationen zum Thema Schlaganfall, beispielsweise werden dabei Warnzeichen und Risikofaktoren für einen zweiten Schlaganfall besprochen, Empfehlungen zur Änderung des Lebensstils gegeben sowie der Umgang mit Gefühlen und Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten thematisiert.
- Umgang mit persönlichen Reaktionen auf die Pflegeübernahme (vgl. Bakas et al. 2009, 108).

Wirksamkeit: Es wurde eine randomisiert-kontrollierte Pilotstudie mit 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt schriftliche Informationen während des Krankenhausaufenthalts. Spätestens einen Monat nach der Krankenhausentlassung begannen die wöchentlichen Anrufe (acht Mal). Im Telefonat wurde anhand der „Caregiver Needs and Concerns Checklist“ der aktuelle Bedarf erhoben und anschließend mit Informationen und Ratschlägen darauf eingegangen. Die Kontrollgruppe erhielt ein Telefonat. Es wurden dabei keine Informationen gegeben, sondern lediglich aktiv zugehört und bei Bedarf auf den Hausarzt verwiesen (vgl. Bakas et al. 2009, 109). Folgende Messgrößen wurden gewählt:

- Optimismus
- Aufgabenbewältigung
- Bewertung, ob die Pflege als Bedrohung wahrgenommen wird
- Symptome einer Depression
- Veränderung der Lebensumstände
- Wahrnehmung der eigenen Gesundheit.

Messzeitpunkte waren jeweils zu Beginn der Intervention sowie nach vier, acht und zwölf Wochen (vgl. Bakas et al. 2009, 105). Insgesamt zeigt sich eine signifikante Stärkung des Optimismus bei der Interventionsgruppe nach vier, acht und zwölf Wochen sowie signifikante Verbesserungen nach acht und zwölf Wochen bei der Bewertung, ob die Pflegeübernahme als Bedrohung wahrgenommen wird. Nach vier Wochen konnten in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen in der Bewertung der Aufgabenbewältigung festgestellt werden. Keine signifikanten Auswirkungen zeigen sich in Hinblick auf die Symptome einer Depression, auf die Beurteilung der Lebensumstände sowie auf die Wahrnehmung der allgemeinen Gesundheit (vgl. Bakas et al. 2009, 105).

Kurzbeschreibung 6: Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs (Gröning et al., Universität Bielefeld)

Beim Projekt „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ handelt es sich um ein Förderprogramm der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK Nord/West sowie der Universität Bielefeld. Die Krankenkassen stellen die erforderlichen finanziellen Mittel im Rahmen einer Zuwendung bereit. Die Universität Bielefeld begleitet und leitet das Projekt. Ziel des Projektes ist eine Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen im Übergang in die poststationäre Versorgung. Im Jahr 2015 nutzten 400 Akutkrankenhäuser, Psychiatrien und Rehakliniken das Förderprogramm. Es wird geschätzt, dass von Mai 2004 bis Ende 2015 etwa 200.1 Angehörige mit dem Programm erreicht werden konnten (vgl. Universität Bielefeld 2016, 1). Zielgruppe des Programms sind Angehörige von Patientinnen und Patienten mit einer Pflegestufe bzw. mit einer beantragten Einstufung. Das Programm besteht aus folgenden Bausteinen:

- Erstgespräche und Pflegetrainings im Krankenhaus: Das Pflegetraining wird zumeist mit einem Erstgespräch begonnen, bei dem Informationen über Diagnosen gegeben werden und der poststationäre Versorgungsbedarf erörtert wird. Die Pflegekraft trifft in Absprache mit den Angehörigen die Wahl, welche „Pflegeverrichtungen“ im Pflegetraining geübt werden (vgl. Gröning, Lienker & Sander 2015, 10).
- „Qualitätscheck“ und Pflegetraining im Wohnumfeld: Das Pflegetraining im Wohnumfeld wird zumeist mit einem „Qualitätscheck“ begonnen. Dabei werden Pflegehilfsmittel, Medikamente sowie das Wohnumfeld überprüft. Es ist bis zu sechs Wochen nach der Entlassung möglich, daran teilzunehmen. Ziel des Pflegetrainings ist es, pflegerische Tätigkeiten zu bewältigen und zu lernen, Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. des Patienten zu erkennen. Bei einem weiteren Beratungs- oder Trainingsbedarf wird die Pflegekasse eingeschaltet (vgl. Gröning, Lienker & Sander 2015, 10–11)
- Familienberatung im Krankenhaus und/oder im häuslichen Umfeld: Ziel der Familienberatung ist es, Familien im Entscheidungsprozess zur Übernahme von Pflegeverantwortung zu begleiten, sodass die Beteiligten Sorgen und Wünsche ansprechen, Aufgaben für den Pflegealltag zuhause konkret klären, ihre Verteilung verbindlich absprechen sowie das Sorge- und Pflegenetzwerk erweitern können (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2015, 33–37).
- Initialpflegekurse: Die Initialpflegekurse werden im Krankenhaus an drei Nachmittagen am Wochenende angeboten. Dabei können auch Interessierte teilnehmen, die aktuell nicht pflegen. Inhaltlich werden Pflegetechniken vermittelt, es wird eine Auseinandersetzung mit der neuen Pflegesituation ermöglicht und auf die Gestaltung des Pflegearrangements eingegangen (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2015, 40–44). Darüber hinaus wird ein zweiter Initialpflegekurs für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz angeboten. Dabei stehen weniger die Pflegetechniken oder die besonderen Anforderungen bei Bettlägrigkeit im Vordergrund, sondern der Umgang mit der Demenz im Alltag (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2015, 45).

Wirksamkeit: Eine Evaluation des Programms fand durch eine Befragung mittels Fragebogen der Angehörigen in den jeweiligen Bausteinen statt. Dabei werden die Angehörigen gebeten, die Intervention zu bewerten und auch anzugeben, wie sie sich auf die Übernahme von Aufgaben in der häuslichen Pflege vorbereitet fühlen. Es zeigt sich, dass Mobilisation und Lagerung in den Pflegetrainings die am häufigsten angeeigneten und geübten Pflege Techniken sind. Die Mehrheit der Angehörigen findet, dass sie in den Trainings und Kursen über die Pflege viel Neues gelernt haben und dass die Inhalte verständlich vermittelt wurden. Den zeitlichen Rahmen der Trainings und Kurse bewerten die Angehörigen überwiegend als positiv. 92 Prozent der Angehörigen aus den Trainings in der Klinik und 97 Prozent der Angehörigen bei aufsuchenden Trainings fühlen sich durch die neu erworbenen Kenntnisse und den Kompetenzaufbau auf die Pflege vorbereitet (vgl. Universität Bielefeld 2015). Hier zeigt sich, dass eine Fortführung der Trainings im häuslichen Umfeld von hoher Bedeutung ist. Die Familienberatungsgespräche werden ebenfalls sehr positiv bewertet. Der größte Teil der Angehörigen gibt an, dass die Beratungsgespräche ihnen geholfen haben, ihre Wünsche und Sorgen auszusprechen. Ein Zugewinn bedeutet für die meisten Angehörigen in diesem Kontext auch, dass sie die Pflege konkret planen können und diese ihnen im familiären Rahmen mehr Anerkennung verschafft bzw. dass sie die Pflege als „Familienprojekt“ erachten (vgl. Universität Bielefeld 2016). Die Initialpflegekurse wurden ebenfalls sehr positiv bewertet. Hier stimmten fast 97 Prozent der Angehörigen der Aussage zu, dass sie sich gut auf die häusliche Pflegesituation vorbereitet fühlen (vgl. Universität Bielefeld 2015, 7).

Kurzbeschreibung 7: Caregiver-oriented discharge planning program (Shyu et al., Chang Gung University Taoyuan/Taiwan)

Das „Caregiver-oriented discharge planning program“ wurde für eine Interventionsstudie entwickelt. Die Intervention beinhaltet Elemente, die noch während des Krankenhausaufenthalts angeboten werden sowie Elemente, die nach der Entlassung durchgeführt werden. Zielgruppe sind die Angehörigen von Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines Schlaganfalls stationär behandelt werden. Ziel der Intervention ist es, die Balance zwischen den konkurrierenden Bedürfnissen der Angehörigen zu verbessern sowie Angehörige besser auf die Entlassung vorzubereiten. Die Intervention wird von sogenannten „Research Nurses“ durchgeführt. Folgende Komponenten beinhaltet die Intervention:

- Bei den Angehörigen werden Bedarfe und Bedürfnisse in Hinblick auf die Entlassung mit Hilfe eines Instrumentes eingeschätzt („Caregiver Discharge Needs Assessment Scale“). Darüber hinaus werden konkurrierende Bedürfnisse mit einer weiteren Skala erfasst („Competing needs checklist“). Auf dieser Grundlage findet je nach Bedarf vier bis fünf Mal ein jeweils etwa 30minütiger Besuch im Patientenzimmer statt. Dabei gibt die Pflegekraft individuelle Informationen in Vorbereitung auf die Entlassung, mündliche und schriftliche Anleitungen und übt mit den Angehörigen bestimmte Pflege Techniken. Darüber hinaus wird besprochen, wie mit den konkurrierenden Bedürfnissen umgegangen werden kann. Bei Bedarf kann die Pflegekraft auf weitere ambulante Unterstützungsdienste verweisen.
- Um die Vorbereitung auf die Pflegeübernahme zu verbessern, findet innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung eine telefonische Beratung statt, um sich nach der aktuellen

Situation zu erkundigen. Darüber hinaus findet innerhalb der ersten Woche und nach einem Monat nach der Entlassung ein Hausbesuch statt, um die aktuelle Pflegesituation zu beobachten, Fragen zu beantworten, Anleitungen durchzuführen und potentielle Probleme aufzuspüren.

Um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wurde ein Manual für die Intervention entwickelt. Darüber hinaus nahmen die „Research Nurses“ an einer achtstündigen Schulung teil (vgl. Shyu et al. 2008, 2499).

Wirksamkeit: Die Intervention wurde durch eine randomisiert-kontrollierte Studie an einer großen Klinik mit 3.000 Betten in Nordtaiwan evaluiert. Dazu wurden vier neurologische Stationen ausgewählt. Diese wiederum wurden in jeweils zwei Interventions- und Kontrollstationen eingeteilt. In der zweijährigen Laufzeit konnten in der Kontrollgruppe 86 Dyaden (Patient/Angehöriger) und in der Interventionsgruppe 72 Dyaden rekrutiert werden. Die Personen in der Kontrollgruppe erhielten ein Entlassungsmanagement nach dem bisherigen Vorgehen (vgl. Shyu et al. 2008, 2500). Dieses beinhaltet normalerweise eine Edukation durch eine Pflegefachkraft, die noch während des stationären Aufenthalts stattfindet und bei der das Vorgehen nicht einheitlich geregelt ist. Gelegentlich werden auch Empfehlungen in Hinblick auf die Entlassung gegeben. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen es bezüglich der Entlassung Schwierigkeiten gibt, wird eine Fachkraft eingeschaltet, die sich um die weitere Versorgung kümmert. Das bisherige Vorgehen berücksichtigt nicht die spezifischen Bedarfe der Angehörigen oder die familiäre Situation (vgl. Shyu et al. 2008, 2498). Auch die Personen in der Interventionsgruppe erhielten das bisherige Entlassungsmanagement und darüber hinaus die für die Studie entwickelte Intervention. Folgende Outcomes wurden gemessen:

- der Stand der Vorbereitung der Angehörigen (durch die „Nurse Evaluation of Caregiver Preparation Scale“ und die „Preparedness for Caregiving Scale“)
- die Erfüllung von Bedarfen und Bedürfnissen der Angehörigen bezüglich der Entlassung (durch die „Caregiver Discharge Needs Satisfaction Scale“)
- die Ausgewogenheit zwischen konkurrierenden Bedürfnissen der Angehörigen (durch die „Perception of Balance between Copeting Needs Scale“).

Messzeitpunkte waren jeweils nach Einwilligung der Dyaden zur Teilnahme an der Studie, unmittelbar vor sowie einen Monat nach der Entlassung.

Im Ergebnis zeigte sich, dass nach der Intervention der Stand der Vorbereitung auf die häusliche Pflege besser eingeschätzt wird als vor deren Durchführung. Einen Monat nach der Entlassung wurde die Zufriedenheit mit der Erfüllung von Bedarfen und Bedürfnissen besser eingeschätzt als vor Durchführung der Intervention. Auch im Vergleich mit der Kontrollgruppe schnitt die Interventionsgruppe bei diesen beiden Outcomes signifikant besser ab. Allerdings konnten keine Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bei der Messung der Ausgewogenheit zwischen konkurrierenden Bedürfnissen der Angehörigen festgestellt werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Intervention zu einer besseren Vorbereitung auf die

Pflegeübernahme führt und die Zufriedenheit mit der Erfüllung von Bedarfen und Bedürfnissen in Zusammenhang mit der Entlassung erhöht (vgl. Shyu et al. 2008, 2497).

2.1.3 Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für das Projekt BegE

Insgesamt lässt sich feststellen, dass nur wenige Interventionen ausfindig gemacht werden konnten, die den Suchkriterien des Reviews entsprechen. Der Großteil der vorliegenden Studien stammt aus den USA. Alle Veröffentlichungen beschreiben Interventionen, die regional bzw. als Projekt in einzelnen oder mehreren Krankenhäusern durchgeführt werden. Die Interventionsprogramme sind sehr heterogen in Umfang und Reichweite. Relativ häufig werden individuelle Schulungen, Trainings oder Beratungsgespräche im Krankenhaus oder im häuslichen Umfeld sowie eine telefonische Begleitung oder Beratung nach der Entlassung durchgeführt. Jedoch ist auch hier die Ausgestaltung in den jeweiligen Programmen sehr unterschiedlich. Gemeinsamkeiten ergeben sich allerdings in folgenden Themen, die in den Programmen vordergründig sind:

- Medikamentenmanagement
- Beschaffung von Pflegehilfsmitteln und der Umgang damit
- Kommunikation (z. B. Hilfestellungen bei der Formulierung von Zielen, Unterstützung bei der Findung und Klärung der Rolle des Angehörigen)
- Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten, Umgang mit Komplikationen
- Hilfestellungen zur Gestaltung der Umgebung bzw. des Wohnumfeldes

Es zeigt sich, dass Interventionen, die auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Angehörigen abgestimmt sind und bei denen aus mehreren Bausteinen gewählt werden kann, erfolgreicher sind als Interventionen, bei denen keine Absprache stattfindet und keine Auswahl getroffen werden kann. Dies deckt sich mit der Feststellung von Bakas et al. (2009). Nach Sichtung von Reviews und Metaanalysen stellen die Autorinnen fest, dass Interventionen mit mehreren Komponenten (unter anderem sollte eine Erweiterung von Fähigkeiten, die Erarbeitung von Lösungsstrategien sowie eine Edukation ermöglicht werden) sowie Interventionen, die individuell auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Angehörigen eingehen, die besten Ergebnisse erzielen. Eine Durchführung von sieben bis neun Einheiten pro Intervention wird empfohlen (vgl. Bakas et al. 2009, 107). Allerdings muss hier angemerkt werden, dass aus den Studien häufig nicht deutlich beschrieben wird, weshalb welche Messgrößen gewählt wurden und diese sich nicht aus den Zielen der Programme ableiten lassen. Sie scheinen teilweise willkürlich gewählt. Die Studienergebnisse müssen zudem mit Vorsicht behandelt werden, da es sich teilweise um kleinere Stichproben handelt und darüber hinaus größtenteils um Selbstevaluationen. Darüber hinaus ist in allen Interventionen die Ausgestaltung der Weiterbildung der durchführenden Pflegekraft unklar.

Insgesamt zeigt sich, dass in den Interventionen einiges ausprobiert und experimentiert wird, jedoch häufig ohne theoretische Rahmen und klare Zielsetzung. Dies ist auch eine Feststellung aus dem Review von Gibson, Kelly und Kaplan. Als Antwort darauf geben sie Empfehlungen und einen Rahmen zum Umgang mit den Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld, die allerdings nicht ohne weiteres auf die Situation in Deutschland übertragen werden

können (vgl. Gibson, Kelly & Kaplan 2012, 45). Für das Projekt BegE lassen sich aus dem Review folgende drei wesentliche Erkenntnisse ableiten:

1. Die inhaltliche Ausgestaltung der Intervention muss sich nach den Bedürfnisse und Bedarfen der Angehörigen richten und mit ihnen individuell abgesprochen sein.
2. Nach Möglichkeit sollte bei einer Interventionsentwicklung das Angebot so ausgestaltet werden, dass mehrere Bausteine angeboten werden, die individuell miteinander kombiniert werden können.
3. Im Rahmen des Projektes müssen eindeutige, messbare Ziele formuliert sein. Dies ist insbesondere bei einer Überprüfung der Wirksamkeit von großer Bedeutung um entsprechende Instrumente einsetzen zu können.

2.2 Begriffsdefinitionen und Festlegungen im Rahmen des Projektes

2.2.1. Begrifflichkeiten zum Thema Beratung und Beratungsverständnis

Beratung

Beratung ist eine zentrale Aufgabe der Pflege. Der Begriff „Beratung“ wird in der Literatur und in der Praxis jedoch oftmals unterschiedlich verstanden und verwendet, da sich viele Disziplinen, wie beispielsweise Pädagogik und Psychologie, mit Beratung auf Basis der jeweiligen Beratungsansätze auseinandersetzen (vgl. Büker 2015, 95; Hummel-Gaatz & Doll 2007, 15).

Koch-Straube (2008) schreibt zur Definition von Beratung: „Ganz bewusst wurde bisher Beratung nicht definiert, sondern ein allgemeines Verständnis von Beratung vorausgesetzt“ (Koch-Straube 2008, 65). Lange Zeit wurde Beratung als „Kompetenz, gute Gespräche mit Patientinnen und Patienten führen zu können“ (Zwicker-Pelzer, Geyer & Rose 2011, 17) und als Vermittlung von Informationen für pflege- und versorgungrelevante Inhalte verstanden (vgl. Zwicker-Pelzer, Geyer & Rose 2011, 17). Damit in einem Projekt von einem gleichen Verständnis ausgegangen werden kann, ist es notwendig, den Begriff für die Projektgruppe zu klären.

Hummel-Gaatz und Doll (2007) verstehen Beratung als „(...) Beziehungsprozess zwischen Pflegekräften und Patienten bzw. seinen Bezugspersonen (Familienangehörige und/oder Freunde) mit dem Ziel, sie bei der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen. Dies geschieht durch:

- Unterstützen beim Bewältigen von Problemen
- Unterstützen beim Finden von Entscheidungen
- Fördern, Entdecken und Erhalten von Ressourcen
- Unterstützen beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen“ (Hummel-Gaatz & Doll 2007, 16).

Bei dieser Definition ist die Unterstützung ein wesentlicher Bestandteil und es wird deutlich, dass es nicht darum geht, den Angehörigen oder Patientinnen und Patienten Entscheidungen oder die Problembewältigung abzunehmen und ihnen eine fertige Lösung zu präsentieren.

Koch-Straube greift in ihrer Arbeit die Definition von Beratung der British Association of Counselling (BAC) (1993) auf:

„Das übergeordnete Ziel der Beratung ist es, dem Klienten eine befriedigendere und erfülltere Lebensweise zu ermöglichen. Der Begriff Beratung umfasst das Arbeiten mit Individuen, Paaren oder Gruppen, die oft, aber nicht immer als <Klienten> bezeichnet werden. Die Ziele der jeweiligen Beratungsbeziehungen variieren je nach den Bedürfnissen der Klienten. Beratung beschäftigt sich mit Entwicklungsprozessen und kann darin spezifische Probleme ansprechen und lösen, Klienten darin unterstützen, Entscheidungen zu treffen, Krisen zu bewältigen, Einsicht und Wissen zu gewinnen, innere Konflikte zu bearbeiten, Beziehungen zu anderen zu verbessern. Die Rolle des Beraters ist es, die Arbeit der Klienten dergestalt zu erleichtern, dass die Werte des Klienten(!) seine persönlichen Ressourcen und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung respektiert werden“ (BAC 1993 in Tschudin 1998 in Koch-Straube 2008, 66).

Deutlich wird, dass mithilfe der Beratung die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten verbessert werden soll und dass es sich bei Beratung um Beziehungsarbeit handelt, wobei die Ziele an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten orientiert sind. Zentral ist die Unterstützung der Betroffenen.

Koch-Straube bezieht des Weiteren eine Definition von Beratung aus der Sozialen Arbeit nach Thiersch (1997) in ihre Arbeit ein. Soziale Beratung wird dabei als „(...) Hilfe in den sozialen Strukturen, in denen Menschen leben, in der Lebenswelt (...)“ (Thiersch 1997 in Koch-Straube 2008, 67) verstanden. Probleme sollen dabei so erfasst werden, wie die Menschen sie wahrnehmen. Zudem sollen Ressourcen, Belastungen und Stärken in der jeweiligen Situation erfasst werden und die Eigenverantwortung der Menschen in diesen Lebenssituationen respektiert werden. Thiersch sieht dabei in den zu Beratenen die Fähigkeit, den Alltag bewältigen zu können und sich als „(...) Subjekt in ihrer Lebenspraxis zu erfahren“ (Thiersch 1997 in Koch-Straube 2008, 67). An dieser Stelle wird nicht nur die Bedeutung der Lebenswelt für die Beratung deutlich, sondern auch die Eigenverantwortlichkeit der Beratenen, diesen Rat anzunehmen und dann entsprechend ihrer Fähigkeiten zu handeln.

Nach Sickendiek et al. (2008) ist Beratung zu verstehen als „(...) Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende(n) Person(en) die Ratsuchende(n) – mit Einsatz von kommunikativen Mitteln – dabei unterstützen, in bezug (!) auf eine Frage oder auf ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen. Die Interaktion richtet sich auf kognitive, emotionale und praktische Problemlösung und -bewältigung von KlientInnen oder Klientensystemen (Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Organisationen) sowohl in lebenspraktischen Fragen wie auch in psychosozialen Konflikten und Krisen“ (Sickendiek et al. 2008, 13).

In dieser Definition wird zunächst deutlich, dass es bei einer Beratung um die Interaktion von mindestens zwei Personen geht und nicht um das einseitige Agieren der Beraterin oder des Beraters. Beratung kann vor dem Auftreten von gravierenden Problemen einsetzen (präventiv), aber auch bei gerade bestehenden Schwierigkeiten (kurativ) oder bezüglich des Umgangs mit Folgen von Beeinträchtigungen (rehabilitativ) (vgl. Sickendiek et al. 2008, 13). Es geht dabei

optional um den Gewinn von Wissen, Orientierung oder auch darum, die Kompetenz zu entwickeln, selbst Lösungen für die Problematik zu finden. Nach Sickendiek et al. „zielt Beratung auf die (Wieder-)Herstellung der Bewältigungskompetenzen der KlientInnen selbst und ihrer sozialen Umwelt, ohne ihnen die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen. Beratung realisiert sich durch gemeinsame (Weiter-)Entwicklungen von Zustands- und Bedingungsanalysen, durch deren Interpretation und den Entwurf von Entscheidungs- und Handlungsperspektiven, wobei die ‚Perspektiven des Alltagswissens, des Handlungswissens und des analytischen Wissens‘ miteinander zu vermitteln sind“ (Sickendiek et al. 2008, 14). Deutlich wird, dass es im Beratungsgespräch darum geht, die Kompetenzen der Betroffenen (wieder)herzustellen und sie somit zu befähigen, an der Lösung der Probleme mitzuarbeiten.

Engel et al. (2012) verstehen Beratung als erweitertes Konzept in Abgrenzung zur häufig praktizierten Informationsweitergabe und somit als helfenden „Kommunikations- und Handlungsprozess“ (Engel et al. 2012, 25). Beratung stellt demnach ein „komplexes Geschehen zwischen Berater/innen und Ratsuchenden, deren sozialer Umwelt und den kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich auf das Geschehen auswirken, dar“ und gibt Orientierungs-, Entscheidungs-, Planungs- und Handlungshilfe (vgl. Engel et al. 2012, 25). Engel et al. unterscheiden zwischen einem ressourcen- und einem lösungsorientierten Beratungsverständnis. Bei der ressourcenorientierten Beratung sind die Ressourcen der Ratsuchenden zentral. Die Aufgabe der Beraterinnen und Berater ist es, die Handlungskompetenz der Patientinnen und Patienten oder der Angehörigen zu stärken, indem sie an den Stellen Hilfestellungen bieten und Defizite ausgleichen, an denen Ressourcen fehlen und dem Verlust weiterer Ressourcen vorzubeugen (vgl. Engel et al. 2012, 33–35; Wingenfeld 2011, 41). Die lösungsorientierte Beratung fokussiert hingegen die Lösung des Problems (vgl. Engel et al. 2012, 39). Nach Wingenfeld (2011, 41) ist dieses Beratungsverständnis besonders in Entscheidungssituationen relevant.

Schaeffer und Dierks (2012, 759) verstehen Beratung als besondere Form der „helfenden Kommunikation, die dazu dient, undurchschaubare und verwickelte Problemsituationen zu entflechten und dadurch Auswege aus individuell schwer lösbar erscheinenden Situationen sichtbar werden zu lassen, die der Ratsuchende bislang nicht zu erkennen vermochte“. Das Ziel der Beratung ist es demnach, Betroffene bei Problemen, die eigenständig nicht lösbar erscheinen oder auch in Krisensituationen dabei zu unterstützen, zu tragfähigen Bewältigungsstrategien zu gelangen. Durch eine Beratung werden Deutungs- und Orientierungshilfen zur Verfügung gestellt, mit Hilfe derer Betroffene ihre Situation einordnen und verstehen können. Des Weiteren unterstützt Beratung bei der Problemlösungssuche und bei der Umsetzung gemeinsam erarbeiteter Lösungsmöglichkeiten (vgl. Schaeffer & Dierks 2012, 759). Schaeffer und Dierks verstehen Beratung in Abgrenzung zur reinen Weitergabe von Informationen, auch wenn die Vermittlung von Wissen und Informationen im Beratungsprozess unterstützen. Ein wesentlicher Bestandteil der Beratung ist die Förderung von Handlungskompetenzen (vgl. Schaeffer & Dierks 2012, 759). Ratsuchenden sollen in einem Beratungsgespräch notwendige Informationen vermittelt werden. Zudem sollen sie dazu befähigt werden, gemeinsam mit der Beraterin oder dem Berater an Lösungen für die jeweilige Problematik zu arbeiten und so ihre Handlungskompetenzen zu erweitern.

Beratungsverständnis im Projekt „BegE“

Angelehnt an die vorangegangenen Definitionen wird das Beratungsverständnis im Projekt BegE folgendermaßen formuliert:

Unter Beratung ist im Rahmen des Projekts BegE ein dialogischer, interaktiver Prozess zwischen mindestens zwei Beteiligten zu verstehen. Beratungsgespräche innerhalb eines solchen Beratungsprozesses verlaufen strukturiert. Das Ziel ist es, die Problemlösungs- und Handlungskompetenz der pflegenden Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten in ihrer Lebenswelt zu fördern und deren Ressourcen zu stärken und zu erweitern, um so die Versorgung in der Übergangssituation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Häuslichkeit sicherzustellen. Dies gelingt im Prozess durch die Vermittlung von Wissen und Informationen sowie praktischer Fertigkeiten. Mögliche Bewältigungs- und/oder Lösungsstrategien werden gemeinschaftlich erarbeitet. Die Entscheidung, ob diese umgesetzt werden, liegt bei der ratsuchenden Person.

Schulung, Anleitung und Information

Da innerhalb eines Beratungsprozess weitere Interventionsstrategien miteinfließen, wird an dieser Stelle auf die für das Projekt „BegE“ relevanten Elemente Schulung, Anleitung und Information eingegangen. Anzumerken ist, dass sich diese im Beratungsprozess teilweise ergänzen, sich gegenseitig bedingen und es nicht immer möglich ist, sie zu trennen.

Schulung und Anleitung sind häufig synonym verwendete Begriffe, die zwar Gemeinsamkeiten aufweisen, aber doch zu unterscheiden sind. *Schulungen* beinhalten das Ermitteln des Lernbedarfs und der Lernbereitschaft von zu Schulenden sowie die Einleitung von Aktivitäten, die geeignet sind, eine Veränderung im Wissen oder im Verhalten zu erreichen (vgl. Thomas et al. 2005, 474). Ziel einer Schulung ist es, die Alltagskompetenz durch Wissen und Verstehen zu erhöhen und mittels einer geplanten Lernerfahrung, die sich auf pädagogisch-didaktische Erkenntnisse gründet, überprüfbare Lernziele zu erreichen. Es soll eine Verhaltensänderung durch Aneignen von Wissen und Erlernen bestimmter Fertigkeiten erreicht werden (vgl. Protz 2013, 659; Büker 2015, 34). Dagegen ist das Ziel einer *Anleitung*, zur eigenständigen Bewältigung von Alltagssituationen durch Vermittlung von Handlungskompetenzen oder technisch-instrumentellen Fertigkeiten zu befähigen. Anleitungen werden meistens für Einzelpersonen durchgeführt. Häufig stehen praktische Tätigkeiten wie z. B. das Spritzen von Insulin im Mittelpunkt einer Anleitung (vgl. Büker 2015, 34). Wie auch Schulungen erfolgen Anleitungen im Rahmen eines geplanten und reflektierten Lernprozesses, der mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe spezifische Lehr- und Lernziele verfolgt, didaktische und methodische Entscheidungsprozesse erfordert und normalerweise mit Instrumenten mit einer Lernzielkontrolle verknüpft ist (vgl. Ewers 2001, 5).

Information

Ziel einer Information ist es, vorhandenes Wissen zu erweitern, um bestehende Probleme zu lösen oder dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden. Es werden dazu Fakten, Daten und Erkenntnisse in unterschiedlicher Form bereitgestellt, um dann kommuniziert und mitgeteilt zu

werden. Spezifisch ist daran, dass sich die Informationsweitergabe durch relative Offenheit auszeichnet, aber geringe Steuerungs- und Kontrollmöglichkeit bietet. Deshalb ist es von besonderer Wichtigkeit, dass die Informationsinhalte individuell anschlussfähig sind. Das heißt, dass sie mit dem vorhandenen Wissen verknüpft werden und in das bestehende Wissensrepertoire aufgenommen werden können. Informationen werden zum einen schriftlich in Form von beispielsweise Broschüren oder Büchern, zum anderen mündlich bei Informationsgesprächen, Telefonaten oder auch durch Filme bereitgestellt (vgl. Wingenfeld 2011, 37–39).

Die Interventionsstrategien werden wie folgt von Zegelin-Abt (2003, 105–108) zusammengefasst: „die Information [...] ist durch ihren unidirektionalen Weg gekennzeichnet und wird gezielt übertragen. Beratung ist ein ergebnisoffener dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird. Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Unter der Anleitung versteht man die strukturierte Vermittlung ergebnisorientierter Fertigkeiten“.

2.2.1 Der Personenkreis der Angehörigen

Im Projekt BegE steht die Unterstützung der pflegenden Angehörigen von geriatrischen Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Als Angehörige werden im Projekt alle Personen gesehen, die zum primären Netzwerk des Pflegeempfängers gehören. Dieses Netzwerk zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht formal organisiert ist und sich über Normen und Werte strukturiert. Die Mitglieder haben ein geringes Maß an faktischer Selbstbestimmung aufgrund von starken sozialen und emotionalen Bindungen sowie kulturellen Normen und Werten (vgl. Elsbernd & Hohloch 2010, 46–51). Vorrangig handelt es sich dabei normalerweise um familiäre bzw. verwandtschaftliche Beziehungen, jedoch können auch andere private Kontakte wie beispielsweise Personen aus dem Freundeskreis oder der Nachbarschaft zum Kreis der Angehörigen gehören.

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die Angehörigen weitgehend unentgeltlich vielfältige Tätigkeiten in Versorgung und Pflege übernehmen, die verschiedene Lebensbereiche der Pflegeempfängerinnen und -empfänger tangieren. Es wird dabei folgende Beschreibung der Angehörigen zugrunde gelegt:

Informal caregivers can be defined as those individuals who provide extraordinary, uncompensated care, predominantly in the home. The role, carried out primarily by family members, involves committing significant amounts of time and energy over month and years, and requires the performance of tasks that may be physically, emotionally, socially, and financially demanding (Chu et al. 2000 in Thompson et al. 2007, 2).

Hier wird auch aufgezeigt, dass die Aufgaben von den Angehörigen längerfristig ausgeführt werden und dies häufig mit einem hohen Engagement verbunden ist. Auch wenn dies teilweise ebenso auf sogenannte 24-Stunden-Pflegekräfte zutrifft, werden sie im Projekt nicht als Angehörige gesehen, da die Merkmale des primären Netzwerks nicht auf sie zutreffen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass folgende Merkmale der pflegenden Angehörigen im Rahmen des Projektes BegE charakteristisch sind:

- Die Angehörigen gehören zum primären Netzwerk der Patientin bzw. des Patienten.
- Die Ausrichtung der Tätigkeiten und übernommenen Aufgaben kann sehr unterschiedlich sein und verschiedene Lebensbereiche der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger tangieren.
- Das Engagement besteht längerfristig, d. h. seitens der Angehörigen besteht die Bereitschaft, über mehrere Wochen bzw. Monate die Pflegeempfängerin bzw. den Pflegeempfänger zu unterstützen

2.2.2 Die Begriffe „Übergang“ und „Transition“

Im Allgemeinen werden Übergänge als Lebensereignisse bezeichnet, die für die Betroffenen bedeutsame Veränderungen mit sich bringen. In der neueren Forschung werden Übergänge als Transitionen bezeichnet, um darauf zu verweisen, dass es sich um ein wissenschaftlich fundiertes entwicklungs- und familienpsychologisches Konzept handelt, das sich vom alltagssprachlichen Übergangsbegriff unterscheidet (vgl. Niesel, Griebel & Netta 2008, 10–11).

Vor allem Meleis, Schumacher und Selder haben sich ausführlich mit dem Konzept auseinandergesetzt. Selder führt in diesem Zusammenhang den Begriff der Realität ein und definiert den Beginn eines Übergangs folgendermaßen: „Life transition ist initiated, when a person`s reality is disrupted“ (Selder 1989 in Wingenfeld 2005, 149). Als „Realität“ werden die äußeren Lebensumstände, aber auch Aspekte wie Sinnggebung, Bedeutung und Wertvorstellungen definiert. Innerhalb seiner gegebenen objektiven Strukturen und Rahmenbedingungen entscheidet der Einzelne, was zu seiner Realität gehört und was nicht (vgl. Selder 1989 in Wingenfeld 2005, 149).

Meleis und Schumacher gehen davon aus, dass Transitionen ungeachtet ihrer Verschiedenartigkeit einige wichtige Gemeinsamkeiten und universale Merkmale aufweisen: Auslöser einer Transition ist ein *signifikantes* Ereignis, in dessen Folge neue Bewältigungsanforderungen entstehen. Dieses Ereignis kann entwicklungs- oder situationsbedingt sein oder gesundheits-/krankheitsbedingt (vgl. Meleis 1999, 187–190). Die neuen Anforderungen erstrecken sich vor allem auf das Erfordernis veränderter Handlungsstrategien, der Entwicklung neuer Fähigkeiten im Kontext alltäglicher Lebensaktivitäten sowie der Anpassung sozialer Beziehungen und Rollen. Ein weiteres Merkmal ist die *zeitliche Dimension* von Transitionen, denn es handelt sich um Prozesse, die einen mehr oder weniger klar bestimmbareren Anfangs- und Endpunkt besitzen und über einen längeren Zeitraum anhalten. Die Übergangsphase ist gekennzeichnet durch Experimentieren mit veränderten Handlungsstrategien und verschiedenen Reaktionsmustern. Dadurch vollziehen sich im Verlauf einer Transition wesentliche Veränderungen der Lebenssituation. Sie betreffen nicht nur die Individuen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld. Es handelt sich dabei vor allem um Veränderungen der Identität, sozialen Rollen, Beziehungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen (vgl. Schumacher et al. 1999 in Wingenfeld 2005, 149).

In Bezug auf das Erleben des Übergangs bei Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zeigen Forschungsergebnisse ein sehr heterogenes Bild. Es können jedoch häufig vorkommende

Muster des Erlebens und des Umgangs mit Problemen und Anforderungen des Übergangs identifiziert werden:

1. Verlusterfahrungen: Unter anderem wird von einem Verlust sozialer Rollen und Beziehungen berichtet, weshalb deren Anpassung für die Aufrechterhaltung von Stabilität im häuslichen Setting einen hohen Stellenwert hat (vgl. Wingenfeld 2005, 122).
2. Unsicherheiten: Unsicherheiten lassen sich auf zwei Ebenen verorten. Zum einen können diese in Bezug auf die *Deutung und Bedeutung von Ereignissen und Prozessen* bestehen. Beispiele hierfür sind Unsicherheiten bezüglich des Verständnis der Erkrankung und deren Symptome, möglichen Komplikationen sowie der zeitlichen Dimension der Rekonvaleszenz oder Unsicherheiten bezüglich des Verständnis von emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten (vgl. Wingenfeld 2005, 124, 162).

Desweiteren werden Unsicherheiten auf der Ebene der *Handlungsorientierung* identifiziert. Beispiele dafür sind Unklarheiten oder Unsicherheiten bei der Einnahme von Medikamenten oder bei der Einhaltung von Ernährungsvorschriften, bei der Durchführung von Pflege/Selbstpflege, bei der Fähigkeit, Versorgungsanforderungen bewältigen zu können oder in Bezug auf eine adäquate Reaktion auf akute Komplikationen bzw. richtiges Verhalten in Notsituationen (vgl. Wingenfeld 2005, 124–125).

Im Projekt BegE wird die Krankenhauseinweisung als signifikantes Ereignis gesehen, das den Übergang auslöst. Häufig ist es dadurch erforderlich, das bisherige Pflegearrangement zu überdenken und ggf. zu optimieren bzw. die häusliche Versorgung neu zu organisieren. Die dabei erforderlichen Anpassungen der Handlungsstrategien und Rollen sowie die Entwicklung neuer Fähigkeiten sollen durch Beratungsaktivitäten unterstützt werden. Da im Projekt BegE die Angehörigen unterstützt werden, die im häuslichen Umfeld Patientinnen und Patienten pflegen und versorgen, bei denen kein ambulanter Pflegedienst beauftragt ist, kann als Beginn der Übergangszeit nicht das auslösende Ereignis (Krankenhauseinweisung) festgelegt werden, sondern der Zeitpunkt, zu dem bekannt wird, dass die Patientin bzw. der Patient ins häusliche Setting entlassen wird, ohne dass ein ambulanter Dienst eingeschaltet wird. Dabei muss der konkrete Entlassungstermin noch nicht festgelegt sein. Die Übergangszeit endet zehn Tage nach dem tatsächlichen Entlassungstag, da davon ausgegangen wird, dass in diesem Zeitrahmen zu Themen, die im Zuge des Krankenhausaufenthaltes aufkommen, ausreichend beraten, geschult oder angeleitet werden kann, sodass die Angehörigen die für sie derzeit wichtigsten Fragestellungen in Hinblick auf die häusliche Pflege bearbeiten können. Gleichzeitig ist der zeitliche Rahmen für die Klinikorganisation so gewählt, dass eine Beratung nach der Entlassung ins häusliche Setting praktisch umsetzbar ist. Besteht über die Übergangszeit hinaus Beratungsbedarf, kann auf entsprechenden Anlaufstellen verwiesen bzw. ein Kontakt hergestellt werden.

Obwohl bekannt ist, dass es sich beim Übergangs- bzw. Transitionsbegriff um ein theoretisch fundiertes Konzept handelt, wird im Rahmen des Projektes BegE vorrangig im Folgenden zur Vereinfachung und zum besseren Verständnis der Begriff des Übergangs verwendet.

2.3 Bedarfserhebung im Rahmen des Projektes

Zu Beginn der Laufzeit des Projektes BegE wurde eine Erhebung des Beratungsbedarfs vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet. Dadurch sollen Erkenntnisse zu Beratungsinhalten und Einblicke in die Lebenssituation der Angehörigen gewonnen werden. Im Vorfeld der Erhebung wurde ein Ethikvotum der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft eingeholt.

„Beratungsbedarf“ wird im Projekt folgendermaßen definiert: Der Beratungsbedarf beschreibt den Wunsch der betroffenen Personen, sich im Verlauf einer Beratung Kenntnisse anzueignen, um mit Anforderungen oder bestimmten Situationen (besser) umgehen zu können (vgl. Orem in Schaeffer & Wingenfeld 2011, 32).

Für die Befragung wurde ein Fragebogen sowie eine Verfahrensanweisung entwickelt (vgl. Anlagen 2 und 3). Grundlage für die Entwicklung des Befragungsinstruments war hauptsächlich eine empirische Arbeit von Gittler-Hebestreit (2006), in der drei Beratungsschwerpunkte herausgearbeitet wurden. Diese haben folgende Systematik (vgl. Gittler-Hebestreit 2006, 64):

1. Alltagsbezogene Beratungsschwerpunkte: Inhalte sind in diesem Schwerpunkt die Sicherung finanzieller Grundlagen, Alltagsgestaltung und Alltagsroutinen, Pflegeumfeldgestaltung und Wohnraumanpassung, informelle Unterstützungssysteme sowie ergänzende Dienste.
2. Krankheits- und pflegebezogene Beratungsschwerpunkte: Inhalte in diesem Schwerpunkt sind Perspektiven der Pflegeübernahme, Pflegefertigkeiten und Pflegeprävention, spezielle Versorgungsanforderungen, professionelle Unterstützungssysteme, Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch, Gesundheitsstatus und Perspektiven sowie die Symptomwahrnehmung und das Symptommanagement.
3. Psychosoziale und biografiebezogene Beratungsschwerpunkte: Inhalte in diesem Schwerpunkt sind die Gestaltung der Pflegebeziehung, belastungsmindernde Verhaltensweisen, Sicherung sozialer Beziehungen, Anpassung der Lebensgestaltung sowie die Wahrnehmung und Bewältigung von Krisen.

Der Fragebogen zur Bedarfserhebung ist folgendermaßen aufgebaut:

1. Offene Eingangsfrage: Zu Beginn des Gesprächs hatten die Angehörigen Gelegenheit, ohne Vorgaben ihre Fragen oder Sorgen in Hinblick auf die Entlassung zu äußern.
2. Einschätzung der Wichtigkeit von Beratungsschwerpunkten: Hier wurden die Angehörigen gebeten, auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen, welche Bedeutung der jeweilige Beratungsschwerpunkt hat („1“ bedeutet, das Thema ist überhaupt nicht wichtig; „4“ bedeutet, das Thema ist sehr wichtig).
3. Soziodemografische Daten der Angehörigen und der Patientinnen bzw. Patienten (beim Angehörigen erfragt), sowie Daten, die von der Projektmitarbeiterin aus dem Patientenblatt entnommen wurden.

Der Fragebogen wurde im Gespräch mit dem Angehörigen von einer Projektmitarbeiterin ausgefüllt. Zur Befragung kontaktierte die Projektmitarbeiterin die Angehörigen persönlich auf

Station und vereinbarte ggf. ein Termin zur Befragung. Darüber hinaus erhielten die Angehörigen auch schriftliche Informationen zum Projekt und zum Hintergrund der Befragung sowie eine Einverständniserklärung (vgl. Anlagen 4 und 5). Diese musste vor dem Gespräch vom Angehörigen und von der Patientin bzw. vom Patient unterschrieben vorliegen. Die Befragung fand in den Räumlichkeiten des Paul-Lechler-Krankenhauses im Zeitraum zwischen Mai und Dezember 2015 statt. Es konnten insgesamt 47 Angehörige befragt werden. Diese Stichprobengröße war für eine Studie mit explorativem Charakter ausreichend. Das heißt, vorrangig ging es bei der Bedarfserhebung darum, sich dem Forschungsgebiet zu nähern und erste Einblicke in das Thema zu erhalten und weniger darum, repräsentative Aussagen machen zu können.

Ergebnisse aus der offenen Eingangsfrage

Zur Auswertung der offenen Eingangsfrage wurde die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Dabei wurden die gegebenen Antworten anhand eines vorgegebenen Kategoriensystem inhaltlich strukturiert (vgl. Mayring 2008, 58; Mayring & Brunner 2010, 327–328). Grundlage für die Strukturierung sind Erkenntnisse aus Studien, die zum Ziel haben, das Erleben des Übergangs bei Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen zu erforschen (siehe auch Kapitel 2.2.2). Unter anderen werden hier verschiedene Ebenen beschrieben, auf denen das Gefühl der Unsicherheit besteht. Da die offene Eingangsfrage auf die Sorgen und Fragen der Angehörigen abzielt, werden diese zur Auswertung herangezogen:

1. Ebene der Deutung und Bedeutung von Ereignissen und Prozessen (z. B. Verständnis bezüglich der Erkrankung und deren Symptome, Symptomentwicklung)
2. Ebene der Handlungsorientierung (z. B. Einnahme von Medikamenten, Durchführung von Pflege) (vgl. Wingenfeld 2005, 122–124)

Als Ergebnis zeigt sich, dass bei den Angehörigen vorrangig Unsicherheiten auf der *Ebene der Handlungsorientierung* zu finden sind. Dabei gibt es sehr häufig Fragen bezüglich der Bewältigung von Versorgungsanforderungen (z. B. bezüglich der Beantragung einer Pflegestufe, der Anpassung des Wohnraumes, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, der Organisation einer 24-Stunden-Pflege und weiterer Unterstützung, Alltagsunterstützung sowie bezüglich Beschäftigungsmöglichkeiten für die Patientin bzw. den Patienten). Häufig bestehen auch Unsicherheiten in Hinblick auf technisch-instrumentelle Aspekte der Pflege (z. B. Durchführung der Körperpflege, Hilfestellung bei der Ausscheidung, Mobilisation oder Durchführung eines Verbandswechsels). Vereinzelt wurden auch folgende Themen genannt, die auf der Ebene der Handlungsorientierung Unsicherheiten bei den Angehörigen auslösen:

- Reaktion auf akute Komplikationen und Verhalten in Notsituationen (z. B. „Anlaufstellen“ und Ansprechpartner, Handlungsanweisungen für den Notfall)
- Möglichkeiten der Minimierung des Risikos von Komplikationen (z. B. Hausnotruf, Ansprechpartner)
- Einnahme von Medikamenten und die Einhaltung von Ernährungsvorschriften (z. B. Insulingabe, Ernährung bei Diabetes, Anforderungen der Medikation/Generika, Sauerstoffgabe)

- Anpassung von Verhaltensweisen an den gesundheitlichen Status (z. B. Diabetesmanagement)

Auf der Ebene der Deutung und Bedeutung von Ereignissen und Prozessen wurden häufig Unsicherheiten bezüglich emotionaler Reaktionen und Verhaltensweisen/ -änderungen der Patientin bzw. des Patienten geäußert (z. B. Aggressivität, Vergesslichkeit, „Sturheit“). Des Weiteren gibt es bei den Angehörigen vereinzelt in Hinblick auf folgende Themen Unklarheiten:

- Verständnis in Hinblick auf die Erkrankung und deren Symptome
- Voraussichtliche Symptomentwicklung, mögliche Komplikationen sowie die zeitliche Dimension der Rekonvaleszenz
- Nachvollziehbarkeit von Handlungs- und Entscheidungsstrukturen bei den professionellen Akteuren (z. B. Klärung von Ansprüchen aus der Kranken- und Pflegeversicherung)

Ergebnisse aus der Einschätzung der Wichtigkeit der Beratungsschwerpunkte

Die Bewertung der Wichtigkeit der Beratungsschwerpunkte wurde deskriptiv mit Hilfe von Excel ausgewertet.

Es zeigt sich, dass der Block mit den „krankheits- und pflegebezogenen Beratungsschwerpunkten“ (Block B) mit einem Mittelwert von 2,57 insgesamt am wichtigsten eingeschätzt wird. Allerdings befindet sich in diesem Block auch das Item, dem mit einem Mittelwert von 1,84 am wenigsten Wichtigkeit beigemessen wird (Orientierungshilfen, Frage B2). Folgende Items werden bei der Befragung am wichtigsten bewertet:

- Gesundheitsstatus und Perspektiven (B1, Mittelwert 2,74)
- Wahrnehmung und Management von Symptomen der Erkrankung (B3, Mittelwert 2,85)
- Pflegetechniken und Prävention (B4, Mittelwert 2,77)
- Perspektiven der Pflegeübernahme (B5, Mittelwert 2,81)

Die Wichtigkeit von Block A „Alltagsbezogene Beratungsschwerpunkte“ erreicht einen Mittelwert von 2,4. In diesem Block werden folgende zwei Items am wichtigsten beurteilt:

- Sicherung finanzieller Grundlagen (A1, Mittelwert 2,70)
- Organisation von Diensten, die die häusliche Versorgung ergänzen (A6, Mittelwert 2,64)

Dem Item „rechtliche Aspekte“ (A2) wird mit einem Mittelwert von 2,09 insgesamt am zweitwenigsten Bedeutung beigemessen.

Block C „Psychosoziale und biografiebezogene Beratungsschwerpunkte“ wird insgesamt am wenigsten wichtig eingeschätzt (Mittelwert 2,34). In diesem Block wird das Item „Verhaltensweisen zur Reduzierung von Belastungen“ als am wichtigsten beurteilt (C2, Mittelwert 2,57). Abbildung 1 fasst die Mittelwerte der drei Befragungsblöcke insgesamt sowie der einzelnen Items zusammen:

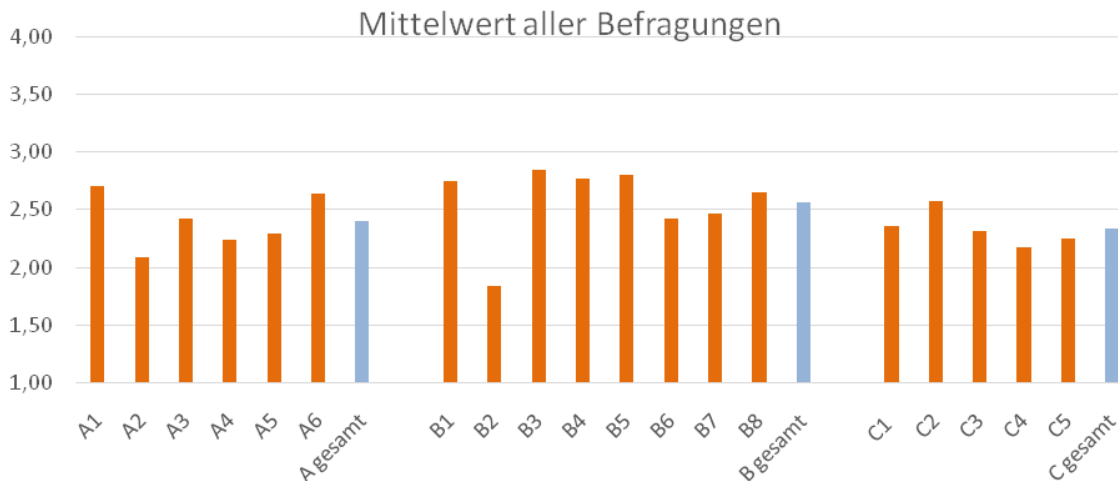


Abbildung 1: Zusammenfassende Darstellung der Mittelwerte aus der Bedarfserhebung

Bei einer Darstellung der Verteilung der einzelnen Einschätzungswerte zeigt sich eine bimodale Häufigkeitsverteilung (Abbildung 2). Hiervon lässt sich ableiten, dass die Angehörigen eindeutige Aussagen in Hinblick auf die Wichtigkeiten machen, d.h. diese entweder als „sehr wichtig“ (=4) oder „überhaupt nicht wichtig“ (=1) beurteilt werden.

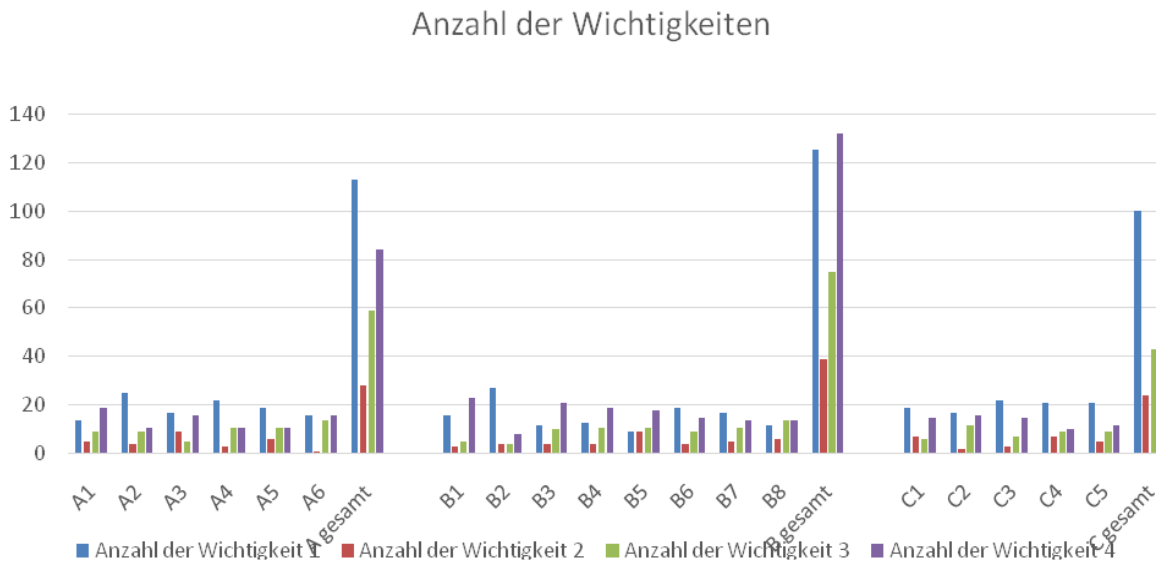


Abbildung 2: Bimodale Häufigkeitsverteilung der einzelnen Items und der drei Blöcke insgesamt

Um herauszufinden, ob es Zusammenhänge bei der Beurteilung der einzelnen Items gibt, wurden Korrelationen berechnet (Abbildung 3). Hierbei konnte festgestellt werden, dass einige positive

Korrelationen vorhanden sind („wenn Item X als wichtig angesehen wird, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Item Y als wichtig angesehen“). Negative Korrelationen lassen sich allerdings nicht feststellen („wenn Item X als wichtig angesehen wird, wird Item Y mit hoher Wahrscheinlichkeit als unwichtig beurteilt“). Starke positive Korrelationen bestehen zwischen folgenden Items:

- Gestaltung des Pflegeumfeldes und Wohnraumanpassung / Sicherung sozialer Beziehungen (A4 / C3)
- Gestaltung des Pflegeumfeldes und Wohnraumanpassung / Anpassung der Lebensgestaltung (A4 / C4)
- Organisation von informellen Unterstützungssystemen / Organisation von Diensten, die die häusliche Versorgung ergänzen (A5 / A6)
- Organisation von Diensten, die die häusliche Versorgung ergänzen / Professionelle Entlastungsmöglichkeiten (A6 / B8)
- Gesundheitsstatus und Perspektiven / Wahrnehmung und Management von Symptomen der Erkrankung (B1 / B3)
- Pflege Techniken und Prävention / Perspektiven der Pflegeübernahme (B4 / B5)
- Pflege Techniken und Prävention / Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch (B4 / B7)
- Starke Korrelationen im C-Block, insbesondere bei den Items C3, C4 und C5 (Sicherung sozialer Beziehungen / Anpassung der Lebensgestaltung / Wahrnehmung und Bewältigung von Krisen)

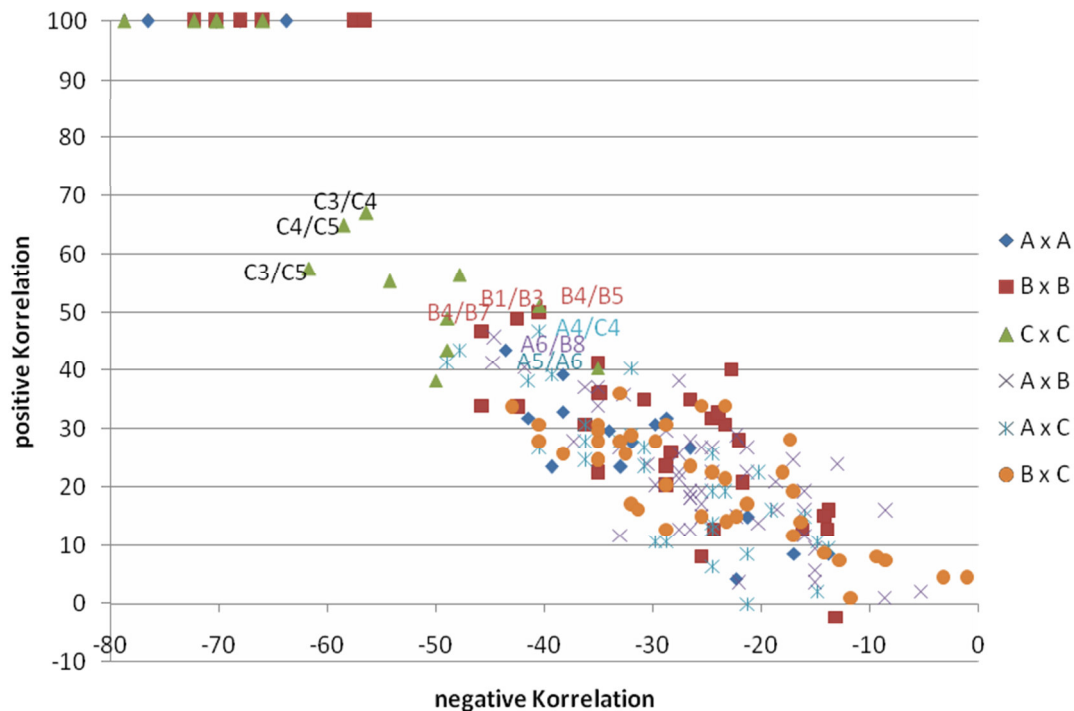


Abbildung 3: Zusammenfassende Darstellung der Korrelationen zwischen den einzelnen Items Ergebnisse der Auswertung der soziodemografischen Daten

Insgesamt konnten bei der Bedarfserhebung 47 Angehörige befragt werden, davon 39 Frauen und 8 Männer. Zumeist handelt es sich dabei um die Kinder der Patientinnen bzw. Patienten oder Schwiegerkinder (70 % bzw. 33 Personen). Das Durchschnittsalter beträgt 60 Jahre (Abbildung 4). 26 von 46 Angehörigen⁴ (57%) sind erwerbstätig mit durchschnittlich 15 Wochenstunden.

⁴ Teilweise wurde der Fragebogen nicht von allen 47 Befragten vollständig ausgefüllt. In diesem Fall wird die Anzahl der angegebenen Antworten mit angegeben.

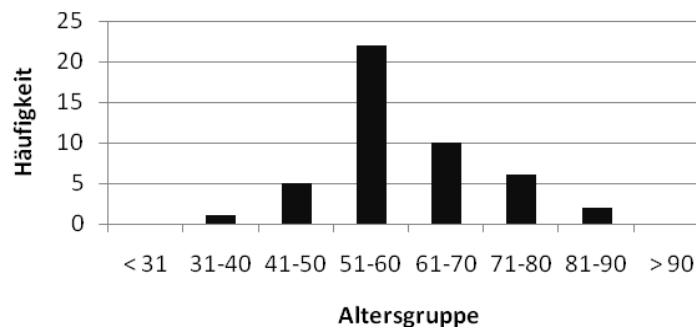


Abbildung 4: Darstellung der Altersgruppen unter den befragten Angehörigen

In Hinblick auf die Wohnsituation vor dem stationären Aufenthalt zeigt sich, dass 19 von 47 Patientinnen bzw. Patienten alleine leben. Für zwei dieser alleine lebenden Patientinnen bzw. Patienten ist geplant, nach dem Krankenhausaufenthalt die Situation zu ändern. Für die meisten Patientinnen bzw. Patienten war bereits vor der Einweisung in die Klinik eine Versorgung und/oder Pflege durch die Angehörigen notwendig, im Durchschnitt bereits seit vier Jahren. Dieser relativ hohe Wert kommt allerdings durch einige „Ausreißer“ zustande (Abbildung 5).

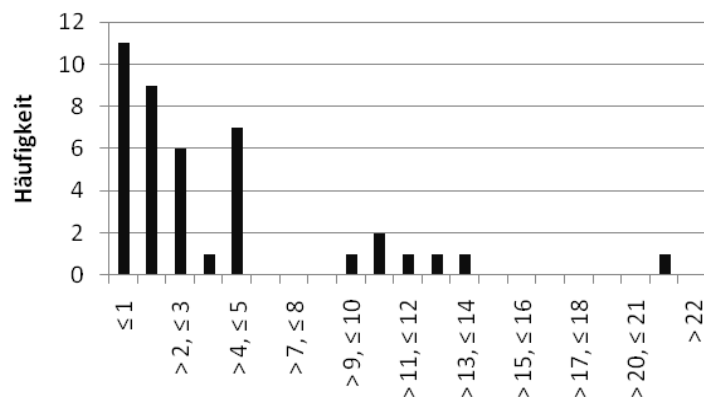


Abbildung 5: Darstellung der Dauer der prästationären Pflege / Versorgung durch die Angehörigen

28 von 41 Angehörigen geben an, dass sie dabei alleine die Organisation und/oder Koordination der Pflege übernommen haben. 12 von 35 Angehörigen haben die „eigentliche“ Pflege und Versorgung der Patientin bzw. des Patienten alleine durchgeführt, im Durchschnitt mit 14 Wochenstunden. Von diesen Angehörigen sind 24 (von 38) erwerbstätig mit durchschnittlich 17 Wochenstunden. Ein Angehöriger (von 27) war mindestens 20 Wochenstunden in die aktive Pflege involviert und mindestens 20 Wochenstunden erwerbstätig. 12 von 39 Angehörigen, die aktiv pflegend bzw. versorgend tätig sind, leiden selbst unter einer oder mehreren Erkrankungen, die sich auf ihren Alltag auswirkt. Bei etwa einem Viertel der Patientinnen und Patienten ist vor und auch voraussichtlich nach dem stationären Aufenthalt ein Dienstleister in das

Pflegearrangement involviert (unter anderem 24-Stunden-Kräfte, Haushaltshilfen). Für einen Großteil der Patientinnen und Patienten (39 von 47) ist nach dem Klinikaufenthalt eine Pflege und / oder Versorgung durch die Angehörigen nach dem Krankenhausaufenthalt sehr wahrscheinlich notwendig. In diesen Fällen geben 14 von 39 der Angehörigen an, dass sie die aktive Pflege bzw. Versorgung alleine durchführen werden.

In Hinblick auf die soziodemografischen Daten der Patientinnen und der Patienten zeigt sich, dass diese die Kriterien von geriatrischen Patientinnen und Patienten erfüllen⁵. So beträgt das Durchschnittsalter 84 Jahre (Abbildung 6). Die 47 Patientinnen und Patienten teilen sich in 29 Frauen und 18 Männer auf.

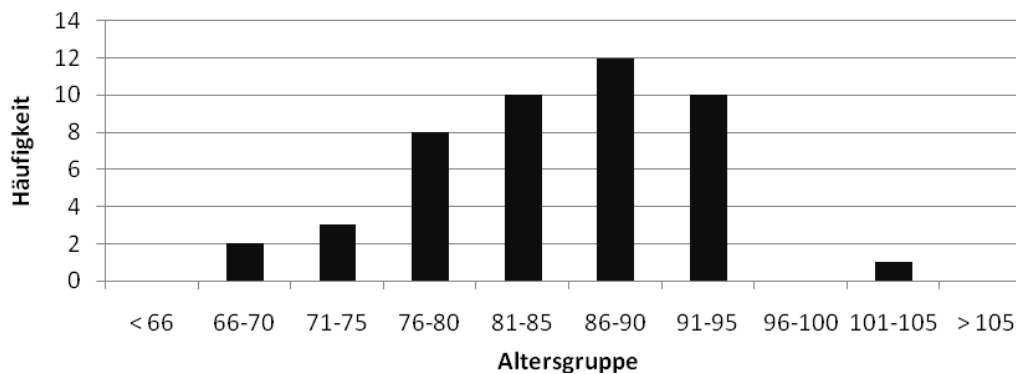


Abbildung 6: Verteilung der Altersgruppen bei den Patientinnen und Patienten

Zudem weist der Patientenkreis eine geriatritypische Multimorbidität auf, da im Durchschnitt für jede Patientin bzw. jeden Patienten zehn abrechnungsrelevante Diagnosen angegeben sind. Dabei sind am häufigsten Diagnosen aus Kategorie I („Krankheiten des Kreislaufsystems“, 113 mal) und Kategorie E („Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“, 71 mal). Innerhalb der Kategorie I ist die Diagnose „Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ (I50.01, 17 mal) am häufigsten. Am zweithäufigsten wurde eine „benigne essentielle

⁵ Hier werden die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zugrunde gelegt. Geriatrischen Patientinnen und Patienten sind definiert durch

1. geriatritypische Multimorbidität
2. höheres Lebensalter (meist über 70 Jahre) (die geriatritypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen) *oder*

1. Alter über 80 Jahre, wegen der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen
2. der Gefahr der Chronifizierung
3. des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

(vgl. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2016, 1)

Hypertonie“ diagnostiziert“ (I10.00, 13 mal). Abbildung 7 gibt einen Überblick über die häufigsten abrechnungsrelevanten Diagnosen:

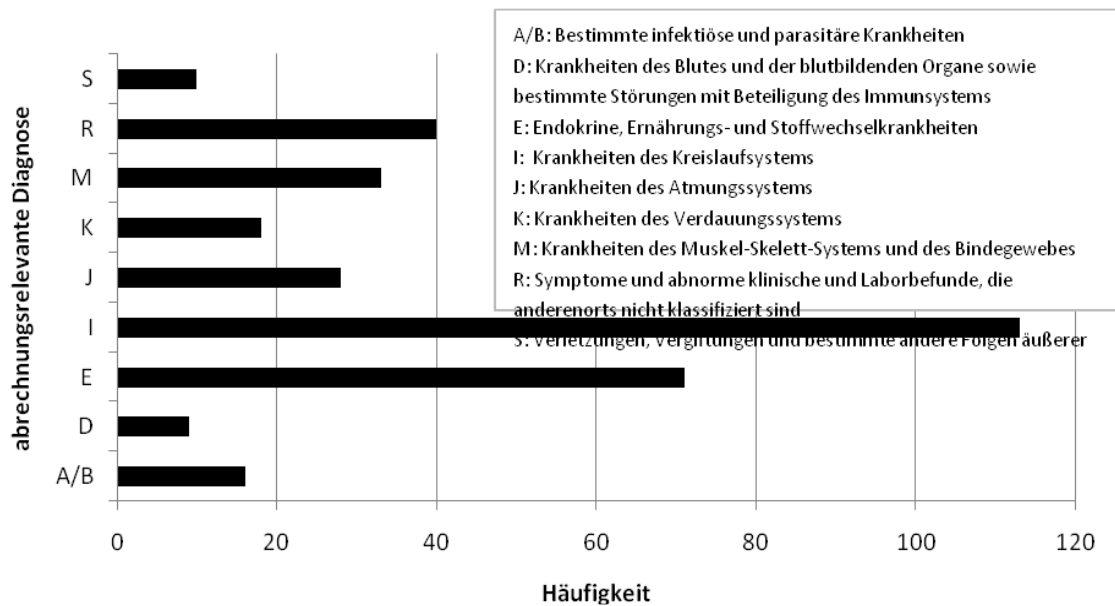


Abbildung 7: Häufigkeiten der abrechnungsrelevanten Diagnosen der Patientinnen und Patienten

Als Einweisungsdiagnosen kommen bei den Patientinnen und Patienten am häufigsten Diagnosen aus der Kategorie R vor („Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“, 18 mal). Am häufigsten sind dabei die Diagnosen R 53 („Unwohlsein und Ermüdung“, 5 mal) und R 50.9 („Fieber“, 4 mal). Abbildung 8 gibt einen Überblick zu den Kategorien der Einweisungsdiagnosen.

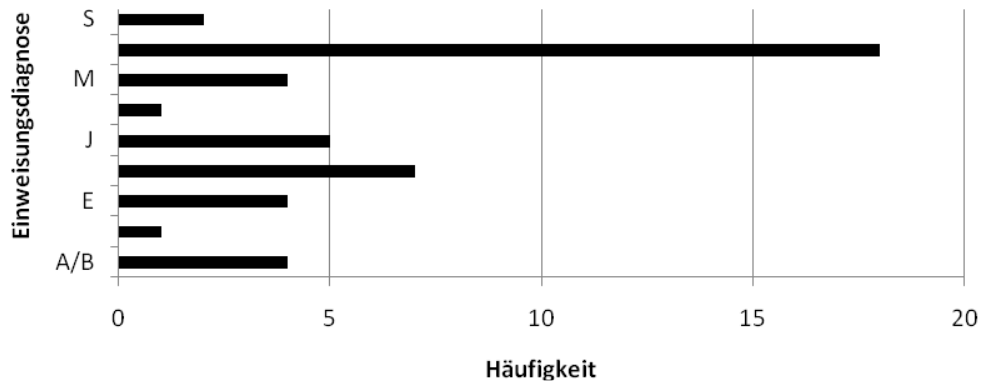


Abbildung 8: Häufigkeiten der Einweisungsdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Eine Betrachtung des Barthel-Index zeigt, dass bei einem Großteil eine Einschränkung der Alltagsfähigkeiten der Patientinnen und Patienten besteht (Abbildung 9). Der durchschnittliche Barthel-Index beträgt 60 Punkte.

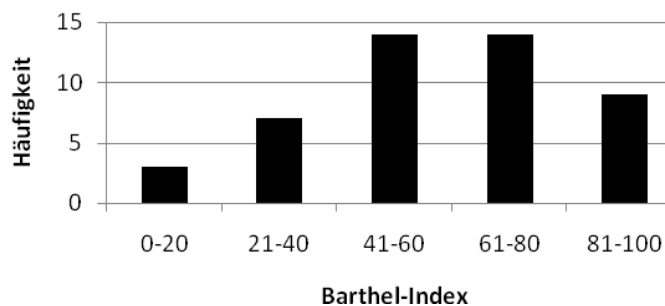


Abbildung 9: Verteilung der Punkte des Barthel-Index bei den Patientinnen und Patienten

17 von 46 Patientinnen und Patienten haben bereits eine Pflegestufe. Dabei kommt am häufigsten Pflegestufe 2 vor (8 mal), gefolgt von Pflegestufe 1 (7 mal). Zweimal wurde in Pflegestufe 0 eingestuft. Bei drei Patientinnen und Patienten ist eine Pflegestufe beantragt.

Fazit der Bedarfserhebung

Die Ergebnisse aus der Bedarfserhebung geben Hinweise darauf, dass bei einem Großteil der Angehörigen eine Beratung zu krankheits- und pflegebezogenen Themen während der Übergangszeit wichtig erscheint. Relevant sind dabei insbesondere die Themen

- Gesundheitsstatus und Perspektiven (z. B. Verstehen der Krankheit und des Verlaufs, Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Einschränkungen)
- Wahrnehmung und Management von Symptomen der Erkrankung (z. B. Umgang mit krankheitsbedingten körperlichen Veränderungen, Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensänderungen, Notfallmanagement)
- Pflegetechniken und Prävention (z. B. zu allgemeinpflegerischen Handlungen, Vermeidung von Pflegefehlern, Anwendung von Prophylaxen) sowie
- Perspektiven der Pflegeübernahme (z. B. Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Pflege und alternative Versorgungsmöglichkeiten)

Durch die Antworten aus der offenen Eingangsfrage kann das Ergebnis aus dem quantitativ ausgewerteten Teil der Befragung bestätigt werden, nämlich dass den pflegebezogenen Beratungsschwerpunkten eine große Bedeutung beigemessen wird. Zusätzlich zeigen die Antworten der Eingangsfrage, dass die Bewältigung von Versorgungsanforderungen ein weiteres wichtiges Thema für die Angehörigen darstellt. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass aufgrund der geäußerten Unsicherheiten in Hinblick auf emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen/ -änderungen bei den Patientinnen und Patienten ein weiterer Beratungsinhalt sein könnte, Angehörige dabei zu unterstützen, mehr Verständnis bezüglich bestimmter emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen der Patientin bzw. des Patienten zu entwickeln. Auch diese Erkenntnis überschneidet sich mit dem Ergebnis aus dem quantitativen Teil, wo B3 („Wahrnehmung und Management von Symptomen der Erkrankung“) als ein bedeutender Beratungsinhalt eingestuft wird. Im quantitativen Teil der Befragung ließen sich einige positive Korrelation zwischen den Items feststellen. Diese können möglicherweise im Beratungsgespräch genutzt werden, wenn Beratungsbedarf zu einem bestimmten Thema geäußert wird, nachzufragen, ob zu korrelierenden Thema auch Beratungsbedarf besteht.

Eine weitere wesentliche Erkenntnis aus der Bedarfserhebung ist, dass pflegende Angehörige weitgehend in der Lage sind, die Themen und Fragen, die sie in der Übergangszeit beschäftigen, selbst zu formulieren. Hinweise darauf geben die offene Eingangsfrage, die zumeist ohne Schwierigkeiten beantwortet werden konnte sowie die bimodale Verteilung der Wichtigkeitswerte. Dies zeigt wiederum, dass eine Abstimmung mit den Angehörigen über Beratungsinhalte von großer Bedeutung ist.

2.4 Dokumentenanalyse (studentisches Projekt)

Im Zeitraum von Oktober 2015 bis Juli 2016 bearbeitete eine studentische Projektgruppe der Hochschule Esslingen im Rahmen der Studiengänge Bachelor of Arts (B.A.) Pflegemanagement und Pflegepädagogik mit dem Schwerpunkt „Pflegewaterwissenschaft in der Praxis“ die Fragestellung, welche Beratungsanlässe sich aus der Perspektive der Pflegefachkräfte ergeben. Dieser

Projektauftrag entstand aus der Überlegung, dass zu Beginn des Projekts anhand eines Fragebogens der Beratungsbedarf aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen ermittelt wurde, jedoch die Sichtweise der Pflegefachkräfte bisher fehlte. Ziel des studentischen Projekts ist deshalb, eine praxisorientierte Darstellung der Unterschiede bzw. Übereinstimmungen zwischen dem Beratungsbedarf der Angehörigen (Befragungsergebnisse Studie `BegE`) und den dokumentierten Beratungsanlässen der professionell Pflegenden zu erarbeiten.

Beratungsanlässe entstehen unter anderem aus bestimmten Phänomenen im Pflegeprozess, die professionelle Pflegenden zu einer Intervention, der Beratung, veranlassen. Pflegephänomene wiederum können als Prozesse, Zeichen oder Ereignisse im Pflegegeschehen beschrieben werden, die sowohl für Pflegenden, als auch für Betroffene selbst wahrnehmbar sind und die als Pflegeproblem und Grund für eine Intervention erkannt werden (vgl. Braun et al. 2016, 27–28).

Als Methodik wird eine Dokumentenanalyse gewählt, bei der die Pflegedokumentation mit Hilfe eines dafür entwickelten Instruments analysiert wird. Insgesamt wurden 47 Pflegedokumentationen durch die Studierenden untersucht. Durch die darauffolgende Auswertung der Dokumentenanalyse kristallisieren sich zentrale Pflegephänomene heraus (Abbildung 10), die sich wiederum als Beratungsanlässe identifizieren lassen:

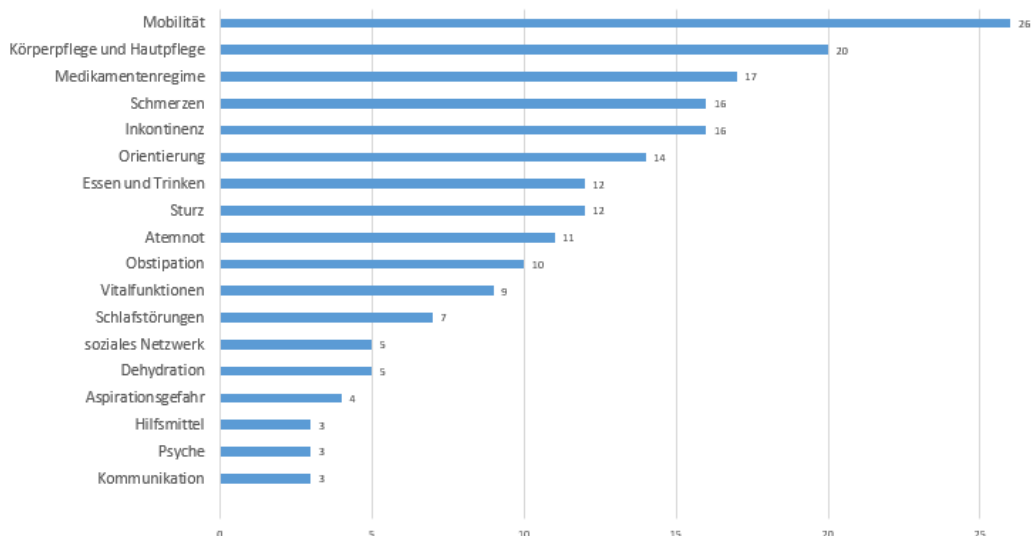


Abbildung 10: Häufigkeiten von zentralen Pflegephänomenen (vgl. Braun et al. 2016, 60)

Im nächsten Schritt werden Unterschiede und Übereinstimmungen der Ergebnisse der Befragung der Angehörigen und der Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse (Perspektive der Pflegefachkräfte) vorgenommen. Anhand dieser Auswertung können Rückschlüsse auf verschiedene beratungsrelevante Themen gezogen und Beratungsschwerpunkte herausgefiltert werden. Tabelle 1 zeigt auf, welche Pflegephänomene den Beratungsschwerpunkten aus der Bedarfserhebung zugeordnet werden:

Beratungsbedarf (Perspektive Angehörige)	Beratungsanlässe (Perspektive Pflegefachkräfte)
Beratungsschwerpunkte aus der Angehörigenbefragung von 'BegE'	Zugeordnete Pflegephänomene, Schwerpunkte und Lebensaktivitäten aus der Dokumentenanalyse
B1 Gesundheitsstatus und Perspektiven	Psyche
B2 Orientierungshilfe	Orientierung
B3 Wahrnehmung/Management von Symptomen der Erkrankung	Schlafstörungen Atemnot Vitalfunktionen Schmerzen
B4 Pflegetechniken und Prävention	Körper- und Hautpflege Aspirationsgefahr Sturz
B6 Spezielle Versorgungsanforderungen	Medikamentenregime Obstipation Essen und Trinken Dehydration
B7 Hilfsmittel und Hilfsmittelgebrauch	Mobilität Hilfsmittel Inkontinenz
C1 Gestaltung der Beziehung zum Patienten	Kommunikation
C3 Sicherung sozialer Beziehungen	Soziales Netzwerk

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Pflegephänomene (Beratungsanlässe), die aus der Dokumentenanalyse herausgefiltert wurden, zu den Beratungsschwerpunkten der Angehörigenbefragung (vgl. Braun et al. 2016, 93)

Um herauszufinden, wo sich bei den Perspektiven Unterschiede, aber auch Übereinstimmungen ergeben, werden die Häufigkeiten der Angaben gegenübergestellt (Abbildung 11):

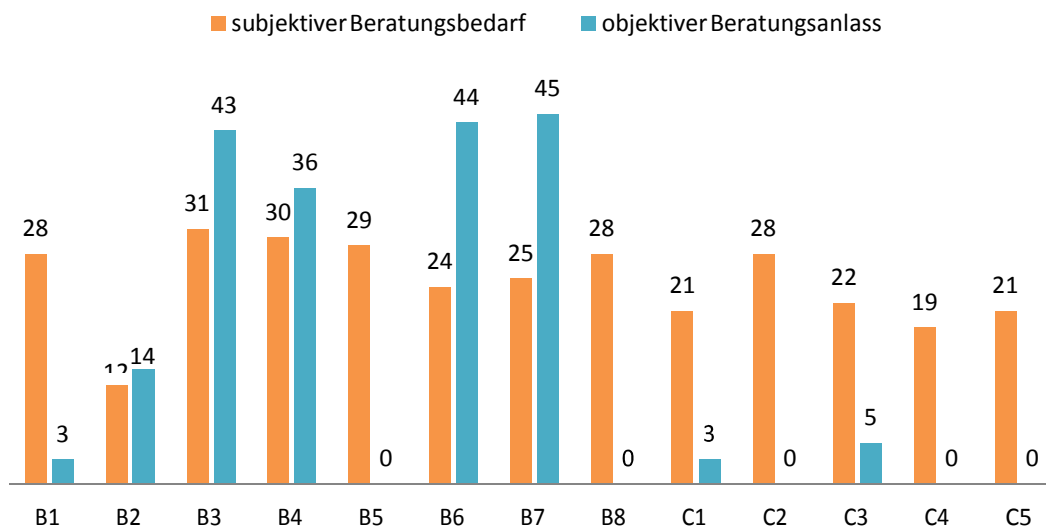


Abbildung 11: Gegenüberstellung von Beratungsbedarfen (Perspektive der Angehörigen) und Beratungsanlässen (Perspektive der Pflegefachkräfte)

Es zeigt sich, dass Übereinstimmungen bei den krankheits- und pflegebezogenen Beratungsschwerpunkten ergeben. Insbesondere die beiden Beratungsschwerpunkte „Wahrnehmung/Management von Symptomen der Erkrankung“ sowie „Pflegetechniken und Prävention“ scheinen sowohl für die Angehörigen als auch für die Pflegefachkräfte ein beratungsrelevantes Thema zu sein. Gravierende Unterschiede zeigen sich bei den psychosozialen und biografiebezogenen Beratungsschwerpunkten: Die Themen dieses Beratungsschwerpunkts scheinen für die Pflegefachkräfte kaum Beratungsrelevanz zu haben, von den Angehörigen wird diese Beratungsthemen jedoch als bedeutsam erachtet.

Abschließend werden folgende Empfehlungen für die pflegebezogene Beratung durch Pflegefachkräfte gegeben:

- Grundsätzlich braucht es angemessene Rahmenbedingungen, um eine Beratung von Angehörigen im Übergang ins häusliche Setting zu realisieren.
- Die beratenden Pflegefachkräfte sollten die auftretenden beratungsrelevanten Pflegephänomene kennen, jedoch auch wissen, dass diese und der Beratungsbedarf aus Sicht der Angehörigen nicht immer übereinstimmen, sich nicht immer strikt trennen lassen und sich teilweise bedingen.
- Um die kritische Phase des Übergangs in das häusliche Setting zu sichern und zu unterstützen, sollten die beratenden Pflegefachkräfte um die potenziell wiederkehrenden Beratungsanlässe wissen. Diese Beratungsanlässe bestimmen die jeweils individuelle Ausrichtung der Beratung. Die beratenden Pflegefachkräfte beziehen die Individualität,

die Stärken und die Ressourcen der geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten sowie ihrer Angehörigen in die Beratung ein.

- Die Abgrenzung zu den Beratungsschwerpunkten des Sozialdienstes sollte den Pflegefachkräften transparent sein. Eine enge Zusammenarbeit und ein vertrauensvoller Austausch zwischen den beratenden Pflegefachkräften und dem Sozialdienst sind sicherzustellen (vgl. Braun et al. 2016).

2.5 Strukturierte Beratung im Vorfeld der Krankenhausentlassung (Tamara Gund)

Im Rahmen des Projekts wurde eine Masterarbeit zum Thema „Strukturierte Beratung im Vorfeld der Krankenhausentlassung zur Absicherung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit“ verfasst. Ziel der Arbeit war es, auf Grundlage einer Analyse der bereits bestehenden Beratungsangeboten, einen Beratungsleitfaden zur strukturierten Beratung pflegender Angehöriger zur Absicherung der Übergangssituation zu erstellen. Bestehende Beratungsangebote im Raum Tübingen wurden daher identifiziert und analysiert und die Arbeit der Sozial- und Pflegeberatung in der Tropenlinik Paul- Lechler- Krankenhaus anhand von zwei Experteninterviews genauer beleuchtet. Für das Projekt BegE war diese Analyse wichtig, um Doppelstrukturen zu bereits bestehenden Angeboten in der Konzeptentwicklung zu vermeiden.

Für die Analyse der Beratungsangebote im Raum Tübingen wurden insgesamt 53 Einrichtungen, darunter vor allem ambulante Pflegedienste sowie Beratungsstellen und Pflegestützpunkte kontaktiert, von denen schließlich 20 Einrichtungen an einer Online-Befragung teilnahmen.

Insgesamt ist festzustellen, dass es im Raum Tübingen schon viele Einrichtungen gibt, die pflegende Angehörige beraten. Zudem wird deutlich, dass fast überall Beratungsgespräche im Kontext der Entlassung der zu pflegenden Person aus dem Krankenhaus geführt werden. Zu pflegerischen Themen wird bereits beraten und sie werden tendenziell auch als wichtig für die Sicherstellung der Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingeschätzt. Dazu gehören unter anderem Themen wie Körperpflege, Mobilisation, kognitive Einschränkungen, Schmerzen usw. (vgl. Gund 2015, 79–80).

Durch die Experteninterviews kann ein Einblick in die momentane Arbeit der Sozial- und Pflegeberatung in der Tropenlinik Paul-Lechler Krankenhaus gewonnen werden. Laut den zwei Interviews stellen momentan nicht pflegerische, sondern sozialrechtliche Themen den Schwerpunkt der Beratungsgespräche dar. Ein positiver Aspekt der Arbeit ist vor allem die Niederschwelligkeit des Angebots. Während Angehörige im ambulanten Setting oft nicht wissen an wen sie sich wenden sollen, sind die Berater hier vor Ort und können auf die Patientinnen und Patienten zugehen (vgl. Gund 2015, 80).

Auf Grundlage der Erkenntnisse der Experteninterviews, der Ergebnisse der Analyse der Beratungsgebote und dem Austausch mit der Projektgruppe wurde von der Verfasserin der Arbeit ein Modell zur Entstehung von Beratungsbedarfen bei pflegenden Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten entwickelt sowie Kernelemente strukturierter Beratungsgespräche herausgearbeitet (Abbildung 12).

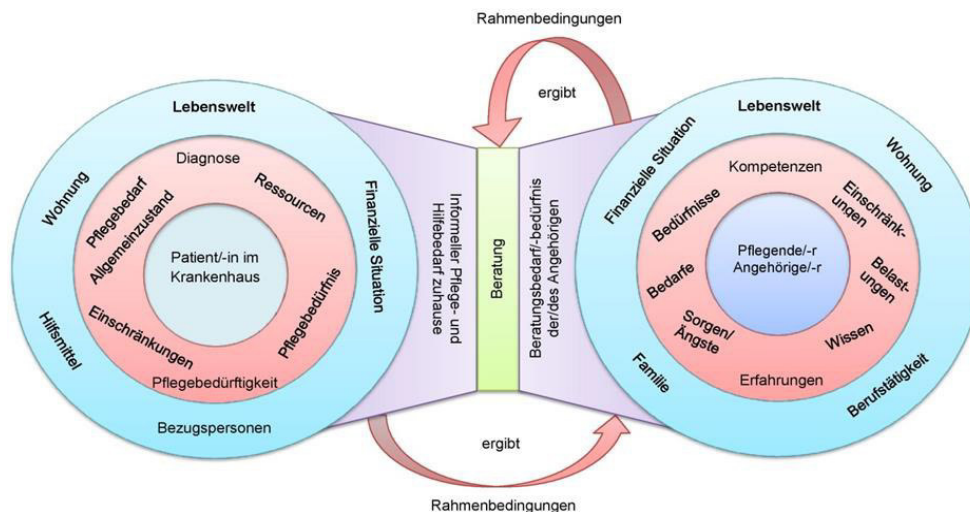


Abbildung 12: Modell zur Entstehung von Beratungsbedarfen bei pflegenden Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten (vgl. Gund 2015)

Im Zentrum des linken Kreises steht die Patientin bzw. der Patient in der Situation im Krankenhaus. Diese ist durch Ressourcen und Einschränkungen, Diagnosen, dem Pflegebedarf und die (bestehende) Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet. Die zweite wichtige Komponente ist die Lebenswelt der Patientinnen und Patienten zu Hause, die erfasst werden muss. Durch die Pflegedokumentation und vor allem durch Gespräche mit den Patienten und Angehörigen können diese Angaben in Erfahrung gebracht werden. Diese Informationen können dann als Grundlage zur Feststellung des informellen Hilfebedarfs dienen.

Im Zentrum des rechten Kreises steht der oder die pflegende Angehörige, deren Situation durch Punkte wie Ressourcen, Sorgen und Ängste, pflegerisches Wissen und Kompetenzen oder aber Belastungen gekennzeichnet ist. Auch deren Lebenslage, darunter die Wohnsituation, Berufstätigkeit und finanzielle Situation muss erfasst werden.

Die Beratungsbedarfe der pflegenden Angehörigen bezüglich der Übernahme der häuslichen Pflege entstehen auf Grundlage der Situation der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus. Wichtig dabei ist, die verschiedenen Komponenten vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen zu betrachten (vgl. Gund 2015, 81–82).

Zu den Kernelementen strukturierter Beratungsgespräche gehören:

- Definierte Zielgruppe
- Gemeinsames Beratungsverständnis
- Orientierung an einer Kombination aus mehreren Beratungsansätzen
- Beratungsprozess
- Screening zur Ermittlung der objektiven Beratungsbedarfe pflegender Angehöriger

- Gegenstand der Beratungsgespräche
- Festgelegte Rahmenbedingungen
- Kontakt zu Ansprechpartnern in der individuellen Umgebung

Des Weiteren gehört auch die kollegiale Beratung oder Supervision zu den Kernelementen und sollte vor allem bei komplexen Beratungssituationen ermöglicht werden (vgl. Gund 2015, 81–87).

2.6. Anforderungen an Schulung pflegender Angehöriger (Annalena Kersten)

Von April bis November 2015 wurde im Rahmen des Projektes eine weitere Qualifizierungsarbeit von Annalena Kersten erstellt. Die Bachelorarbeit trägt den Titel „Schulungsanforderungen für die Schulung pflegender Angehöriger im Übergang vom stationären Setting in die häusliche Versorgung - Qualitätsmerkmale und Aspekte der Umsetzbarkeit“. Ziel dieser Arbeit ist es, Qualitätskriterien einer kompetenzfördernden Schulung für pflegende Angehörige darzustellen sowie Aspekte und Erwartungen von Schulenden an die Umsetzbarkeit einer Schulung, die die Versorgung im häuslichen Bereich sichert, zu beschreiben. Dabei ist die Fragestellung „Welche Schulungsanforderungen stellen sich bei (zukünftigen) pflegenden Angehörigen vor der Entlassung der Patientin/des Patienten ins häusliche Setting?“ leitend. Für das Projekt BegE sind die Erkenntnisse in Hinblick auf die Interventionsentwicklung von großer Bedeutung.

In der Arbeit wird beschrieben, dass in der Literatur keine einheitlichen Angaben darüber gemacht werden, welche Kompetenzen Schulende haben müssen, um eine Schulung adressatengerecht zu gestalten. Am häufigsten wird allerdings Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz sowie personale Kompetenz genannt (vgl. Kersten 2015, 42). Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein Anforderungsprofil an die Schulenden sehr vielfältig ist und somit eine gute Ausbildung sehr wichtig ist. Allerdings bleibt offen, inwieweit die Pflegefachkräfte dafür bereits ausgebildet sind und welche Möglichkeiten es dazu gibt (vgl. Kersten 2015, 46).

In Hinblick darauf, welche Fähigkeiten der pflegenden Angehörigen gefördert und erweitert werden müssen, zeigt sich, dass zur Bewältigung des Übergangs eine Vielzahl von Kompetenzen benötigt wird. Unter anderem werden folgende Punkte beschrieben:

- Stärkung der Handlungskompetenz und des Fachwissens (vor allem durch das Erlernen von Pflégetechniken)
- Erhöhung der Alltagskompetenz
- Förderung der Methodenkompetenz zur Bewältigung der eigenen Lebenssituation
- Gesundheitsförderung
- Stärkung der Eigenverantwortung sowie der Selbstmanagementfähigkeit (vgl. Kersten 2015, 46–47).

Des Weiteren werden in der Arbeit Kontextfaktoren einer qualitativen Angehörigenschulung beschrieben (vgl. Kersten 2015, 48–50). Hierbei werden kompetenzfördernde Rahmenbedingungen beschrieben (Kriterien der Strukturqualität). Unter anderem werden folgende Aspekte aufgeführt:

- in Hinblick auf die organisatorische Ausstattung: z. B. Ungestörtheit, ausreichend Zeit sowie eine ansprechende bzw. angepasste Umgebung (z. B. ausreichende Raumgröße bei Gruppenschulungen, Einzel- und Mikroschulungen direkt „am Bett“ mit dem Pflegebedürftigen)
- in Hinblick auf die sachliche Ausstattung: z. B. geeignete Schulungsmaterialien (konzeptbasierte, wissenschaftlich fundierte Filme, Bücher, Anschauungs- und Übungsmaterialien)
- in Hinblick auf die personelle Ausstattung: z. B. Kompetenz/Ausbildung der Fachkraft (vgl. Kersten 2015, 48–49).

Innerhalb der Prozessqualität (Durchführung und Ablauf der Schulung) steht die Vermittlung der Lernziele im Vordergrund. Diese sollte verständlich und klientelangepasst sein, das heißt, individuelle Bedürfnisse und Problemlagen der Angehörigen sollten berücksichtigt werden. Die Grundhaltung der Schulenden sollte von Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie sowie vom richtigen Maß an Einmischung und Respekt der Privatheit geprägt sein, sodass eine vertrauliche Gesprächsatmosphäre entsteht (vgl. Kersten 2015, 49). In Hinblick auf die Ergebnisqualität sollte der Grad der Zielerreichung mit Evaluationsmethoden gemessen werden. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob die Lernziele erreicht wurden und ob die pflegenden Angehörigen einen Profit aus der Schulung ziehen konnten (vgl. Kersten 2015, 50).

Um eine begründete Auswahl von Schulungsarten im Rahmen des Projekts „BegE“ geben zu können, arbeitet Kersten Faktoren heraus, die für den Übergang vom klinischen ins häusliche Setting kennzeichnend sind: Im Vordergrund steht die Vorbereitung auf notwendige Versorgungstätigkeiten. Es müssen grundlegende Kenntnisse zur Identifikation von Risiken und Möglichkeiten zum angemessenen Umgang mit pflege- und krankheitsbezogenen Problemen vermittelt werden. Es ist dabei von großer Bedeutung, die Lebenssituation der Pflegebedürftigen und der Angehörigen gleichermaßen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten Aspekte der Gesundheitsförderung der Angehörigen im Fokus stehen, da diese als Ressource für die Sicherung der häuslichen Versorgung des Pflegebedürftigen dient (vgl. Kersten 2015, 50–51).

Im Rahmen des Projektes BegE werden individuelle Schulungen empfohlen, da individuelle Bedürfnisse berücksichtigt werden können und der Pflegebedürftige miteinbezogen werden kann. Ein realitätsnahes Lernen und mitgestalten der Beratungsziele seitens der Angehörigen ist möglich. Denkbar ist auch, in Abhängigkeit der personellen Ressourcen, Mikroschulungen einzusetzen. Für einige Themen liegen hier bereits konzeptbasierte Schulungsunterlagen vor („Sturz- und Pneumonieprophylaxe“, „Gabe von Sondenkost“). Allerdings dauert die Übergangszeit bis zehn Tage nach der Entlassung, was bedeutet, dass weitere Themen aufkommen, die im häuslichen Umfeld Relevanz haben und im Vorfeld schwer einzuschätzen sind (vgl. Kersten 2015, 53). Es werden deshalb Einzelschulungen empfohlen, bei denen die primären und am dringlichsten erscheinenden Handlungskompetenzen in der Klinik geschult werden. Nach der Entlassung sollte, wie in einem von Steimel vorgestellten Schulungskonzept, eine telefonische Beratung und Unterstützung für bis zu zwei Wochen angeboten werden (vgl. Steimel 2003). Eine individuelle Angehörigenschulung gliedert sich nach Steimel analog dem Pflegeprozess in folgende sechs Schritte:

1. Pflege- und Sozialanamnese
2. Problem- und Ressourcenerfassung von Pflegendem und von der Patientin bzw. vom Patienten
3. Gemeinsame Zielbestimmung
4. Gemeinsame Schulungs- und Beratungsplanung
5. Durchführung der Schulung
6. Beurteilung des Schulungserfolgs (vgl. Steimel 2003)

Langfristig sind aber auch nach der Entlassung Gruppenschulungen denkbar, auch in Hinblick auf den Aspekt der Gesundheitsförderung, da bei dieser Schulungsart die Aspekte der Motivation und des Zugehörigkeitsgefühls eine große Rolle spielen. Dieser Bereich wird jedoch derzeit bereits durch die Pflegekurse der Krankenkassen abgedeckt. Eventuell könnten hier Kooperationsveranstaltungen des PLKs mit den Krankenkassen angeboten werden. Eine weitere Möglichkeit jederzeit Unterstützung anzubieten, ist ein Angehörigenzimmer, in dem Schulungsmaterialien und Informationen zur Selbstedukation bereitstehen (vgl. Kersten 2015, 53).

2.7 Patientenedukation durch Pflegefachkräfte (Anna-Lena Hartmann)

Eine Studentin des Studiengangs Pflegepädagogik der Hochschule Esslingen verfasste 2016 erneut eine Bachelorarbeit im Rahmen des Projekts BegE. Der Titel der Arbeit von Anna-Lena Hartmann lautet: „Patientenedukation durch Pflegefachkräfte. Erhaltung und Förderung der Mobilisation bei kognitiv uneingeschränkten älteren Menschen im Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting.“

Ziel der Arbeit ist es, die Bedarfe an Information, Anleitung und Beratung von älteren Menschen aufzuzeigen, damit diese durch eine bedarfsorientierte Patientenedukation durch Pflegefachkräfte in der Übergangsphase unterstützt werden können. Der Fokus liegt dabei auf der Erhaltung und Förderung der Mobilität, die bei älteren Menschen besondere Beachtung finden sollte (vgl. Hartmann 2016, 4).

In der Arbeit wird aufgeführt, warum sich gerade Pflegefachkräfte für die Patientenedukation eignen. Pflegefachkräfte haben von allen Berufsgruppen den engsten und intensivsten Kontakt zu den Patienten und Patientinnen, sind als Ansprechpartner meistens präsent und gewinnen so schnell Vertrauen. Auch kennen sie deren Bedarfs- und Problemlagen im Klinikalltag und können so gut beurteilen, mit welchen Themen sich die Patienten und Patientinnen in der Übergangszeit auseinandersetzen müssen. Gerade im Übergang zwischen Krankenhaus und häuslichem Umfeld sind Probleme und Anforderungen relevant, die in die Zuständigkeit der Pflege fallen. Allerdings wird Patientenedukation im deutschsprachigen Raum noch nicht sehr lange als pflegerische Aufgabe gesehen. Daher verläuft sie oftmals unsystematisch, unstrukturiert, nicht dokumentiert und somit auch nicht nachweisbar. Dies führt dazu, dass Patientenedukation von den Patientinnen und Patientinnen bisher kaum wahrgenommen wird.

Auf Grundlage der theoretischen Erkenntnisse, die im Rahmen der Bachelorarbeit gewonnen wurden, wurden von Frau Hartmann folgende Empfehlungen für das Projekt BegE verfasst:

Es stellt sich heraus, dass Patientenedukation eine maßgebende Rolle für die Sicherung und Bewältigung der kritischen Übergangsphase spielt, jedoch in der Praxis nur begrenzt umgesetzt wird. Dies wird zum einen auf mangelnde Kompetenzen der Pflegefachkräfte und damit einhergehende Unsicherheiten sowie auf Zeitmangel zurückgeführt. Daher ist zu eruieren, ob sich die Pflegefachkräfte der Tätigkeit der Patientenedukation gewachsen fühlen und sollte dies nicht der Fall sein, dabei unterstützt werden, sich fehlende Kompetenzen anzueignen. Zudem müssen die Rahmenbedingungen, wie ausreichend Zeit im Pflegealltag, gewährleistet sein. Auch wird aufgrund des hohen Arbeitspensums der Pflegefachkräfte empfohlen, dass nicht alle Pflegefachkräfte Patientenedukation durchführen, sondern Einzelne für die Arbeit qualifiziert werden, die in der Praxis als Multiplikatoren dienen (vgl. Hartmann 2016, 43–44).

Des Weiteren wird in der Arbeit die wichtige Bedeutung der Förderung und Erhaltung der Mobilität dargestellt, die für den Verbleib im häuslichen Setting eine wichtige Ressource darstellt, jedoch in der Praxis häufig nicht als eigenständige Aufgabe wahrgenommen wird. Pflegefachkräfte sollen daher auf die Wichtigkeit der Erhaltung und Förderung der Mobilität älterer Menschen sowie für die Multidimensionalität der Mobilität sensibilisiert werden. Dies kann durch die baldige Umsetzung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ erreicht werden (vgl. Hartmann 2016, 44).

In Bezug auf die spezifischen Bedarfe älterer Menschen an Information, Anleitung und Beratung in Hinblick auf die Erhaltung und Förderung der Mobilität im Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting wird festgestellt, dass diese zu verschiedenen Zeitpunkten des Übergangs variieren. Daher ist es wichtig, dass bei den Pflegefachkräften ein Bewusstsein dafür geschaffen wird, dass nicht zu jedem Zeitpunkt der gleiche Bedarf an Information, Anleitung und Beratung vorhanden ist und sich auch der inhaltliche Bedarf an Patientenedukation unterscheiden kann. Zudem wird empfohlen, dass ältere Menschen auch über die Entlassung hinaus durch Pflegefachkräfte in Form von Patientenedukation unterstützt werden müssen. Es stellt sich heraus, dass vor allem der erste Monat nach der Entlassung als kritische Phase gesehen werden muss, weshalb überprüft werden sollte, ob Patientenedukation durch Pflegefachkräfte nicht bis zu einem Monat nach der Entlassung angeboten werden kann. Empfohlen wird, sich genau mit den verschiedenen Möglichkeiten der Bereitstellung von Pflegeedukation auseinanderzusetzen und zu prüfen, welche Formen für die Zeit nach der Entlassung geeignet sind (vgl. Hartmann 2016, 45–46).

Da Patientenedukation oftmals mit Unsicherheiten seitens der Pflegefachkräfte verbunden ist, sollte ein Konzept entwickelt werden, um eine klare Handlungsorientierung zu geben. Wichtig dabei ist, dass nicht alle Bedarfe von älteren Menschen an Patientenedukation in das Handlungsfeld der Pflege fallen, sondern beispielsweise dem Sozialdienst zuzuordnen sind. Daher wird empfohlen, genau zu überprüfen, welche Bedarfe zum Aufgabenfeld der Pflege gehören und die Zusammenarbeit zwischen den Pflegefachkräften und dem Sozialdienst zu fördern und zu verbessern (vgl. Hartmann 2016, 47).

2.8. Schulungscurriculum für Pflegefachkräfte (studentisches Projekt)

Von Oktober 2016 bis Oktober 2017 wurde von Studierenden des Studiengangs Pflegepädagogik im Rahmen eines studentischen Forschungsprojekts ein „Schulungskonzept zur Erweiterung der Beratungskompetenz von Pflegefachkräften im Umgang mit pflegenden Angehörigen“ entwickelt (vgl. Ader et al. 2017).

Im Mai 2017 wurde in der Tropenlinik Paul-Lechler- Krankenhaus eine erste ganztägige Schulung von den Studierenden durchgeführt (Anlage 6). Hierbei wurden 6 Pflegefachkräfte geschult, die im Rahmen des Projekts BegE als zukünftige Pflegeberater/innen vorgesehen sind.

Inhalte der Schulung sind die verschiedenen Merkmale der Beratung wie z.B. Freiwilligkeit, strukturierter, interaktiver, ergebnisoffener Prozess, zeitliche Begrenzung und Beziehungsaufbau sowie die Vermittlung der beiden Perspektiven Bedarf und Bedürfnis. Des Weiteren werden Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung vermittelt und die Merkmale von Information, (Mikro)-Schulung und Beratung thematisiert. Den Abschluss der Schulung bildet die Vorstellung und praktische Einübung der entwickelten Beratungsinstrumente.

Die Ergebnisse und Erkenntnisse des studentischen Forschungsprojekts wurden im Oktober 2017 an der Hochschule Esslingen präsentiert. Das Schulungscurriculum soll im Projekt BegE auch zukünftig verwendet werden, da der kontinuierlichen Schulung der Pflegefachkräfte große Bedeutung beigemessen wird.

2.9 Zusammenführung des theoretischen Hintergrunds und der empirischen Ergebnisse

Das Besondere im Projekt „BegE“ ist, dass die Interventionen weitgehend auf Grundlage der dargestellten wissenschaftlichen Vorarbeiten entwickelt werden. Allerdings muss einschränkend angemerkt werden, dass aufgrund begrenzter Ressourcen nicht alle Empfehlungen im Konzept verankert und damit in der Praxis umgesetzt werden können.

Grundsätzlich wird durch die Befragung der Angehörigen und auch durch die Dokumentenanalyse deutlich, dass zu einer Beratung zu krankheits- und pflegebezogenen Themen ein hoher Bedarf besteht. Ausgehend von den Erkenntnissen aus dem Review sowie von den Empfehlungen der Bachelorarbeit von Annalena Kersten werden die Interventionen im Projekt „BegE“ als Einzelschulungen konzipiert. Hintergrund ist, dass die Beratung individuell auf den Angehörigen angepasst werden kann und so nur die für den speziellen Fall relevanten Themen aufgegriffen werden. Gerade bei älteren Menschen hat sich gezeigt, dass diese kaum an Gruppenschulungen teilnehmen und somit eine zugehende und individuelle Beratung wichtig ist, um diese Zielgruppe zu erreichen. Beratung, Schulung und Information dienen dazu, die (Pflege)-Kompetenz von Angehörigen zu stärken, um die Herausforderungen im pflegerischen Alltag meistern zu können (vgl. Büker 2015, 31). Durch die Begleitung und gezielte Beratung während des Übergangs sollen den Angehörigen Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden, um

eine bedürfnisorientierte und fachgerechte Versorgung und Pflege im häuslichen Umfeld leisten zu können. Besonders wichtig ist hierbei, dass sie sich gut auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereitet und der eventuell neu auftretenden Pflege- und Versorgungssituationen gewachsen fühlen.

Die Empfehlung aus dem Review, dass mehrere Bausteine angeboten werden sollten, die individuell miteinander kombiniert werden, wird aufgegriffen, indem eine Beratung in der Klinik stattfindet und darüber hinaus eine Begleitung der Angehörigen bis zu zehn Tagen nach der Entlassung stattfindet. Dies erfolgt durch ein Nachsorgetelefonat, um offene Fragen und Probleme zu klären oder in besonderen Fällen durch einen Hausbesuch, bei dem in der individuellen häuslichen Umgebung nochmals gezielt geschult und beraten werden kann. Diese kontinuierliche Begleitung hat das Ziel den Angehörigen Sicherheit zu vermitteln und das Gefühl zu geben, mit der neuen Situation nicht alleine zu sein. Diese Fortführung der Beratung in die Häuslichkeit entspricht auch den Empfehlungen des Projekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ (vgl. Universität Bielefeld 2016).

Für alle Elemente der Intervention werden Instrumente entwickelt, die die Elemente des Beratungsprozess abbilden und sowohl die Perspektive der Pflegefachkräfte („Beratungsanlässe“) als auch die Bedarfe der Angehörigen aufnehmen. Die Beratungsthemen werden individuell mit den Angehörigen ausgewählt und mit ihnen abgesprochen. Dieses Vorgehen erscheint nach den Ergebnissen der Dokumentenanalyse von großer Bedeutung, da sich hier zeigt, dass sich je nach Perspektive (Pflegefachkraft oder Angehöriger) Diskrepanzen bei den relevanten Beratungsthemen ergeben. Bei Bedarf wird, wie in der Masterarbeit von Gund empfohlen, auf weitere Hilfen in der Häuslichkeit (z. B. Pflegestützpunkte) verwiesen. Im BegE-Konzept wird zudem eine Abgrenzung zu den Beratungsschwerpunkten des Sozialdienstes vorgenommen, die sich auch in den Verfahrensanweisungen zu den Instrumenten wiederfinden und festgelegt, wer grundsätzlich die Beratung der Angehörigen steuert.

In sämtlichen Vorarbeiten wird empfohlen, dass für die Durchführung der Beratung klare Rahmenbedingungen geschaffen sein müssen. Für das Projekt „BegE“ bedeutet das unter anderem, dass der zeitliche Rahmen sowie ein Raum zur Beratung zur Verfügung gestellt werden müssen. Darüber benötigen die Pflegefachkräfte eine Schulung, bei der vor allem sichergestellt wird, dass ein einheitliches Beratungsverständnis vorherrscht, Kenntnisse zum Beratungsprozess vertieft werden sowie das BegE-Konzept und dessen Instrumente erklärt werden. Zwar werden im Instrument häufige Beratungsanlässe aus pflegerischer Sicht aufgenommen, allerdings muss bei einer Schulung auch thematisiert werden, dass diese und der Beratungsbedarf aus Sicht der Angehörigen nicht immer übereinstimmen, sich nicht immer strikt trennen lassen und sich teilweise bedingen.

Konzept zur Begleiteten Entlassung

3.1. Ziele

3.1.1 Ziele für die Angehörigen

Ziel des Projekts „BegE“ ist es, die pflegenden Angehörigen während des Übergangs ins häusliche Setting mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung zu unterstützen. Durch das neu entwickelte Beratungskonzept sollen die Angehörigen schon in der Zeit während des Krankenhausaufenthalts begleitet und auf die Übernahme der häuslichen Pflege vorbereitet werden.

Die Unterstützung pflegender Angehöriger ist notwendig, um die Gesundheit und Lebensqualität der Pflegenden zu erhalten, die familiäre Pflegebereitschaft zu fördern, die Selbstbestimmung von Familien zu stärken und eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen (vgl. Büker 2015, 15). Wichtig ist dabei, die tatsächlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Angehörigen zu berücksichtigen, welche während des Projektes im Rahmen der Bedarfserhebung und dem studentischen Forschungsprojektes erfasst wurden. Die Besonderheit im Projekt „BegE“ ist, dass die Beratung individuell auf den Angehörigen angepasst werden kann und so nur die für den speziellen Fall relevanten Themen aufgegriffen werden.

Beratung, Schulung und Information dienen dazu, die (Pflege)-Kompetenz von Angehörigen zu stärken, um die Herausforderungen im pflegerischen Alltag meistern zu können (vgl. Büker 2015, 31). Durch die Begleitung und gezielte Beratung während des Übergangs sollen den Angehörigen Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden, um eine bedürfnisorientierte und fachgerechte Versorgung und Pflege im häuslichen Umfeld leisten zu können. Besonders wichtig ist hierbei, dass sie sich gut auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereitet und der eventuell neu auftretenden Pflege- und Versorgungssituationen gewachsen fühlen.

Das Besondere an dem Projekt ist, dass die Angehörigen auch noch nach der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus dem Krankenhaus, sprich während der bereits definierten Übergangszeit von bis zu zehn Tagen, begleitet werden. Dies erfolgt durch ein Nachsorgetelefonat, um offene Fragen und Probleme zu klären. Bestehen darüber hinaus weiterhin Unsicherheiten, kann durch einen Hausbesuch nochmals gezielt in der häuslichen Umgebung geschult und beraten werden. Diese kontinuierliche Begleitung in der Übergangszeit hat das Ziel, den Angehörigen Sicherheit zu vermitteln und das Gefühl zu geben, mit der neuen Situation nicht alleine zu sein.

3.1.2 Ziele für die Patientinnen und Patienten

Ein weiteres Ziel des Konzepts BegE ist es, durch die kontinuierliche Begleitung der Angehörigen, Versorgungsbrüche zu vermeiden und eine stabile häusliche Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wünscht sich so lange wie nur möglich im häuslichen Umfeld bleiben zu können. Vor allem Angehörige leisten einen Beitrag dazu, diesen Wunsch zu

realisieren (vgl. Büscher 2014, 491). Ziel des Konzepts ist es, dass sich pflegende Angehörige für die häusliche Pflege gut vorbereitet und somit dieser Aufgabe auch gewachsen fühlen. Dies bedeutet gleichzeitig für die Patientinnen und Patienten, dass diese weiter im häuslichen Umfeld versorgt werden können und keine großen Änderungen im Pflegearrangement nötig sind. Die Pflegesituation soll stabilisiert und dadurch für alle Beteiligten stressfreier werden. Durch das Ziel des Konzepts, Versorgungsbrüche zu vermeiden, werden auch deren negative Folgen für die Patientinnen und Patienten reduziert. Durch Beibehaltung der Wohnumgebung und damit des sozialen Umfelds kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhalten werden.

3.1.3. Ziele für die Pflegekräfte

Für die Pflegekräfte sind im Projekt die Nebenziele formuliert, Beratung als Aufgabe professioneller Pflege stärker wahrzunehmen und Beratungskompetenzen zu erweitern.

Immer noch nehmen viele Pflegekräfte Beratung nicht wirklich als ihre Aufgabe wahr, obwohl diese schon seit langem in den Berufsgesetzen der Pflegeberufe verankert ist (vgl. Mische, Meyer 2008, 16). So soll laut dem Krankenpflegegesetz die Ausbildung dazu befähigen, die Aufgaben der Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit eigenverantwortlich auszuführen (§3 Absatz 2c, KrPflG).

In einem im Rahmen des Projektes durchgeführten Fokusgruppen-Interviews mit vier Pflegekräften wurde deutlich, dass im Alltag zwar immer wieder, vor allem niederschwellig, zu unterschiedlichen Themen beraten wird, dies jedoch nicht als Beratung wahrgenommen wird. Allein durch die im Rahmen des Projekts „BegE“ erfolgte Thematisierung von Beratung durch Pflegekräfte ist schon jetzt erkennbar, dass Beratungsbewusster als Teil der professionellen Rolle gesehen wird.

3.1.4 Ziele für die Tropenlinik Paul-Lechler- Krankenhaus

Neben den Zielen für die am Projekt beteiligten Menschen (Angehörige, Patientinnen/Patienten und Pflegefachkräfte) sollen auch Ziele für die Institution Tropenlinik Paul-Lechler- Krankenhaus an sich erreicht werden.

Dazu gehört unter anderem die schon im Leitbild der Klinik verfassten Haltungen und Aufgaben in der Praxis noch mehr zu verwirklichen. Dort steht beispielsweise geschrieben: „Im Mittelpunkt steht der Dienst am kranken Menschen. Pflege, Therapie, Seelsorge und Beratung dienen der Prävention und Gesundheit beziehungsweise Stabilisierung sowie der Vorbereitung auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt“.

Neben der wünschenswerten Umsetzung des Leitbilds gibt es die rechtliche Verpflichtung der Klinik, ein Entlassmanagement zur Unterstützung beim Übergang in die poststationäre Versorgung anzubieten (vgl. SGB V§39 1b). Das Konzept hilft der Klinik dabei, diesem Rechtsanspruch gerecht zu werden, indem pflegende Angehörige während des Übergangs ins häusliche Setting kontinuierlich begleitet werden. Durch die Hausbesuche wird gewissermaßen ein Außendienst des Krankenhauses implementiert.

Möglicherweise trägt das Konzept dazu bei, dass Drehtüreffekte minimiert werden, was ökonomische Vorteile sowie eine Steigerung des Ansehens der Klinik zur Folge hat.

Des Weiteren ist es, durch den Schwerpunkt Geriatrie sowie als Teil des Geriatriischen Zentrums Tübingen, die Aufgabe der Tropenlinik Paul-Lechler Krankenhaus, die bedarfsgerechte Versorgung von älteren Menschen zu verbessern und mit zu entwickeln. Durch das Konzept kann erreicht werden, dass Forderungen des Geriatriekonzepts Baden- Württembergs 2014 aktiv umgesetzt werden. Dort heißt es, dass ohne die Hilfe von pflegenden Angehörigen die geriatrische Versorgung nicht zu lösen ist. Sie brauchen daher Unterstützung, Anleitung und Entlastung sowie verständliche Informationen, Beratung sowie Hilfen für den Zugang zu den Versorgungssystemen (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren 2014, 20). Durch die Teilnahme am Innovationsprogramm Pflege 2014 und durch die Konzeptentwicklung wird deutlich, dass die Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus bemüht ist, die nachstationäre Versorgung, und vor allem die Situation von pflegenden Angehörigen, kontinuierlich zu verbessern und die Entwicklung in diesem Bereich voranzutreiben.

Wünschenswert ist, dass durch eine Implementierung des Konzepts, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen mit dem Klinikaufenthalt und dadurch das Ansehen des Paul-Lechler-Krankenhauses in der Bevölkerung gesteigert wird. Da es in der Umgebung aktuell noch keine Klinik mit dem Angebot einer Begleitung über die Entlassung hinaus gibt, wäre dies ein Alleinstellungsmerkmal von dem profitiert werden könnte.

Sollte sich bei einer Evaluation des Konzepts tatsächlich herausstellen, dass die erwünschten Ziele erreicht werden, könnten die Ergebnisse für weitere Verhandlungen mit diversen Kostenträgern genutzt werden, um das Angebot auch längerfristig zu etablieren. Ziel ist es, auf Dauer eine Regelfinanzierung zu erreichen und das Konzept über die Tropenlinik Paul-Lechler Krankenhaus hinaus zu verbreiten und in die Versorgungslandschaft zu integrieren.

3.2 Intervention

3.2.1 Bausteine

Insgesamt besteht das Beratungskonzept aus drei Bausteinen, die aufeinander aufbauend und abgestimmt sind. Die Bausteine sind

1. Individuelle Beratung während des Klinikaufenthalts
2. Ein Nachsorgetelefonat ca. 48h nach Entlassung der Patientin oder des Patienten
3. Ein Hausbesuch innerhalb der ersten zehn Tage nach der Entlassung

Individuelle Beratung der Angehörigen

Der erste Baustein des Konzepts ist die individuelle Beratung der Angehörigen durch Pflegefachkräfte während des Klinikaufenthalts. Schwerpunkt der Beratung sind pflegerische Themen, wie Mobilität, Körper-/ Hautpflege, Medikamentenregime, Ernährung und Ausscheidung. Durch gezielte Informationen zu relevanten Themen oder auch praktischen Anleitungen sollen den Angehörigen Kompetenzen vermittelt werden, um gut auf die Zeit zu Hause vorbereitet zu

sein. Bestehende Pflegephänomene werden von den Pflegekräften während des Klinikaufenthalts identifiziert und im Beratungsgespräch gezielt aufgegriffen. Individuell wird hierfür entweder ein Beratungstermin mit den Angehörigen vereinbart oder die Beratung erfolgt spontan, wenn es nicht möglich ist, einen Termin zu vereinbaren oder sich im Pflegealltag eine günstige Beratungs- und Anleitungssituation mit den Angehörigen zeigt.

Nachsorgetelefonat

Der zweite Baustein, das Nachsorgetelefonat, soll ca. 48 Stunden nach der Entlassung aus der Klinik erfolgen. Hierbei wird der Angehörige, der auch schon zuvor in der Klinik beraten wurde, von der Pflegefachkraft angerufen, um pflegerische Fragen und Probleme, die nach der Entlassung aufgetreten sind, zu bearbeiten.

Durch das Nachsorgetelefonat haben die Angehörigen auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für die besonders kritische Zeit des Übergangs einen pflegerischen Ansprechpartner. Während des Gesprächs wird zuerst auf die Themen, zu denen auch schon in der Klinik beraten wurde, eingegangen und dann geklärt, ob noch weiterer Beratungsbedarf besteht.

Hausbesuch

Je nachdem, welche Themen und Probleme im Nachsorgetelefonat aufkommen, kann noch der dritte Baustein, ein Hausbesuch, angeboten werden, um direkt in der Häuslichkeit beraten zu können. Dies eignet sich vor allem für praktische Anleitungen, wie z.B. Transferübungen oder dem Umgang mit Hilfsmitteln, da sich die Gegebenheiten zu Hause meist sehr vom Kliniksetting unterscheiden. Beim Hausbesuch wird erst auf die Probleme eingegangen, die schon in der Klinik und beim Nachsorgetelefonat Thema waren und auf Grundlage deren ein Besuch in der Häuslichkeit als notwendig erachtet wurden. Zusätzlich sollte die Pflegefachkraft jedoch einige Themen bei allen Patientinnen und Patienten ansprechen und klären, ob Beratungsbedarf besteht. Diese Themen sind Medikamentenregime, der Umgang mit Hilfsmitteln und Wohnraumgestaltung im Hinblick auf die Sturzprophylaxe. Bei diesen Themen hat sich gezeigt, dass zu Hause vermehrt Unsicherheiten bzw. Unwissen bestehen und diese daher immer zumindest kurz angesprochen werden sollten.

3.2.2 Instrumente

Im Rahmen des Konzepts wurden für die verschiedenen Bausteine drei Instrumente inklusive Verfahrensanweisungen entwickelt, die von den Pflegefachkräften für die Beratungsgespräche genutzt werden sollen. Für jede Intervention- dem Beratungsgespräch in der Klinik, dem Nachsorgetelefonat und dem Hausbesuch- wurde ein separates Instrument erstellt, wobei aber alle drei aufeinander abgestimmt sind.

Für das Beratungsgespräch während des Klinikaufenthalts wurde das Instrument „Beratungsprotokoll Angehörige“ entwickelt. Es dient als Checkliste zur Erfassung des pflegebezogenen Beratungsbedarfs, als Leitfaden und Orientierung für das Beratungsgespräch sowie zur Dokumentation. Das Instrument soll den Pflegefachkräften Orientierung geben und

dabei helfen, das Gespräch strukturiert zu gestalten. Mit Hilfe des Instruments werden während des Krankenhausaufenthalts die Themen, die von den Pflegefachkräften in Bezug auf die häusliche Versorgung als problematisch empfunden werden, identifiziert (siehe Anlage 7).

Für das Nachsorgetelefonat, das ca. 48h nach Entlassung stattfinden sollte, wurde das Instrument „Protokoll Nachsorgetelefonat“ entwickelt. Da dieses Instrument nicht mehr ganz so ausführlich aufgebaut ist und sich das Telefonat auch auf die Beratung im Krankenhaus beziehen sollte, ist es wichtig das beim Nachsorgetelefonat das „Beratungsprotokoll Angehörige“ vorliegt. Im Unterschied zum Beratungsprotokoll Angehörige werden hier die Themen für die Beratung nicht von der Pflegefachkraft ausgewählt, sondern von den Angehörigen selbst angesprochen. Das Instrument dient hauptsächlich zur Dokumentation des Gesprächs und weniger als Checkliste oder Orientierung. Während des Gesprächs sollen die Themen und Inhalte die im Telefonat aufkommen von der Pflegefachkraft handschriftlich dokumentiert werden (siehe Anlage 8).

Für den Hausbesuch wurde das „Protokoll Hausbesuch“ erstellt. Zur einfacheren Benutzung wurde dies ähnlich wie das Protokoll zum Nachsorgetelefonat aufgebaut. Vor dem Hausbesuch sollte sich die Pflegefachkraft die vorherigen Dokumentationen nochmals anschauen und vorliegen haben. Zu Beginn des Hausbesuchs wird zuerst wieder auf die pflegerischen Probleme der Angehörigen eingegangen bzw. das Thema behandelt, das den Ausschlag für die Durchführung des Hausbesuchs gegeben hat. Diese Probleme und Beratungsinhalte werden dann wie bei den anderen Instrumenten auch handschriftlich in die vorgesehene Tabelle eingetragen. Beim Hausbesuch gibt es zudem eine extra Spalte, in der Probleme die von der Pflegefachkraft in der Häuslichkeit identifiziert wurden, eingetragen werden können (siehe Anlage 9).

3.3 Strukturen

Die Beratung wird von erfahrenen Pflegefachkräften durchgeführt und findet regelmäßig einmal pro Woche auf beiden Interventionsstationen statt. Auf jeder Interventionsstation ist es ein anderer Wochentag, sodass ggfs. die Pflegeberater/innen auch auf der anderen Station beraten können und um eine bessere Erreichbarkeit für die Angehörigen zu gewährleisten. Vorrangig beraten die Pflegekräfte aber die Angehörigen von Patienten der eigenen Station. Die BegE-Pflegefachkräfte werden für diese Zeiten schon direkt im Dienstplan eingeplant und die Stunden als Überstunden vorerst über das Projekt BegE finanziert.

Um Beratungskompetenz auf- und auszubauen sowie Reflektion zu fördern, finden regelmäßig Schulungen und ein monatlicher Coaching-Termin statt.

Die zur didaktischen Unterstützung eingesetzten Schulungsmaterialien werden regelmäßig auf Evidenzbasierung und Aktualität überprüft.

Zur Durchführung der Hausbesuche steht das Dienstauto der Tropenlinik zur Verfügung. Falls ein privater PKW genutzt wird, erfolgt die Erstattung der Fahrkosten nach Kilometergeldpauschale.

3.4 Verfahren

Die Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erfolgt in der Tropenlinik über eine extra Aufnahmestation. Hier wird der Patient sowohl von ärztlicher als auch pflegerischer Seite komplett aufgenommen, wozu die pflegerische und medizinische Anamnese zählt.

Unter anderem wird von der Pflegefachkraft schon direkt bei Aufnahme die häusliche Situation der Patientin oder des Patienten erfragt, dazu gehört die Frage nach einem Pflegegrad, die Wohnsituation (allein, Pflegeheim; mit Angehörigen) und ob schon Hilfsdienste (ambulanter Pflegedienst, Essen auf Rädern, Haushaltshilfe) vorhanden sind. All diese Informationen werden im klinikinternen Computersystem unter der Datei Aufnahmestatus gespeichert und sind für alle Mitarbeiter abrufbar.

Wenn also bei Aufnahme schon bekannt ist, dass die Patientin oder der Patient aus dem Pflegeheim kommt oder aber ein ambulanter Dienst involviert ist, fallen diese nicht mehr in die Zielgruppe des Projekts BegE. Alle anderen, sofern Angehörige vorhanden sind, müssen potentiell erst einmal als mögliche Adressaten betrachtet werden.

Es ist geplant, dass in den jeweiligen Stationszimmern Listen aufgehängt werden, auf denen die für BegE in Frage kommenden Patientinnen und Patienten, direkt nach Aufnahme von der zuständigen Pflegefachkraft eingetragen werden. Zumindest in der Anfangszeit soll es noch einen zusätzlichen Koordinator geben, der während des Klinikaufenthalts überprüft, ob dies auch tatsächlich erfolgt ist.

Aufgabe aller auf Station tätigen Pflegefachkräfte ist es nun, während des Klinikaufenthalts den Pflegebedarf zu erfassen und bei Kontakt mit den Angehörigen die Möglichkeit einer Pflegeberatung anzubieten. Diese kann einerseits ungeplant von Ihnen selbst durchgeführt werden oder es wird ein Termin mit den speziell für BegE geschulten Pflegefachkräften vereinbart. Für diese geplanten Beratungsgespräche soll es eine weitere Liste im Stationszimmer geben, in die der Termin eingetragen wird. Geplant ist, dass es pro Station einen Tag in der Woche gibt, in der die BegE-Pflegefachkräfte anwesend sind und die Beratungen, Nachsorgetelefonate und Hausbesuche eingeplant werden können.

Implementierung und Evaluation

4. 1 Implementierung

Im Rahmen der Projektlaufzeit vom 1. Februar 2015 bis Ende 2017 ist eine Implementierung des Konzepts nicht vorgesehen. Für die Umsetzung in der Praxis sowie für eine formative Evaluation wurde ein Folgeantrag beim Sozialministerium gestellt. Um eine spätere Implementierung zu erleichtern, werden die Pflegefachkräfte gebeten, alle im Projekt BegE entwickelten Instrumente und Verfahrensanweisungen auf Verständlichkeit zu prüfen und nach Möglichkeit zu testen.

4.2 Evaluation

Um Aussagen zur Wirksamkeit der im Rahmen des Projektes „BegE“ entwickelten Intervention machen zu können, wird angestrebt, der Implementierungsphase eine Evaluationsphase anzuschließen (voraussichtlich ab Sommer 2017). Dazu liegen ein Studiendesign sowie ein Fragebogen, der eingesetzt werden soll, vor.

Geplant ist ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign. Dazu werden drei strukturgleiche geriatrische Stationen ausgewählt. Eine Station wird als Kontrollstation eingesetzt. Auf dieser Station wird die bisher übliche Entlassungsplanung durchgeführt mit Beratungen der Sozial- und Pflegeberatung sowie unstrukturierten Beratungsgesprächen der Pflegefachkräfte. Auf den anderen beiden Stationen wird die im Rahmen des Projekts BegE entwickelte Intervention durchgeführt, das heißt, es werden kurz vor Entlassung der Patientin bzw. des Patienten strukturierte Beratungsgespräche geführt und Nachsorgetelefonate geführt. Der Evaluationsfragebogen wird auf beiden Stationen bei der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten persönlich mit einer kurzen Erklärung übergeben und bei den Entlassungspapieren mitgegeben. Die Angehörigen werden gebeten, den Fragebogen etwa zwei Tage nach der Entlassung auszufüllen und per Post zurückzuschicken. Die Erhebung wird auf den Stationen zeitgleich durchgeführt. Die Planung der Evaluationsstudie wird unterstützt durch Empfehlungen des Seminars des Instituts Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung in Tübingen, das von Prof. Dr. Monika Rieger geleitet wird. Darüber hinaus wurde im Rahmen einer biometrischen Beratung im Institut für klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie in Tübingen das Studiendesign und der Fragebogen besprochen und überarbeitet. Bei diesem Termin wurde auch anhand eines Wilcoxon-Rangsummentest eine Fallzahl von 70 Angehörigen pro Station berechnet, um für die Tropenlinik repräsentative Aussagen treffen zu können (siehe Anlage 10).

Der Evaluationsfragebogen (siehe Anlage 11) basiert auf einem englischsprachigen Instrument von Archbold et al. (1992), das misst, wie gut sich die Angehörigen auf bestimmte Aspekte der Pflegeübernahme vorbereitet fühlen (vgl. Archbold et al. 1992, 336–337). Das Instrument wurde bereits auf verschiedene Gütekriterien getestet und hat sich bereits in anderen internationalen Studie bewährt (vgl. Henriksson et al. 2012; Shyu et al 2008). Da bisher keine deutsche Version des Instruments vorliegt, wurde es aus dem Englischen übersetzt und rückübersetzt.

Literatur

- Ader, Michael; Brandl, Michaela; Dickreiter, Olaf; Heilmann, Carolin; Hüsgen, Melanie; Huß, Stefanie; Küpper, Andreas; Marquardt, Nina; Mielke, Carmen; Nasser, Denise; Ringlstetter, Jonathan; Rüssel, Susanne; Schäfer, Sabrina; Schulz, Anne; Wundersee, Nelli (2017):** Ein Schulungskonzept zur Erweiterung der Beratungskompetenz von Pflegefachkräften im Umgang mit pflegenden Angehörigen. Unveröffentlichter Abschlussbericht der Abschlussbericht der Projektgruppe von Studierenden des Bachelor Studiengangs Pflegepädagogik, Hochschule Esslingen.
- Archbold, Patricia G.; Stewart, Barbara J.; Greenlick, Merwyn R.; Harvath, Theresa A. (1992):** The Clinical Assessment of Mutuality and Preparedness in Family Caregivers to Frail Older People. In: Funk, Sandra G.; Tornquist, Elizabeth M.; Champagne, Mary T.; Wiese, Ruth A.: Key Aspects of Elder Care: Managing Falls, Incontinence, and Cognitive Impairment. New York: Springer Publishing Company, S. 328–339.
- Bakas, Tamilyn; Farran, Carol; Austin, Joan; Given, Barbara; Johnson, Elizabeth; Williams, Linda (2009):** Stroke Caregiver Outcomes from the Telephone Assessment and Skill-Building Kit (TASK). In: Topics in Stroke Rehabilitation, 16(2), S. 105–121.
- Bartholomeyczik, Sabine (2014):** Pflege im Krankenhaus. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaften. Studienausgabe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 513–530.
- Bender, Thomas (2013):** Kritische Analyse des Entlassmanagements. Kritische Analyse aus der Sicht des Patienten/Angehörigen. In: Deimel, Dominik; Müller, Marie-Luise (Hrsg.): Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme, S. 12–15.
- Boltz, Marie; Resnick, Barbara; Chippendale, Tracy; Galvin, James (2014):** Testing a Family-Centered Intervention to Promote Functional and Cognitive Recovery in Hospitalized Older Adults. In: Journal of the American Geriatrics Society, 62, 2398–2407.
- Braun, Stefan; Burkert, Carina; Hartmann, Anna-Lena; May, Cathrin; Saile, Tanja; Schwarz, Franziska (2016):** Identifizierung pflegerelevanter Beratungsschwerpunkte für Angehörige geriatrischer Patienten im Übergang – Analysen im Rahmen des Projekts Begleitete Entlassung („BegE“). Unveröffentlichter Projektbericht der Hochschule Esslingen.
- Büker, Christa (2015):** Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgabe der professionellen Pflege. Stuttgart,: Kohlhammer.
- Büscher, Andreas (2014):** Ambulante Pflege. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 491–512.

- Coleman, Eric; Smith, Jodi; Frank, Janet; Min, Sung-Joon; Parry, Carla; Kramer, Andrew (2004):** Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. In: Journal of the American Geriatrics Society, 52(11), S. 1817–1825.
- Coleman, Eric; Parry, Carla; Chalmers, Sandra; Min, Sun-joon (2006):** The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. In: Arch Intern Med 2006, 166(17), S. 1822–1828.
- Coleman, Eric; Roman, Sarah (2015):** Family Caregivers' Experiences During Transitions Out of Hospital. In: Journal for Healthcare Quality, 37(1), S. 12–21.
- Coleman, Eric; Roman, Sarah; Hall, Karla; Min, Sun-Joon (2015):** Enhancing the Care Transitions Intervention Protocol to Better Address the Needs of Family Caregivers. In: Journal for Healthcare Quality, 37(1), S. 2–11.
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2016):** „Was ist Geriatrie?“ Verfügbar unter <http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html> [Stand 24. Mai 2016].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009):** Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: Eigenverlag der Hochschule.
- Eckl, Barbara; Wiedenhöfer, Dirk; Heller, Regula; Frick, Ulrich (Hrsg.) (2010):** Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern: Verlag Hans Huber, S. 21–22.
- Elsbernd, Astrid; Hohloch, Friederike (2010):** Damit die Pflege zuhause gelingen kann: Ein generationenverbindendes Wohnprojekt. Modellprojekt zur Entwicklung eines Pflegenetzwerks. Lage: Jacobs Verlag.
- Engel, Frank; Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel (2012):** Theoretische Konzepte der Beratung. In: Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.): Lehrbuch. Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Bern: Hans Huber Verlag, S. 25–58.
- Ewers, Michael (2001):** Anleitung als Anleitung in der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Verfügbar unter: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-115.pdf> [22.11.2016].
- Friebertshäuser, Barbara; Langer, Antje; Prengel, Annedore (Hrsg.) (2010):** Handbuch. Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag, 2010.
- Gibson, Mary Jo; Kelly, Kathleen A.; Kaplan, Alan (2012):** Family Caregiving and Transitional Care: A Critical Review. Verfügbar unter: <https://caregiver.org/family-caregiving-and-transitional-care-critical-review-2012> [Stand 16. März 2016].

- Gittler-Hebestreit, Norbert (2006):** Pflegeberatung im Entlassmanagement. Grundlagen-Inhalte-Entwicklungen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Gröning, Katharina; Lebeda, Dorothee; Waterböhr, Jan-Willem (2015):** Die praktische Konzeption und die Instrumente im Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“. Studienbrief. Verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/neu/materialien/studienbriefe/Stb_praktische_Konzeption-2015.pdf [Stand 20. März 2016].
- Gröning, Katharina; Lienker, Heinrich; Sander, Brunhild (2015):** Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Programmbeschreibung. Verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/dokumente/Programmbeschreibung-2016.pdf [Stand 20. März 2016]
- Grützmacher, Sabine (2008):** Pflege-Überleitung und Entlassplanung. Theoretische Grundlagen und Konzepte des Übergangs von stationärer zu ambulanter Versorgung. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Gund, Tamara (2015):** Strukturierte Beratung Im Vorfeld der Krankenhausentlassung zur Absicherung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit. Kernelemente strukturierter Beratungsgespräche mit pflegenden Angehörigen im Rahmen des Übergangs. (unveröffentlichte Masterarbeit)
- Hartmann, Anna-Lena (2016):** Patientenedukation durch Pflegefachkräfte. Erhaltung und Förderung der Mobilität bei kognitiv uneingeschränkten älteren Menschen im Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting. Unveröffentlichte Bachelorarbeit der Hochschule Esslingen.
- Hartwig, Jörg; Waller, Heiko (2013):** Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten. In: Pflege, 21(3), S. 157–162.
- Henriksson, Annette; Andershed, Brigitta; Benzein, Eva; Arestedt, Kristofer (2012):** Adaptation and psychometric evaluation of the Preparedness for Caregiving Scale, Caregiver Competence Scale and Rewards of Caregiving Scale in a sample of Swedish family members of patients with life-threatening illness. In: Palliative Medicine, 26(7), S. 930–938.
- Hummel-Gaatz, Sonja; Doll, Axel (2007):** Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Themenbereich 3: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. 1. Aufl. München: Elsevier GmbH.
- Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver (Hrsg.) (2012):** Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Kersten, Annalena Jana (2015):** Schulungsanforderungen für die Schulung pflegender Angehöriger im Übergang vom stationären Setting in die häusliche Versorgung.

Qualitätsmerkmale und Aspekte der Umsetzbarkeit. Unveröffentlichte Bachelorarbeit der Hochschule Esslingen.

Koch-Straube, Ursula (2008): Beratung in der Pflege. 2., vollständig überarbeitete Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Langer, Juliane; Ewers, Michael (2013): „Es ist nicht mehr das alte Leben, das wir führen.“ Beratung von Angehörigen im pflegerischen Entlassungsmanagement. In: Pflege, 26(5), S. 311–320.

Li, Hong; Powers, Bethel Ann; MazurekMelnyk, Bernadette; McCann Robert; Koulouglioti, Christina; Anson, Elizabeth; Smith, Joyce; Xia, Yinglin; Glose, Susan; Tu, Xin (2012): Randomized Controlled Trial of CARE: An Intervention to Improve Outcomes of Hospitalized Elders and Family Caregivers. In: Research in Nursing & Health, 35(5), S. 533–549.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. neu ausgestaltete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp; Brunner, Eva (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, Barbara; Langer, Antje; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch. Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag, 2010, S. 323–333.

Meleis, Afaf Ibrahim (1999): Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Hans Huber.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2014): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Verfügbar unter: http://www.grn.de/fileadmin/user_upload/Rehakliniken/gk_baden-wuerttemberg_2014.pdf [04.03.2015]

Mischke, Claudia (2013): Beratungsbedarfe pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege. In: Hasseler, Martina; Meyer, Martha; Fischer, Thomas (Hrsg.): Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 197–210.

Naylor, Mary; Brooten; Dorothy; Campbell, Roberta; Maislin, Greg; McCauley, Kathleen; Schwartz, Sanford (2004): Transitional Care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. In: Journal of the American Geriatrics Society, 52, S. 675–684.

Niesel, Renate; Griebel, Wilfried; Netta, Brigitte (2008): Nach der Kita kommt die Schule. Mit Kindern den Übergang schaffen. Freiburg/Basel/Wien: Herder.

- Nowossadeck, Enno (2012):** Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In: GBE Kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Nr.2 (2012), S.1–8.
- Oswald, Wolf Dieter; Gatterer, Gerald; Fleischmann, Ulrich M. (Hrsg.) (2008):** Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns.2., aktualisierte und erweiterte Aufl. Wien: Springer Verlag, E-Book. Verfügbar unter:<http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-211-78390-0> [22.07.2015].
- Protz, Kerstin (2013):** Broschüren zur Unterstützung der Patientenedukation in den Themenbereichen MRSA, Kompression und Wundwissen – Eine Untersuchung anhand einer Veröffentlichung des Wundzentrums Hamburg e. V. In: Pflegewissenschaft, 15(12), S. 658–670.
- Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (2011):** Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schaeffer, Doris; Dierks, Marie-Luise (2012):** Patientenberatung. In: Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag, 2012, S. 757–790.
- Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (2012):** Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.
- Shyu, Yeah-Ing Lotus; Chen, Min-Chi; Chen, Sein-Tsong; Wang Hsiao-Ping; Shao, Jung-Hua (2008):** A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. In: Journal of Clinical Nursing, 17, S. 2497–2508.
- Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank (2008):** Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2015):** Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=1EAB580FB8249BB8783EA7936DF308DD.cae4?_blob=publicationFile [8.03.2016].
- Statistisches Bundesamt (2017):** Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter:https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?_blob=publicationFile (8.2.2017)
- Steimel, Roland (2003):** Individuelle Angehörigenschulung. Eine effektive Alternative zu Pflegekursen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH.

- Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno; Gottwald, Christa; Behrens, Johannes (2005):** Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege zur Förderung der Selbstständigkeit bei älteren Menschen. In: PrinterNet, 7(9), S. 472–479.
- Thompson, Carl A.; Spilsbury, Karen; Hall, Jill; Birks, Yvonne; Barnes, Colin; Adamson, Joy (2007):** Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. In: BioMedCentralGeriatrics, 18(7), S. 1–12.
- Universität Bielefeld (2015):** Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Evaluation des Modellprojektes. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht-2015.pdf [Stand März 2017]
- Universität Bielefeld (2016):** Kurzdarstellung des Programms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“. Verfügbar unter https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/ [Stand 20. März 2016]
- Wetzstein M.; Rommel A.; Lange C., (2015):** Pflegende Angehörige. Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE kompakt 6/3. Robert-Koch-Institut, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_3_pflgende_angehoerige.html (22.03.2016)
- Wingenfeld, Klaus (2005):** Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Hans Huber.
- Wingenfeld, Klaus (2011):** Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wingenfeld, Klaus (2014):** Pflegerisches Entlassungsmanagement. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 683–703.
- Zegelin-Abt, Angelika (2003):** Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: DV Pflegewissenschaft (Hrsg.): Das Originäre in der Pflege entdecken. Frankfurt: Mabuse Verlag, S. 103–115.
- Zwicker-Pelzer, Renate; Geyer, Elke; Rose, Andrea (2011):** Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung. Anregungen zur Weiterentwicklung neuer beruflicher Kompetenzen. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Anhang

Anlage 1: Überblick Interventionen

Autoren; Titel der Intervention; Jahr der Veröffentlichung; Ort	Zielgruppe	Beschreibung der Intervention	Gewählte Messgrößen (Studiendesign)	Ergebnisse
Coleman et al.; Care Transitional Program; 2004/2015; Denver (USA)	Patienten über 65 Jahren und deren Angehörige, insbesondere bei der Erweiterung der Intervention	<p><i>Ursprüngliche Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assessment im Krankenhaus - Hausbesuch (bis zu 14 Tagen nach Entlassung) - Bis zu 3 Telefonberatungen nach Entlassung <p><i>Erweiterte Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktische Übungen, Simulationen und Rollenspiele während des stationären Aufenthalts sowie beim Hausbesuch <p><i>Durchführende:</i></p> <p>„Transition Coachs“ (Pflegekräfte mit Weiterbildung)</p> <p><i>Themen:</i></p> <p>Erhöhung der Selbstwirksamkeit, Zielerreichung, Medikamentenmanagement, Versorgung, Komplikationen; erweiterte Version: zusätzlich Kommunikationsstrategien zur Formulierung eigener Bedürfnisse</p>	Rehospitalisierungsrate, Kosteneinsparungen (RCT), Medikamentenmanagement, Zielerreichung, Kommunikation mit dem Pflegepersonal (Interventionsstudie)	<p><i>Ursprüngliche Intervention:</i></p> <p>Patienten erreichen weitgehend ihre selbstgesteckten Ziele, verbesserte Kommunikation mit dem Pflegepersonal, verbessertes Verständnis bezüglich der Medikation, signifikanter Rückgang der Rehospitalisierungsrate 30, 90 und 180 Tage nach dem KH-Aufenthalt, gravierende Kosteneinsparungen.</p> <p><i>Erweiterte Intervention:</i></p> <p>signifikanter Zugewinn an</p>

				Kenntnissen zum Medikamentenmanagement; Angehörige erreichen überwiegend ihre selbstgesteckten Ziele
Naylor et al; Transitional Care Model; 2004; Pennsylvania (USA)	Patienten mit Risikofaktoren z. B. mehreren chronischen Erkrankungen und deren Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> - Umfassende Entlassungsplanung im Krankenhaus, Koordination der häuslichen Pflege und der Weiterversorgung - Erster Hausbesuch 24 Stunden nach Entlassung, weitere Hausbesuche bis zu 3 Monate nach Entlassung - Telefonische Erreichbarkeit <p><i>Durchführende:</i> „Transitional Care Nurses“ (Pflegekräfte mit Weiterbildung)</p> <p><i>Themen:</i> Erkennen von Änderungen des Gesundheitszustandes, Erweiterung pflegepraktischer Fähigkeiten, Erreichung selbstgesteckter Ziele, Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen</p>	Gesundheitszustand der Patienten, Lebensqualität, Zeit bis zur Wiederaufnahme in die Klinik bzw. bis zum Tod des Patienten, Krankheitskosten, Zufriedenheit mit der Pflege (3 RCTs)	Besserer Gesundheitszustand der Patienten, bessere Ergebnisse bei der körperlichen Dimension der Lebensqualität; Zeit bis zur Wiederaufnahme in die Klinik bzw. bis zum Tod konnte verlängert werden; höhere Zufriedenheit mit der Pflege; Senkung der Krankheitskosten (jeweils im Vergleich zur Kontrollgruppe); bezüglich Outcomes der Angehörigen werden derzeit Studien durchgeführt.

<p>Boltz et al.; Family Centered Function-Focused Care; 2014; Boston (USA)</p>	<p>Ältere Patienten sowie deren Familienmitglieder</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einbindung der Angehörigen und der Patienten in den Entlassungsprozess durch ein Assessment in dessen Anschluss Ziele und Pflegepläne gemeinsam entwickelt werden. - Schichtübergaben unter Einbezug der Patienten und der Angehörigen - Anbringen von Schrifftafeln und vereinfachten Pflegeplänen an das Patientenbett zur Vereinfachung der Kommunikation - Ausgabe einer Entlassungscheckliste - Hausbesuch innerhalb 48 Stunden nach der Entlassung - Wöchentliche Telefonanrufe für 4 Wochen <p><i>Durchführende:</i> „Family-Centered Resource Nurses“ (Pflegerkräfte mit Weiterbildung)</p> <p><i>Themen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsgabe zum Gesundheitszustand, zur Diagnostik sowie zur Behandlung - Schulung zu Pflegetechniken und zur Prävention eines Delirs sowie einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes - ambulante Dienstleistungsmöglichkeiten - Beratung zum Wohnumfeld 	<p><i>Bezüglich der Angehörigen:</i> Vorbereitung auf die Pflege, Angst, Depressivität, Belastungen, Qualität der Beziehung zum Patienten</p> <p><i>Bezüglich der Patienten:</i> Durchführung der ATLS, Auftreten eines Delirs, Rehospitalisierungsrate (RCT)</p>	<p>Die Angehörigen fühlen sich besser auf die Pflege, Angst, Pflegeübernahme vorbereitet (im Vergleich zur Kontrollgruppe), signifikante Abnahme von Angstzuständen und Depressionen bei den Angehörigen im Zeitraum von der Aufnahme bis zwei Monaten danach; keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe hinsichtlich dem Belastungserleben der Angehörigen und der Qualität der Beziehung zum Patienten.</p> <p>Patienten: bessere Werte bei der Durchführung der ATLS auf und bei der Laufleistung, allerdings kann bei der Gangart und bei</p>
--	--	---	---	---

				der Balance kein Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden, bzgl. des Auftretens eines Delirs nach der Aufnahme zeigen sich in der Interventionsgruppe eine geringere Ausprägung und eine kürzere Dauer. Die 30-Tage-Rehospitalisierungsrate ist in der Interventionsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.
Li et al.; Creating Avenues for Relative Empowerment; 2012; Rochester (USA)	Angehörige älterer Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - 1. Einheit (1-2 Tage): Entwicklung eines Plans mit den Angehörigen, welche Pflegetätigkeiten von ihnen übernommen werden können; Angehörige erhalten Tonbänder und schriftliches Material mit Informationen zu häufigen Verhaltensauffälligkeiten und dysfunktionalen Symptomen beim Patienten sowie Möglichkeiten, bei der Pflege zu helfen und Komplikationen vorzubeugen - 2. Einheit (1-3 Tage vor der Entlassung): Angehörige erhalten zwei 10minütige Tonbänder und Handouts mit 	<p><i>Bezüglich der Angehörigen:</i> Emotionale und funktionelle Bewältigung (z. B. Angst, Depressivität, Traurigkeit, Rollen Anpassung, Vorbereitung auf die häusliche Pflege) (RCT)</p> <p><i>Bezüglich der Patienten:</i> Funktioneller und kognitiver Status, Depressivität (RCT)</p>	Keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe zu allen Messzeitpunkten (zu Beginn der Intervention, zwei Wochen und zwei Monate nach der Entlassung), Autoren gehen davon aus, dass zu wenig auf die individuellen

		<p>Informationen zum Übergang, zu Möglichkeiten der Begleitung und der Vorbereitung der häuslichen Pflege sowie zur Förderung einer positiven Pflegebeziehung</p> <p><i>Durchführende:</i> Pflegefachkräfte</p>		<p>Bedarfe und Bedürfnisse eingegangen wurde.</p>
<p>Bakas et al.; Telephone Assessment and Skill-Building; 2009; Indiana (USA)</p>	<p>Angehörige von Patienten nach Apoplexie</p>	<p>- Schriftliche Informationen, die während des Krankenhausaufenthaltes den Angehörigen gegeben werden (unter anderem ein Arbeitsbuch zum Stressmanagement und 38 Informationsbögen zu verschiedenen Themen)</p> <p>- 8 wöchentliche Telefonanrufe mit denen spätestens 4 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt begonnen wird. Dabei wird ausgehend von einer Checkliste, die den aktuellen Bedarf erhebt, beraten.</p> <p><i>Durchführende:</i> Pflegefachkräfte</p> <p><i>Themen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege und Versorgung (u. a. Assistenz bei den ATLS, Medikation) - Instrumentelle Unterstützung (z. B. Regelung finanzieller Angelegenheiten, Organisation von Transportdiensten) - Informationen zum Krankheitsbild - Umgang mit persönlichen Reaktionen auf die Pflegeübernahme 	<p>Optimismus, Aufgabenbewältigung, Bewertung, ob die Pflege als Bedrohung wahrgenommen wird, Depressivität, Veränderung der Lebensumstände, Wahrnehmung der eigenen Gesundheit (RCT)</p>	<p>Signifikante Stärkung des Optimismus 4, 8 und 12 Wochen nach Interventionsbeginn sowie signifikante Verbesserungen nach 8 und 12 Wochen beider Bewertung, ob die Pflegeübernahme als Bedrohung wahrgenommen wird. Nach 4 Wochen konnten signifikante Verbesserungen in der Bewertung der Aufgabenbewältigung festgestellt werden (jeweils im Vergleich zur Kontrollgruppe); keine signifikanten Auswirkungen in</p>

				Hinblick auf die Symptome einer Depression, auf die Beurteilung der Lebensumstände sowie auf die Wahrnehmung der allgemeinen Gesundheit
Gröning et al.; Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs; 2015/2016; Bielefeld (Deutschland)	Angehörige von Patienten mit einer Pflegestufe bzw. beantragten Pflegestufe	<ul style="list-style-type: none"> - Erstgespräche und Pflegetrainings im Krankenhaus - „Qualitätscheck“ (Überprüfung von Wohnumfeld, Pflegehilfsmittel und Medikamenten) und Pflegetraining im Wohnumfeld - Familienberatung im Krankenhaus und/oder im häuslichen Umfeld - Initialpflegekurse (Gruppenschulung) <p>Durchführung bereits seit 2004 an über 400 Akutkrankenhäuser, Psychatrien und Rehakliniken; Förderprogramm der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Nord/West</p> <p><i>Durchführende:</i> Pflegefachkräfte mit Weiterbildung</p> <p><i>Themen:</i> Informationen zur Diagnose und zum voraussichtlichen Versorgungsbedarf, Pflegetechniken, Erkennen von Veränderungen des Gesundheitszustandes, Pflegehilfsmittel, Wohnumfeld,</p>	Bewertung der Intervention durch die Angehörigen (mittels Fragebogen)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit der Angehörigen gibt an, dass sie in den Trainings und Kursen viel Neues gelernt haben und dass die Inhalte verständliche vermittelt wurden - Über 90 Prozent der Angehörigen, die an den Pflegetrainings teilgenommen haben, fühlen sich durch die erworbenen Kenntnisse und den Kompetenzaufbau auf die Pflege vorbereitet. Am häufigsten wurden Mobilisation und Lagerung geübt.

		Medikation, Organisation der Pflege und Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Bewertung der Familienberatungsgespräche, unter anderem, da diese helfen, die Pflege konkret zu planen und die Pflegeübernahme als „Familienprojekt“ erachtet wird. - 97 Prozent der Angehörigen, die an den Initialpflegekursen teilnahmen, gaben an sich gut auf die häusliche Pflegesituation vorbereitet zu fühlen.
--	--	--	---

<p>Shyu et al.; Caregiver-oriented discharge planning program; 2008; Taoyuan (Taiwan)</p>	<p>Angehörige von Patienten, die wegen eines Schlaganfalls stationär behandelt wurden</p>	<p>- 4-5 etwa 30minütige Beratungsgespräche während des Krankenhaus-aufenthalts - Telefonische Beratung innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung - Hausbesuche in der ersten Woche und nach einem Monat nach der Entlassung</p> <p><i>Durchführende:</i> „Research Nurses“, die an einer achtstündigen Schulung zur Intervention teilgenommen haben</p> <p><i>Themen:</i> Ermittlung der Bedarfe und der konkurrierenden Bedürfnisse der Angehörigen, Anleitungen zu Pflorgetechniken, Unterstützungsdienste (Manual, um ein einheitliches Vorgehen zu erreichen liegt vor)</p>	<p>Stand der Vorbereitung der Angehörigen, Erfüllung von Bedarfen und Bedürfnissen der Angehörigen bezüglich der Entlassung, Ausgewogenheit zwischen den konkurrierenden Bedürfnissen der Angehörigen (RCT)</p>	<p>Der Stand der Vorbereitung auf die häusliche Pflege wurde nach der Intervention signifikant besser eingeschätzt als vor deren Durchführung. Einen Monat nach der Entlassung wurde auch die Erfüllung von Bedarfen und Bedürfnissen besser eingeschätzt als vor Durchführung der Intervention. Auch im Vergleich mit der Kontrollgruppe schnitt die Interventionsgruppe bei diesen beiden Outcomes signifikant besser ab. Allerdings konnten keine Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bei der Messung der Ausgewogenheit zwischen konkurrierenden Bedürfnissen der Angehörigen festgestellt werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Intervention zu einer besseren Vorbereitung auf die Pflegeübernahme führt und die Erfüllung von Bedarfen und Bedürfnissen erhöht, die in Zusammenhang mit der Entlassung stehen.</p>
---	---	---	---	--

Anlage 2: Verfahrensweisung

Projekt „Begleitete Entlassung“ (BegE)

Verfahrensweisung zur Bedarfserhebung

1. Auswahl der Teilnehmer
 - *Vorauswahl über Orbis : Neuaufnahmen auf Alter (>70 Jahre), Diagnose und Barthel-Index überprüfen. Ebenso im Aufnahmestatus, der Pflegeanamnese und Anamnese auf Hinweise zur Lebenssituation suchen (Pflegeheim, ambulanter Dienst, welche Personen unterstützen...?)*
 - *Sobald bekannt ist, dass ein geriatrischer Patient voraussichtlich ohne die Unterstützung eines ambulanten Dienstes ins häusliche Setting entlassen wird, wird die Patientin bzw. der Patient durch eine Projektmitarbeiterin kontaktiert. Sie informiert die Patientin bzw. den Patienten über das Projekt und holt sich deren/dessen mündliche Zustimmung zur Kontaktaufnahme mit den Angehörigen. Die Kontaktdaten werden bevorzugt von der Projektmitarbeiterin im persönlichen Kontakt mit der Angehörigen bzw. dem Angehörigen aufgenommen (z. B. bei einem Krankenbesuch). Die Mitarbeiterin informiert dabei nochmal ausführlich über das Projekt, händigt das Informationsblatt sowie die Einverständniserklärung aus und vereinbart einen Termin zur Befragung, wenn die bzw. der Angehörige und die Patientin bzw. der Patient dazu einwilligen.*
 - *Beim Informationsgespräch wird der Patient zuerst begrüßt und die Projektmitarbeiterin stellt sich vor. Das Projekt stellt sie zum Beispiel folgendermaßen vor: “Wir machen hier im Paul-Lechler-Krankenhaus zur Zeit ein Projekt. Man möchte in Zukunft, ab Herbst/Winter Patienten und Angehörige bei der Entlassung unterstützen und begleiten. Oft ergeben sich durch den Krankenhausaufenthalt Veränderungen und Unsicherheiten. Damit es Patienten, wie Sie, daheim wieder gut schaffen und einen guten Start haben wollen wir Sie und Ihre Angehörigen begleiten. (gegebenenfalls weitere Erläuterungen und Informationen, je nach Zustand des Patienten). Um ein gutes Angebot machen zu können, führen wir zur Zeit Gespräche mit Angehörigen. Dabei haben wir einige Themen zusammengestellt, die bei einer Entlassung wichtig sind und möchten gerne wissen, welche Themen für Sie und Ihre Angehörigen wichtig sind. (Zum Beispiel: Medikamenteneinnahme? Hilfsmittel?... Bei Bedarf werden exemplarisch Beispiele genannt. Vorsichtig manche Patienten/Angehörige blocken dann ab,... das weiß ich schon...) Darf ich Sie fragen, ob Sie noch zu Hause wohnen? Kommt schon ein Pflegedienst oder die Sozialstation?...Könnten Sie sich vorstellen, dass ich mit Ihren Angehörigen (wenn schon aus dem Gespräch klar ist, wer der Ansprechpartner ist, diesen wählen) sprechen kann? Wissen Sie wann diese zu Besuch kommen? Wenn möglich persönlich Kontakt während eines Besuchs aufnehmen.*
 - *Die Angehörigen werden auch über das Projekt, die Ziele und die Inhalte der Befragung informiert. Ihnen wird auch angeboten sie nach der Befragung zu beraten, wenn sich Fragen ergeben.*
 - *Ist es schwierig, die Angehörige bzw. den Angehörigen persönlich anzutreffen, werden Informationsschreiben, Einverständniserklärung sowie das Datenblatt zur Kontaktaufnahme (Kontaktblatt) im Patientenzimmer hinterlegt. Auf diesem wird die Angehörige bzw. der Angehörige gebeten, seine Kontaktdaten anzugeben. Die Projektmitarbeiterin kontaktiert die Angehörigen in diesem Fall telefonisch, in Einzelfällen auch per Mail. Bei der Kontaktaufnahme per Telefon bzw. per Mail wird nochmal kurz das Projekt beschrieben und nachgefragt, ob das*

Informationsblatt verstanden wurde. Der Zeitaufwand zur Befragung wird mit 30 min angekündigt. Zudem werden die Einschlusskriterien nochmals überprüft. Ist die bzw. der Angehörige mit einer Befragung einverstanden, wird ein Termin im Paul-Lechler-Krankenhaus vereinbart. Die Angehörige bzw. der Angehörige wird gebeten, die Einverständniserklärung unterschrieben mitzubringen.

- In beiden Fällen müssen zwischen dem Vorliegen des Informationsblattes und der Einverständniserklärung bei den Angehörigen und dem Befragungszeitpunkt mindestens 24 Stunden liegen.
- Das Ausfüllen des Fragebogens muss im Rahmen eines Befragungsgesprächs stattfinden. Der Fragebogen darf nicht selbstständig vom Angehörigen ausgefüllt werden. Die Befragung kann auch nicht von den Pflegekräften auf Station übernommen werden.
- Falls sich bei der Kontaktaufnahme herausstellt, dass im Pflegearrangement mehrere Angehörige aktiv sind, wird bei der Patientin bzw. beim Patienten nachgefragt, welche Angehörige bzw. welcher Angehöriger derzeit für eine Befragung aufgrund ihrer/seiner Verfügbarkeit und mutmaßlichen Bereitschaft geeignet ist. Pro Pflegebedürftiger wird ein Angehöriger befragt. Pro Patientin bzw. pro Patient wird eine Angehörige bzw. ein Angehöriger befragt. Osteuropäische Pflegekräfte, die im Haushalt der Patientin bzw. des Patienten leben, fallen innerhalb des Projektes nicht in den Personenkreis der Angehörigen und können deshalb nicht befragt werden.
- Die Einverständniserklärung muss spätestens beim Befragungstermin von der/dem Angehörigen als auch von der Patientin bzw. vom Patienten unterschrieben vorliegen. Ist die Patientin bzw. der Patient nicht in der Lage, die schriftliche Einverständniserklärung zu verstehen, wird sie bzw. er im Rahmen der Möglichkeiten mündlich informiert und die Unterschrift der/des Bevollmächtigten oder der Betreuerin bzw. des Betreuers eingeholt. Ist hier die Situation noch unklar (z. B. bei neu aufgetretenen gravierenden kognitiven Problemen) kann die Befragung nicht durchgeführt werden.
- Die unterschriebene Einverständniserklärung behält die Projektmitarbeiterin. Der Angehörige erhält eine Kopie davon. Das Infoblatt behält die/der Angehörige.
- Den Angehörigen ist es möglich, die Verwerfung ihres Fragebogens und ihrer Einverständniserklärung bis zum Beginn der Auswertung einzufordern (siehe Informationsblatt). Zu diesem Zweck wird eine Liste der Patienten und der befragten Angehörigen erstellt. Diese Liste ist durchnummeriert. Auf dem Fragebogen sowie auf der Einwilligungserklärung ist lediglich diese Nummer vermerkt. Die Liste dient auch dazu, dass eine doppelte Teilnahme/Anfrage einer Patientin bzw. eines Patienten oder einer/eines Angehörigen an der Befragung (z. B. bei einer Wiedereinweisung) vermieden wird.

2. Durchführung der Befragung:

- Die Befragung findet im PLK während des Aufenthalts der Patientin bzw. des Patienten statt. Es wird dafür ein Raum gewählt, der gut für ein Gespräch geeignet ist. Die Patientin bzw. der Patient kann nach Absprache mit der/dem Angehörigen bei der Befragung anwesend sein, muss aber nicht. Das Gespräch kann auch im Patientenzimmer stattfinden, wenn keine weiteren Patienten bzw. Besucher anwesend sind.
- Zu Beginn der Befragung wird nochmal kurz das Einschlusskriterium „geplante Entlassung ohne ambulanten Pflegedienst“ überprüft und nachgefragt, ob das Informationsblatt verstanden wurde. Zudem wird kontrolliert, ob die Einverständniserklärung unterschrieben vorliegt. Der bzw. dem

Angehörigen sowie der Patientin bzw. dem Patienten wird nochmals Gelegenheit gegeben, Fragen zum Projekt zu stellen.

- *Es wird darauf hingewiesen, dass zuerst der Fragebogen durchgegangen wird und anschließend auf die Beratungsschwerpunkte und eventuelle Bedarfe eingegangen wird..*
- Die Antworten zur offenen Eingangsfrage vermerkt die Projektmitarbeiterin stichwortartig auf dem Fragebogen.
- Den zweiten Teil der Befragung leitet die Projektmitarbeiterin folgendermaßen ein: „Im folgenden nenne ich Ihnen Themen, die möglicherweise für Sie in der derzeitigen Situation interessant sein könnten. Bitte bewerten Sie, wie wichtig Ihnen die Themen sind, indem Sie eine Skala zwischen 1 und 4 verwenden. Dabei bedeutet die 1, dass Ihnen das Thema sehr wichtig ist. 4 bedeutet, dass Ihnen das Thema überhaupt nicht wichtig ist.“ Anschließend werden die Beratungsschwerpunkte nach der *Wichtigkeit* abgefragt und je nach Verständlichkeit des Themas um Beispiele ergänzt bzw. der Beratungsschwerpunkt umschrieben, z. B. „Wie wichtig ist Ihnen derzeit eine Beratung zur Sicherung der Finanzierung der Ihrer Lebenssituation und der des Patienten, z. B. welche gesetzlichen Ansprüche seitens der Pflege- und Krankenkasse bestehen?“ Nach jedem der drei Beratungsschwerpunkte kann die Projektmitarbeiterin ggf. Bemerkungen eintragen, z. B. weitere Themen, die während der Befragung aufkamen. Der zweite Teil der Befragung schließt damit, dass den Angehörigen die Gelegenheit gegeben wird, abschließende Ergänzungen zu machen.
- *Oft antworten die Angehörigen nicht mit einer Einschätzung, sondern beschreiben die Situation oder Fragen zum Beratungsschwerpunkt. Man muss diese immer wieder zurückführen und sollte die genannten Probleme oder Sorgen nicht vergessen, um anschließend darauf eingehen zu können.*
- Der dritte Teil der Befragung kann folgendermaßen eingeleitet werden: „Jetzt haben Sie den größten Teil der Befragung geschafft. Wir sind beim letzten Teil der Befragung angekommen und brauchen nun noch einige statistische Daten von Ihnen und Ihrem Angehörigen zur Auswertung.“
- Am Ende der Befragung wird der bzw. dem Angehörigen nochmal Gelegenheit gegeben, Anmerkungen zu machen oder Fragen zu stellen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass es auch nach der Befragung die Möglichkeit gibt, Kontakt zur Projektleitung aufzunehmen. Das Gesprächendet mit dem Dank an der Teilnahme.
- Stellt sich während des Gesprächs heraus, dass der Angehörigen bzw. dem Angehörigen durch die Befragung die Komplexität seiner Situation bewusst wird und sie/er Unterstützung wünscht, wird auf die Sozial- und Pflegeberatung verwiesen bzw. angeboten, einen Kontakt herzustellen, falls dieser noch nicht besteht.
- *Gut ist es gleich eine Beratung anzuschließen, soweit eine Beratung durch den Befrager möglich ist. Durch die Befragung ist der genaue Bedarf oft schon klar. Bei schwierigeren Fällen kann die Sozial- und Pflegeberatung hinzugezogen werden.*
- Möchte die bzw. der Angehörige während der Befragung das Gespräch abbrechen, wird dies ohne Angaben von Gründen ermöglicht. Es wird seitens der Projektmitarbeiterin allerdings nachgehakt, ob bisher erhobene Daten ausgewertet werden dürfen und ob bisher ausgefüllte Dokumente (Einverständniserklärung, Fragebogen) vernichtet werden sollen.

3. Nachbereitung der Befragungen

- Anmerkungen zur Befragung(ssituation) können von der Projektmitarbeiterin am Ende des Fragebogens dokumentiert werden.
- Die unterschriebenen Einverständniserklärungen werden zusammen mit der Teilnehmerliste aufbewahrt. Der Fragebogen wird davon getrennt abgelegt. Die Teilnehmerliste und die Einverständniserklärungen werden verschlossen aufbewahrt. Zu den Projektunterlagen hat nur die Projektleitung Zugang.
- Die unterschriebenen Einverständniserklärungen sowie die ausgefüllten Fragebögen vernichtet werden nach Beendigung des Projekts vernichtet.

Anlage 3: Fragebogen zur Erhebung des Beratungsbedarfs

--	--

Projekt „Begleitete Entlassung“ (BegE): Instrument zur Erhebung von Beratungsbedarfen von pflegenden Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten beim Übergang vom stationären ins häusliche Setting

1. Offene Einstiegsfrage zur Erhebung des Beratungsbedarfs

In einigen Tagen wird Ihr Angehöriger vom Paul-Lechler-Krankenhaus nach Hause entlassen. Sie kennen ihn und die häusliche Situation sehr gut. Voraussichtlich werden Sie Aufgaben im Hinblick auf die Pflege und Versorgung übernehmen. Wenn Sie an die künftige Situation denken: Gibt es Themen, bei denen eine Beratung für Sie hilfreich wäre? Welche Sorgen und Fragen bewegen Sie?

2. Fragen zur Wichtigkeit von verschiedenen Beratungsschwerpunkten

Wie wichtig ist Ihnen derzeit eine Beratung zu folgenden Themen, die die Pflege und Versorgung Ihres Angehörigen betreffen? Bitte bewerten Sie im Folgenden die Wichtigkeit der Themen auf einer Skala von 1-4. Dabei bedeutet „1“, dass Ihnen das Thema derzeit sehr wichtig ist, „4“ bedeutet, dass Ihnen das Thema derzeit überhaupt nicht wichtig ist.

A) Alltagsbezogene Beratungsschwerpunkte	
1. Sicherung finanzieller Grundlagen (z. B. gesetzliche Leistungsansprüche der Pflege- und Krankenkassen, berufliche Perspektiven, weitere finanzielle Hilfen)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
2. Rechtliche Aspekte (z. B. Bedeutung von Patientenverfügungen und Testamenten, Bestellung eines gesetzlichen Betreuers)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
3. Alltagsgestaltung und Alltagsroutinen (z. B. Umstellung des Lebensalltags/angepasste Strukturierung des Tagesablaufes, Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
4. Gestaltung des Pflegeumfeldes und Wohnraumanpassung (z. B. Einrichten des Pflegezimmers, barrierefreie und sichere Gestaltung des Umfeldes)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
5. Organisation von informellen Unterstützungssystemen (z. B. Organisation von Hilfe aus der Familie, Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
6. Organisation von Diensten, die die häusliche Versorgung ergänzen (z. B. Mahlzeitendienste, Hausnotrufdienste, Fahrdienste, ehrenamtliche Leistungsangebote)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
Bemerkungen zu A)	
B) Krankheits- und pflegebezogene Beratungsschwerpunkte	
1. Gesundheitsstatus und Perspektiven (z. B. Verstehen der Krankheit und des Krankheitsverlaufs, Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Einschränkungen)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
2. Orientierungshilfen (z. B. Hilfen zum Wiederfinden eines Ortes/Raums, zum Erkennen von Personen oder zur Orientierung hinsichtlich der Tageszeit, Unterstützung bei Gedächtnisschwierigkeiten)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
3. Wahrnehmung/Management von Symptomen der Erkrankung (z. B. Umgang mit krankheitsbedingten körperlichen Veränderungen, Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensveränderungen, Notfallmanagement)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig
4. Pflegetechniken und Prävention (z. B. allgemeinpflegerische Handlungen, Vermeidung von Pflegefehlern, Anwendung von Prophylaxen, schonende Pflegetechniken)	sehrwichtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nichtwichtig

<p>5. Perspektiven der Pflegeübernahme (z. B. Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Pflege und alternative Versorgungsmöglichkeiten) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>6. Spezielle Versorgungsanforderungen (z. B. Medikamenteneinnahme, spezielle Ernährung, behandlungspflegerische Verrichtungen) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>7. Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch (z. B. Organisation und Anwendung von Pflegehilfsmitteln) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>8. Professionelle Entlastungsmöglichkeiten (z. B. ambulante Pflegedienste, Beratungs- und Koordinierungsstellen, Selbsthilfegruppen) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>Bemerkungen zu B)</p>
<p>C) Psychosoziale und biografiebezogene Beratungsschwerpunkte</p>
<p>1. Gestaltung der Beziehung zum Patienten (z. B. Umgang mit der neu entstandenen Beziehungsebene, Umgang mit gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnissen) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>2. Verhaltensweisen zur Reduzierung von Belastungen (z. B. Wahrnehmung eigener Grenzen, Offenheit für Hilfe und Möglichkeiten der Entlastung, Möglichkeiten zur Stressbewältigung) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>3. Sicherung sozialer Beziehungen (z. B. Umgang mit Konflikten in der Familie, Verhinderung sozialer Isolation) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>4. Anpassung der Lebensgestaltung (angepasste familiäre und berufliche Zukunftsplanung, Akzeptanz krankheitsbedingter Begrenzungen) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>5. Wahrnehmung und Bewältigung von Krisen (z. B. Verarbeitung von Krisenerfahrungen, Anwendung von Bewältigungsstrategien) sehrwichtig <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> nichtwichtig</p>
<p>Bemerkungen zu C)</p>

D) Möchten Sie noch etwas ergänzen oder möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

3. Soziodemografische Daten

3.1 Daten zum Angehörigen

3.1.1 Geschlecht: männlich weiblich

3.1.2 Ihr Alter: _____ Jahre

3.1.3 Ihr Verhältnis zum Patienten:

- Ehefrau/-mann Tochter/Sohn Schwiegertochter/-sohn Eltern
 Sonstiges: _____

3.1.4 War es bereits vor dem Krankenhausaufenthalt notwendig, Aufgaben bezüglich Pflege und Versorgung des Patienten von Angehörigen zu übernehmen?

- Nein, der Patient konnte sich bisher selbst versorgen
 Ja, seit: _____

3.1.4a Wenn ja: Wer hat bisher *die Organisation und Koordination* der Pflege und Versorgung maßgeblich übernommen?

- Sie _____
 ein anderer Angehöriger: _____
 Sonstige: _____

3.1.4 Wenn ja: Welche Personen waren bisher im Pflegearrangement involviert (z. B. zur Übernahme von Aufgaben in Pflege und Versorgung des Patienten)?

- Sie: In welchem zeitlichen Umfang? Ca. _____ Stunden/pro Woche
 weitere Angehörige: _____
 formale Dienstleister: _____
 Sonstige: _____

3.1.5 Wer wird voraussichtlich nach der Entlassung die *Organisation und Koordination* der Pflege und Versorgung maßgeblich übernehmen?

- Sie
 ein anderer Angehöriger: _____
 Sonstige: _____

3.1.6 Welche Personen werden voraussichtlich nach der Entlassung im Pflegearrangement involviert sein (z. B. zur Übernahme von Aufgaben in Pflege und Versorgung des Patienten)?

- Sie
 weitere Angehörige: _____
 formale Dienstleister: _____
 Sonstige: _____

3.1.7 Sind Sie erwerbstätig? ja: _____ Stunden/pro Woche nein k. A.

3.1.8 Leiden Sie selbst unter Erkrankungen, die Auswirkungen auf Ihren Alltag hat?

- ja nein k. A.

3.1.9 Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie? _____

3.1.10 Anmerkungen: _____

3.2 Daten zum Patienten:

3.2.1 Grund für die Einweisung ins PLK: _____

3.2.2 Wie war die Wohnsituation vor dem Krankenhausaufenthalt?

- Patient lebte alleine im eigenen häuslichen Umfeld
- Patient lebte mit folgenden Personen im eigenen häuslichen Umfeld: _____
- Patient lebte bei folgenden anderen Personen: _____
- Sonstiges: _____

3.2.3 Wie wird die Wohnsituation nach dem stationären Aufenthalt voraussichtlich sein?

- Patient lebt voraussichtlich alleine im eigenen häuslichen Umfeld
- Patient lebt voraussichtlich mit folgenden Personen im eigenen häuslichen Umfeld: _____
- Patient lebt voraussichtlich bei folgenden anderen Personen: _____
- Sonstiges: _____

3.2.4 Anmerkungen: _____

3.3 Daten aus dem Patientenblatt:

3.3.1 Geschlecht des Patienten: männlich weiblich

3.3.2 Alter des Patienten: _____ Jahre

3.3.3 Einweisungsdiagnose(n) des Patienten _____

3.3.4 Abrechnungsrelevanten Diagnose(n) des Patienten: _____

3.3.5 Pflegestufe: keine Stufe 0 Stufe I Stufe II Stufe III Härtefall
 weiß nicht k. A.

3.3.6 Barthel-Index Gesamtpunktzahl bei Aufnahme:

3.3.7 Tag der geplanten Entlassung: _____

3.3.8 Datum der Erhebung: _____

Anmerkungen: _____

Anlage 4: Informationsschreiben im Rahmen der Bedarfserhebung

Tübingen, den ...

Informationsblatt zur Befragung im Projekt „Begleitete Entlassung – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege“ (BegE)

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

das Projekt „Begleitete Entlassung – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege“ hat das Ziel, die Angehörigen besser auf die häusliche Pflege vorzubereiten. Es ist geplant, den Angehörigen geriatrischer Patientinnen und Patienten bereits während des Krankenhausaufenthaltes ein Beratungs- und Unterstützungsangebot anzubieten, das auch noch einige Zeit nach der Entlassung fortgesetzt wird. Das Projekt wird vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg gefördert und von der Hochschule Esslingen begleitet.

Damit bei der Entwicklung des Angebots der tatsächliche Unterstützungsbedarf der Angehörigen berücksichtigt werden können, führen wir in der Klinik derzeit eine Befragung von Angehörigen geriatrischer Patienten durch. Durch diese wird erfasst, was die Angehörigen im Hinblick auf die Organisation und Übernahme der häuslichen Pflege beschäftigt.

Wenn Sie sich bereit erklären, an der Bedarfserhebung teilzunehmen, wird eine Mitarbeiterin der Abteilung Qualitätsentwicklung mit Ihnen dazu einen Termin vereinbaren. Die Befragung wird etwa 30 Minuten dauern und in der Klinik während des stationären Aufenthalts durchgeführt. Vor der Befragung werden Sie gebeten, eine Einverständniserklärung zur Teilnahme zu unterschreiben.

Die Mitarbeiterinnen des Paul-Lechler-Krankenhauses stehen vertraglich unter Schweigepflicht und sind zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Die auf dem Fragebogen erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Während der Befragung können Sie das Gespräch jederzeit abbrechen und eventuell bereits erhobene Daten werden vernichtet. Bei Nichtteilnahme bzw. bei einem vorzeitigen Abbruch an der Teilnahme entstehen für Sie bzw. für Ihren stationär aufgenommenen Angehörigen keinerlei Nachteile.

Über Ihre Teilnahme an der Bedarfserhebung würden meine Projektmitarbeiterinnen und ich uns sehr freuen. Bei Fragen oder sonstigen Anliegen vor oder auch nach der Befragung können Sie mich sehr gerne anrufen oder eine E-Mail schreiben.

Entscheiden Sie sich für die Teilnahme an der Befragung, melden Sie sich einfach unter folgender Telefonnummer 07071 / 206-0 bei Frau Michaletz-Stolz oder senden eine E-Mail an gepraktikant@tropenlinik.de. Für Rückfragen finden sie uns auch im Zimmer 024, auf der Ebene unterhalb des Eingangs, im Paul-Lechler-Krankenhaus.

Mit freundlichen Grüßen

Kontaktadresse:
Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus
Regina Michaletz-Stolz (Projektleitung BegE)
Paul-Lechler-Straße 24, 72076 Tübingen
Tel. 07071-206-0
E-Mail: michaletz-stolz@tropenlinik.de

Anlage 5: Einverständniserklärung im Rahmen der Bedarfserhebung

**Einverständnis zur Mitwirkung an der Bedarfserhebung im Rahmen des Projekts
„Begleitete Entlassung – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher
Pflege“ (BegE)**

Hiermit erkläre ich mich mit der Teilnahme an dem oben genannten Forschungsprojekt einverstanden.

Ich wurde ausführlich über Inhalt, Bedeutung und Nutzen sowie die Tragweite der Bedarfserhebung aufgeklärt. Das Informationsschreiben wurde mir ausgehändigt. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Der vertrauliche und anonyme Umgang mit den erhobenen Daten wurde mir zugesichert. Mit der anonymen Speicherung, Auswertung und Veröffentlichung der Daten bin ich einverstanden. Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Angehörigen

Kontaktadresse:

Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus
Regina Michaletz-Stolz (Projektleitung BegE)
Paul-Lechler-Straße 24, 72076 Tübingen
Tel. 07071-206-0
E-Mail: michaletz-stolz@tropenlinik.de

Anlage 6: Handreichung

Handreichung: Schulungsveranstaltung

– Beratung von pflegenden Angehörigen –

1. Teil 1: Pflegeberatung

1.1 Definition: „Professionelle Beratung setzt ein oder ist erforderlich, wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfenetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (Koch-Straube 2008, 66).

1.2 Merkmale einer geplanten Beratung:

- Freiwilligkeit (Koch-Straube 2008, 77)
- Ganzheitliche Beratung (Koch-Straube 2008, 77)
- Strukturierter, interaktiver und ergebnisoffener Prozess (Büker 2015, 94)
- Zeit für den Beziehungsaufbau (Büker 2015, 93)
- Zeitliche Begrenzung (Dietrich 1983, 2)

2. Beide Perspektiven: Bedarf und Bedürfnis

2.1 Begriffsklärung von Bedürfnis aus psychologischer Sicht:

„Bedürfnis, Psychologie: 1) Zustand eines physiologischen oder psychischen Mangels; 2) der als Mangel empfundene Erlebniszustand, der mit dem Streben nach Behebung (Befriedigung) verbunden ist“ (Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Bedürfnis Psychologie 2015).

Bedürfnisse sind individuell, universell und dynamisch. Sie können aber bezogen auf materielle Grundlagen (z.B. Lebensmittel) einen objektiven Charakter annehmen. Es existieren unendlich viele Bedürfnisse (Rudolf 1983, 81-83). In der Pflege beziehen sich die Bedürfnisse auf die Pflegeempfänger und deren Angehörige.

Notizen:

2.2 Begriffsklärung von Pflegebedarf:

Als Pflegebedarf bezeichnet man einen Teil oder die Gesamtheit der Interventionen, die erforderlich/geeignet sind, um pflegerelevante Problemlagen zu bewältigen. Hiermit wird also kein Merkmal der Pflegeempfänger beschrieben, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Entscheidung/Beurteilung, in den verschiedene Normen (professionelle, kulturelle, sozial-rechtliche) einfließen können (Schaeffer und Wingenfeld 2014, 263).

2.3 Abgrenzung von Bedarf und Bedürfnis:

Bedarf und Bedürfnis müssen deutlich voneinander abgegrenzt werden, aufgrund dessen das Pflegebedarf eine Kategorie mit einem normativen Charakter darstellt und von professionellen Sichtweisen, Kriterien und Entscheidungen geprägt ist. Bedürfnisse werden einschließlich den Personen der Pflegeempfänger/pflegenden Angehörigen zugeordnet und sind sehr individuell und personenbezogen (Wirtschaftslexikon 2015). Die Formulierung des Pflegebedarfs orientiert sich im Wesentlichen an der Anforderung die Grundbedürfnisse zu befriedigen, wie sie auch in Bedürfnismodellen (z.B. Maslow) definiert werden (Schaeffer und Wingenfeld 2014, 273).

Die verschiedenen Definitionen von Bedürfnis machen deutlich, dass eine Abgrenzung zwischen Pflegebedarf und Pflegebedürfnis für die Pflegefachkräfte und den pflegenden Angehörigen relevant ist.

Bedürfnisse und Bedarfe stellen zwei unterschiedliche Perspektiven dar, die nicht immer übereinstimmen müssen (Schaeffer und Wingenfeld 2011, 273-274). Aber aus einem Bedürfnis kann sich ein Bedarf entwickeln. Dieses Thema Bedarf formuliert Dorothea Orem wie folgt: „Wenn die Selbstpflegefähigkeiten nicht ausreichen, um die aktuellen Erfordernisse und Probleme zu bewältigen, dann entsteht Bedarf“ (Orem in Schaeffer und Wingenfeld 2011, 32,26).

3. Kommunikation & Gesprächsführung

Menschen kommunizieren miteinander, um sich zu verständigen, sich verstehen, Informationen auszutauschen und sich weiterzuentwickeln. Mit der Sprache stellen wir Beziehung her. Ein Großteil der Aufgaben in der Pflege spielt sich im Kontakt und in Gesprächen zu den Pflegeempfängern und deren Angehörigen ab. Kommunikation hat eine hohe Bedeutung in der pflegerischen Tätigkeit. Sprache ist das Milieu, in dem sich Pflege vollzieht. In allen Pflegehandlungen gestalten immer die Worte die Beziehung, Worte können kränkend oder heilend wirken. Sprache stellt ein wesentliches Instrument des beruflichen Handelns dar (Olbrich 2013, 204).

3.1 Vorbereitung auf ein Gespräch in fünf Schritten

Schritt 1: Kontext, Vorgeschichten und Anlass klären

Vorgeschichte, Anlass und Beweggründe klären (Benien 2008, 50)

Schritt 2: Selbstklärung

Eigene Sichtweise und Position zum Gespräch betrachten. Für die Vorbereitungsphase ist die eigene Zielsetzung von zentraler Bedeutung. Diese Ziele sollten einmal vorformuliert werden (Benien 2008, 60).

Schritt 3: Perspektivenwechsel, Identifikation mit dem Gesprächspartner

Es ist wichtig sich in die Gesprächspartner in der Gesprächsvorbereitung hineinzuversetzen, es kann helfen den Anderen besser zu verstehen, Reaktionen zu errahnen und aus einer Position der Einfühlung heraus zu reagieren (Widulle 2011, 76).

Schritt 4: Gesprächsform und Ablauf wählen

Schritt 5: Rahmen klären und organisieren

3.2 Nachbereitung

Ein wichtiger Aspekt der Evaluation ist die Erreichung der Gesprächsziele aus Sicht der Pflegefachkraft. An dieser Stelle kann das Befinden meiner Person, die Zufriedenheit mit dem Gespräch und mit dem eigenen Gesprächshandeln beleuchtet werden (Widulle 2011, 85-86).

3.3 Kommunikationsquadrat

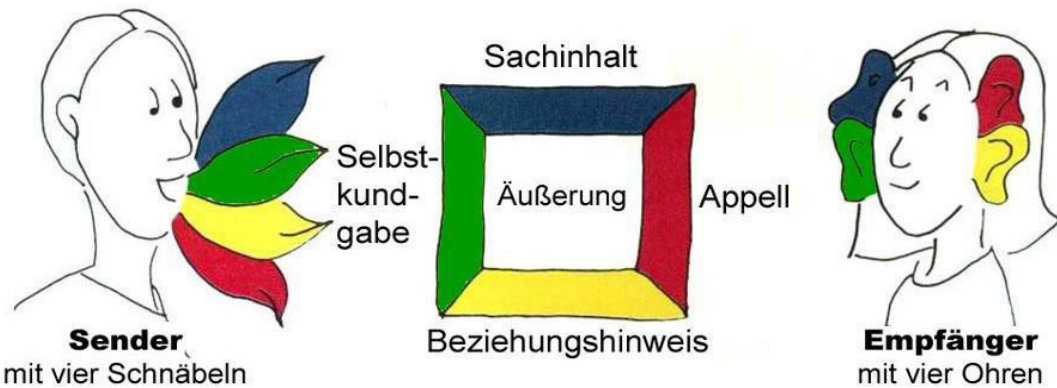


Abb. 1

	Sender	Empfänger
Sachinhalt:	Inhalt der Nachricht	Inhalt der Nachricht
Selbstkundgabe:	Was ich über mich aussage (Gefühle etc.)	Was für eine Person ist der Gegenüber?
Appell:	Wozu ich jemanden auffordern will	Was soll ich tun?
Beziehungshinweis:	Was ich von dir halte; wie ich zu dir stehe	Was hält der Sender von mir?

(Bundeszentrale für politische Bildung 2010)



Abb. 2

Was hören Sie aus dieser Aussage heraus?

Beispiel für die vier Seiten einer Nachricht aus Sicht der Senderin/des Senders

„Wir möchten Sie jetzt lagern.“

- **Sachinhalt:** Wir möchten Ihre Körperposition ändern.

- **Selbstoffenbarung:** Wir wissen, was für Sie hilfreich ist.
- **Beziehung:** Wir sind die ‚helfende Autorität‘.
- **Appell:** Sie müssen jetzt Zeit haben und alle anderen Tätigkeiten unterbrechen.“

(Schröder 2015, 103)

Beispiel für die vier Seiten einer Nachricht aus Sicht der Empfängerin/des Empfängers

„Patient hört: ‚Wir möchten Sie jetzt lagern.‘ Je nach Empfängerohr kann er folgendermaßen interpretieren:

- **Sachinhalt:** Ich mache mit (dies verhindert die Entstehung eines Druckgeschwürs.)
- **Selbstoffenbarung:** Ich möchte dies nicht. (Ich möchte mich nicht unterordnen müssen und selber entscheiden, wann das gemacht wird.)
- **Beziehung:** Ich möchte nicht, dass diese Krankenschwester das macht. (Die ist doch inkompetent.)
- **Appell:** Ich möchte dies nicht. Lassen sie mich jetzt bitte in Ruhe! (Ich bin gerade in einem Gespräch mit meiner Frau. Können die Pflegekräfte nicht später kommen?)“

(Schröder 2015, 104)

Notizen:

Kommunikationsprobleme

Wenn eines der Ohren zu stark ausgeprägt ist können Kommunikationsprobleme entstehen, da die Gesprächspartnerin bzw. der Gesprächspartner eine Nachricht überwiegend mit diesem Ohr hört. Je nach dem welches Ohr betroffen ist, kann es zu unterschiedlichen Problemen führen (Baller und Schaller 2017, 25):

1) „ausgeprägtes Sachohr

- nimmt zwischenmenschliche Konflikte nicht wahr
- nimmt die Gefühle anderer nicht ernst
- versachlicht alles

2) ausgeprägtes Appellohr

- versteht jede Aussage als Handlungsaufforderung
- will es allen recht machen
- verliert das Gefühl für die eigenen Bedürfnisse
- verbreitet Hektik und Unruhe

3) ausgeprägtes Selbstkundgabeohr

- analysiert, diagnostiziert und interpretiert jede Aussage des Gesprächspartners
- bezieht nichts auf sich
- verhindert die eigene Betroffenheit

4) ausgeprägtes Beziehungsohr

- reagiert überempfindlich
- nimmt alles zu persönlich
- fühlt sich angegriffen und reagiert beleidigt oder aggressiv“

(Baller und Schaller 2017, 25)

Notizen:

3.4 Gesprächstechniken

Paraphrasieren

- mit eigenen Worten wiederholen
- Abgleich von angekommener mit gesendeter Nachricht
- Missverständnissen vorbeugen (Becker 2017, 52)

Rückmeldung einholen

- Sind Beratungsinhalte angekommen?

- Wurden sie verstanden? (Adam 2005, 49-53)

Zuhören

- Gesamte Wahrnehmung beim Gegenüber
- Verbale und nonverbale Sprache wahrnehmen (Becker 2017, 52)
- Aktives Zuhören (Kopfnicken, Blickkontakt, „mmh“, „aha“)
- Zwischenfragen stellen
- Kommunikationsquadrat □ auf allen vier Ohren hören
- Gefühle erfassen und ansprechen (Adam 2005, 62-67)

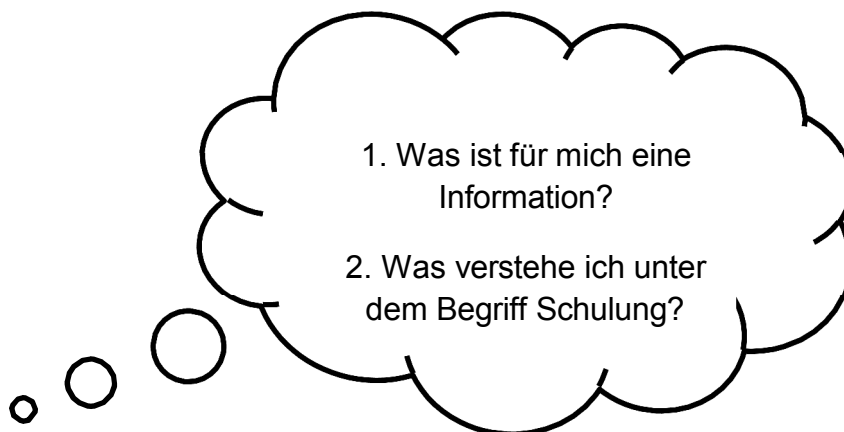
Ermutigen

- Tür zum Gespräch öffnen
- Offene Fragen: „Möchten Sie mir mehr darüber sagen?“
- Aufmunternde Worte: „Ihre Gedanken interessieren mich“ (Becker 2017, 52).

4. Information & (Mikro-) Schulung

4.1 Einstieg in die Definitionen

Machen Sie sich bitte Gedanken zu den Fragen und notieren Sie sich Ihre Ergebnisse.



Merkmale von Information, Schulung, Mikroschulung und Beratung



	Information	Schulung	Mikroschulung	Beratung
Anlass	Wissens- bzw. Informationsdefizit (Wingefeld 2011, 37; Büker 2015, 32)	Wissensdefizit, eingeschränkte Selbstständigkeit und Defizite in der Handlungskompetenz (Büker 2015, 32)	Defizite in der Handlungskompetenz und eingeschränkte Selbstständigkeit (Tolsdorf 2010, 10)	Problemlagen oder Krisensituationen, die die eigene Kompetenz überfordern (Koch-Straube 2008, 66)
Ziel	Wissenslücke bzw. Informationsdefizit wird geschlossen oder verkleinert (Wingefeld 2011, 37; Büker 2015, 32)	Wissenserweiterung und Förderung der Handlungskompetenz (Büker 2015, 32)	Förderung der Handlungskompetenz und technisch-instrumentellen Fertigkeiten (Zegelin 2012, 194)	Bewältigung einer individuellen Problemlage, durch die Stärkung der Problemlösekompetenz (Falk 2016, 11)
Methode	Zur Verfügung stellen und Vermittlung von Daten, Fakten, Wissen (Büker 2015, 32)	Systematischer und konzeptgeleiteter Lernprozess, bestehend aus mehreren Schritten (Schulungsprozess) (Büker 2015, 32)	Systematische und konzeptgeleitete Anleitung, bestehend aus mehreren Schritten (Brüchner, Ludwig, und Büker 2014, 177)	Strukturierter, ergebnisoffener und interaktiver Prozess (Petter-Schwaiger 2011, 17)

Ergebnis	Bleibt ergebnisoffen, offenes Angebot (Büker 2015, 32-33)	Klar definierte und überprüfbare Lernziele (Büker 2015, 32)	Klar definierte und überprüfbare Lernziele (Büker 2015, 32)	Ergebnisoffen (Petter-Schwaiger 2011, 17)
-----------------	--	--	--	--

4.2 Information

Vorüberlegungen zur Durchführung:

(Büker 2015, 33-37)

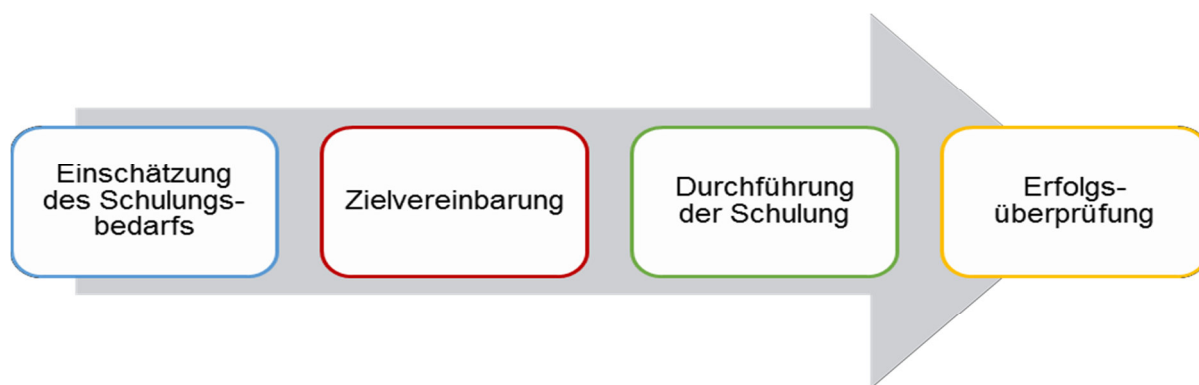
Das Hamburger Verständlichkeitskonzept



(Langer, Schulz von Thun, und Tausch 2015, 15-27)

Notizen:

4.3 Prozess einer Einzelschulung



(Eigene Darstellung in Anlehnung an Büker 2015, 57; Klug-Redman 1996, 13)

4.4 Ablauf einer Mikroschulung

Der Ablauf einer Mikroschulung umfasst in Anlehnung an Abt-Zegelin (2006, 63) und Tolsdorf (2010, 11) *zwölf Schritte*:

1. Feststellung des Vorwissens

- Bild über die Gesamtsituation des pflegenden Angehörigen verschaffen
- Haltung und Motivation erkennen
- Einschätzung des Bedarfs
- ggf. einen eigenen Termin für dieses (Orientierungs-) Gespräch vereinbaren

•

2. Aushandlung des Richtziels

= grobe Formulierung eines beabsichtigten Lernergebnisses

- einvernehmliche Zielvereinbarung
- findet im Rahmen des (Orientierungs-) Gesprächs statt
- Ziele werden schriftlich niedergelegt

- _____

3. Vereinbarung der Feinziele

= detailliertere Zielbeschreibung

- Verschriftlichung dient der späteren Überprüfung der Zielerreichung

- _____

4. Vermittlung/Ergänzung von Wissen

- Zentrale Phase der Wissensvermittlung □ variabel gestalten!
- Inhalte verständlich darstellen
- Wichtig: Handlungsorientiertes Wissen weitergeben!
- _____

5. Anschauungsmaterial vorstellen und erklären

- Anschauungsmaterialien (z.B. Bücher, Broschüren, Bilder, Videos) unterstützen und erleichtern die Wissensvermittlung

6. Praktische Demonstration

- Umsetzung von der Theorie in die Praxis
- Pflegefachkraft demonstriert die neu zu erlernende Fertigkeit/Technik (ggf. mit Wiederholung)
- Bereitschaft des pflegenden Angehörigen wird erfragt, nun selbst zu üben → Wichtig: Keine Überforderung!
- _____

7. Einübung durch den Angehörigen

- Angehöriger übt die demonstrierte Fertigkeit/Technik am Modell ein
- Wichtig: Lob und Ermutigung durch die Pflegefachkraft, aber auch Verbesserungsvorschläge rückmelden!
- Ggf. Pflegeempfänger mit in die Mikroschulung einbeziehen
- _____

8. Beantwortung von Fragen

- Kein eigentlicher Schritt im Prozess □ Pflegenden Angehörige sollen stets ermutigt werden, Fragen zu stellen
- Pflegefachkräfte stellen gelegentlich Rückfragen

- Wichtig: Fragetechnik der Pflegefachkraft ist von Bedeutung!

- _____

9. Aushändigung von Informationsmaterial

- Informationsschrift, um zentrale Inhalte der Mikroschulung zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal nachlesen zu können
- Wichtig: vorgefertigte Broschüren überprüfen

10. Ergebnissicherung: Überprüfung der vereinbarten Ziele

- Schriftliche Zielvereinbarung dient der Evaluation des Lernerfolgs
- kein reines Abfragen von Wissen → konkrete Fragen stellen
- Ggf. neuen Termin für eine weitere Mikroschulung vereinbaren

- _____

11. Feedback zur Mikroschulung

- Angehöriger als auch Pflegefachkraft geben ein Feedback zum Erleben der Mikroschulungssituation
- Zufriedenheit mit Ablauf und der Gestaltung → Wünsche, Anregungen und Verbesserungsvorschläge äußern
- Wichtig: Regeln für das Nehmen und Geben von Feedback beachten!

- -

12. Dokumentation und Evaluation

- Verlauf der Mikroschulung wird in einem Formular dokumentiert
- dient der Ergebniskontrolle und -sicherung, der Information anderer Beteiligten und ggf. als Leistungsnachweis zur Abrechnung beim Kostenträger
- Mikroschulung = immer Möglichkeit der kritischen Selbstüberprüfung

- -

(Büker 2015, 70-72)

Notizen:

5. Teil 2: Pflegeberatung

5.1 Beratungsansätze

Systemischer Ansatz	Lösungsorientierter Ansatz	Ressourcenorientierter Ansatz
<ul style="list-style-type: none"> • Betrachtung des gesamten sozialen Umfeldes (Büker 2015, 95) • betrachtet die Wechselwirkungen des Systems, die zwischenmenschliche Interaktion und deren Kommunikation (Boeger 2013, 104) • Veränderung des Systems durch Krankheit / Pflegebedürftigkeit = Disbalance (Büker 2015, 96) • Aber: keine Familientherapie! (Büker 2015, 96) • zeigt Kommunikationsstruktur auf und die unterschiedlichen Deutungen der einzelnen Phänomene (Nußbeck 2014, 73) • Grenze: langjährig gewachsene Problemsituationen können nicht aufgearbeitet werden (Büker, 2015, 96) • Grundlagenwissen zu systemischer Beratung kann zum besseren Verständnis von Familienbeziehungen beitragen (Büker 2015, 96) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anknüpfung an den systemischen Ansatz (Büker 2015, 96) • Perspektivenwechsel: weg vom Problem hin zur Entwicklung von Lösungen (Büker 2015, 97) • Lösung meint: KlientIn hat wieder Fuß gefasst, kommt Schritt für Schritt voran (Büker 2015, 98) • Förderung der Autonomie und der Selbststeuerungsfähigkeit (Büker 2015, 99) • Zentrale Bedeutung: Ressourcenstärkung (Bamberger 2015, 80) • Lösungsfindung mit Hilfe von Reflexion (Wolters 2015, 4) • Erster Schritt zur Lösung reicht oftmals aus => Kettenreaktion (Büker 2015, 98) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus stärker auf interne/externe Ressourcen (Nußbeck 2014, 77) • interne Ressourcen: individuell erworbene, kognitive Überzeugungssysteme (Nußbeck 2014, 77 - 78) • externe Ressourcen: soziale Bezüge, materielle Güter und kulturelle Mittel (Nußbeck 2014, 77 - 78) • aus fehlenden Ressourcen entsteht das Gefühl von Stress und Überforderung • Annahme: Jede Person verfügt über Ressourcen/Fähigkeiten zur Problemlösung (Büker 2015, 99 – 100) • Erschließung eigener Potenziale (Büker 2015, 99) • Konzentration auf die Stärken einer Person (Büker 2015, 99) • Defiziten und Risiken werden vorhandenen Stärken der jeweiligen Person entgegengesetzt (Nestmann 2007b, 729 – 731) • Erwecken vorhandener Ressourcen, Etablierung neuer Ressourcen (Nußbeck 2014, 79)

5.2 Ziele einer Pflegeberatung

- Unterstützung der Menschen in der Bewältigung ihrer veränderten Lebenssituation (Falk 2016, 11)
- Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen (Palesch 2012, 48)
- Verbesserung der Informationsbasis der pflegenden Angehörigen, damit diese Entscheidungen treffen können (Falk 2016, 116)
- Stärkung der Teilhabe und selbstbestimmter Umgang mit der Erkrankung ermöglichen (Palesch 2012, 47-48)
- Stärkung der pflegenden Angehörigen um im Vorfeld Schwierigkeiten und Überbelastungen zu vermeiden beziehungsweise diese rechtzeitig erkennen (Falk 2016, 116)
- Auseinandersetzung mit aufkommenden Emotionen, die durch Überlastungs- oder Krisensituationen ausgelöst werden (Palesch 2012, 47)
- Förderung der Gesunderhaltung (Falk 2016, 11)

5.3 Grundhaltung der Beratenden

- **Klientenzentrierte Gesprächsführung:** Berater ist nicht allwissend, kennt die Lösungen für das Problem nicht!
- **Empathie:** Zentrales Merkmal ist das aktive Zuhören
- **Wertschätzung:** Vorurteilsfreie Wahrnehmung und unbedingte Akzeptanz der Person des Ratsuchenden
- **Kongruenz:** Übereinstimmung von Gestik, Mimik und Körperhaltung

(Büker 2015, 100-103)

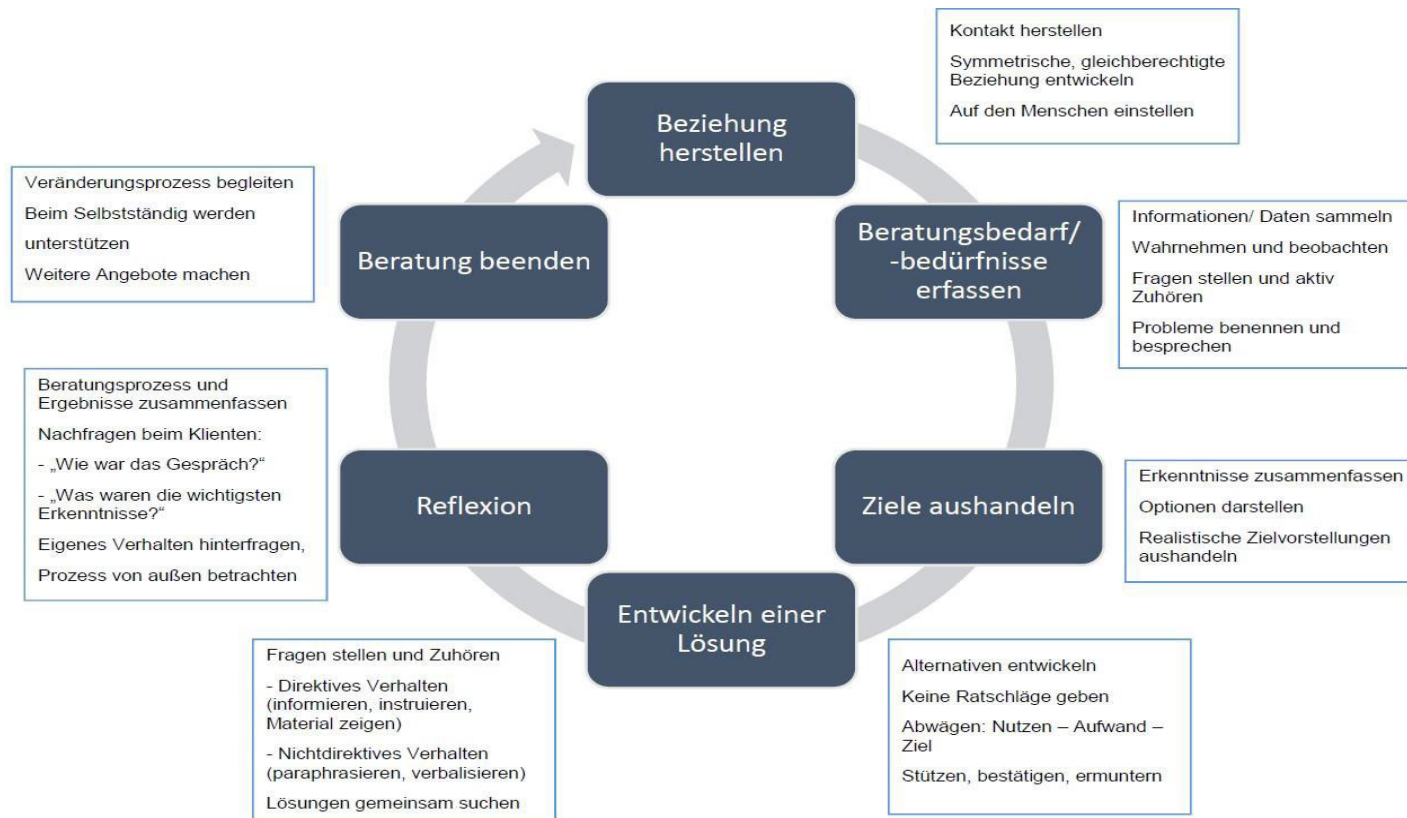
5.4 Vorbereitung einer Beratung

- Einen Termin mit den pflegenden Angehörigen vereinbaren
- Einen ansprechenden Ort wählen und reservieren
- Für Störungsfreiheit sorgen
- Vorbereiten der notwendigen Unterlagen

- Für ausreichend Getränke sorgen
- Reflexion des eigenen Befindens

(Büker 2015, 107-108)

5.5 Der Beratungsprozess



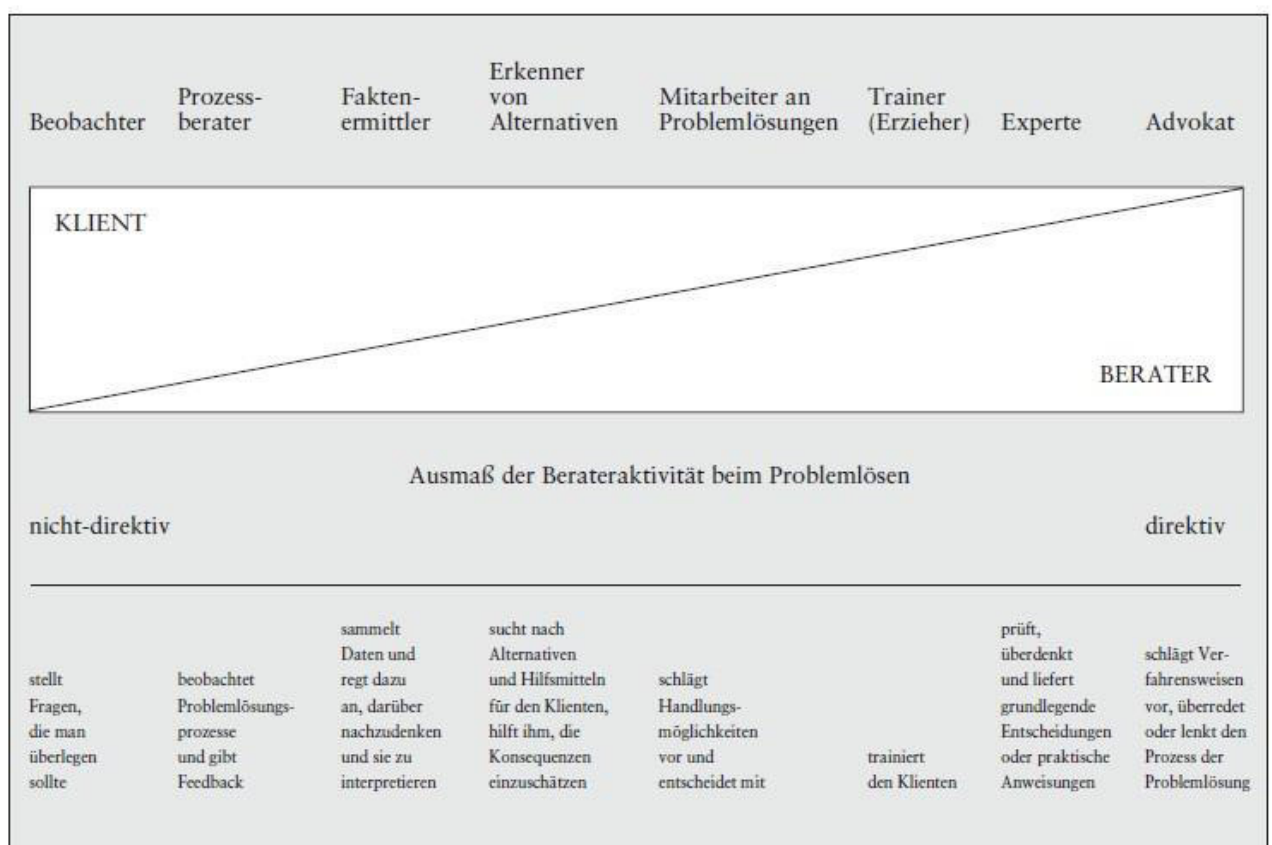
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Büker 2015, 105 – 107)

5.6 Nachbereitung einer Beratung

- Dokumentation der wesentlichen Inhalte und Ergebnisse mit Hilfe der gemachten Notizen
- Selbstreflexion
 - o Betrachten des eigenen Verhalten während des Beratungsgesprächs: Welche Aspekte waren gut? Was muss künftig besser werden?

(Büker 2015, 109)

5.7 Übersicht der möglichen Rollen einer Beraterin, eines Beraters



(Lippitt und Lippitt 2015, 84)

Notizen:

6. Vorstellung des Instruments

Erklärung zu dem „Beratungsprotokoll Angehörige“

1) Allgemeines

- Ziel: pflegende Angehörige auf die häusliche Situation nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereiten (ohne formelle Hilfen)
- Protokoll = dient als Leitfaden und Dokumentationshilfe

2) Themen

- Theoretischer Hintergrund = war die Bedarfserhebung und Dokumentenanalyse
- Missverständnisse = werden durch die Verfahrensanweisungen vermieden

3) Aktuelle Situation

- Die Ist-Situation der/des Patientin/Patienten im Krankenhaus
- Probleme werden dokumentiert

4) Inhalt

- Orientierungshilfe
- Wird an die Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten und deren Angehörigen angepasst

5) Art der Maßnahme

- Umfang der Maßnahme = Beratung, Information oder Mikroschulung

6) Ergebnis

- Dokumentation der Ergebnisse von: Beratung, Information oder Mikroschulung und wer diese Maßnahme erhalten hat (Name und Verwandtschaftsgrad)

7) Handzeichen

- Überprüfung wer, wann, welches Thema mit wem besprochen hat
- Übersicht welche Themen noch offen sind und dem entsprechend noch besprochen werden müssen

Notizen:

8) Themen die Sie beschäftigen

- Gezieltes Befragen der pflegenden Angehörigen, wo Klärungsbedarf oder offene Fragen bestehen
- bereits besprochene Themen können erneut aufgefasst werden

9) Telefonnummer und Zeitraum

- Wichtig für das Nachsorgetelefonat = wann die pflegenden Angehörigen am besten zu erreichen sind

10) Geprüft durch Pflegefachkraft

- Abschlussgespräch mit den pflegenden Angehörigen = Dokumentation wann das Gespräch durchgeführt wurde und von wem (2 Tage vor der Entlassung, spätestens am Tag der Entlassung)
- Während dem Gespräch wird den pflegenden Angehörigen vermittelt, dass Sie sich jederzeit bei Fragen und Problemen an das PLK wenden können

Notizen:

Beratungsprotokoll Angehörige

Patientenetikett

Bezugsperson/Beziehung:

Telefon Nr./Email



Zeitraum Erreichbarkeit:

Themen (individuelle Auswahl)	Aktuelle Situation	Inhalt	Art der Maßnahme Information (I) Beratung (B) Mikroschulung (M) (Dauer)	Ergebnis (bitte Name der zu beratenden Person eintragen)	HZ/ Datum
<input type="checkbox"/> Mobilität		<input type="checkbox"/> Transfers <input type="checkbox"/> Positionswechsel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Dekubitusprophylaxe <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/> Sturz		<input type="checkbox"/> Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Sturzprophylaxe <input type="checkbox"/> Handeln bei Sturz <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/> Körper-/ Hautpflege		<input type="checkbox"/> Pflegetechniken <input type="checkbox"/> Hautbeobachtung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Pflegeprodukte <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/> Aus- scheidung		<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/> Medi- kamente		<input type="checkbox"/> Einnahmezeitpunkt <input type="checkbox"/> Verabreichung <input type="checkbox"/> Neben-/ Wechselwirkungen <input type="checkbox"/> _____			



<input type="checkbox"/>	Schmerz		<input type="checkbox"/> Schmerzeinschätzung <input type="checkbox"/> Einnahme der Schmerzmedikation <input type="checkbox"/> nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Ernährung		<input type="checkbox"/> Exsikkose <input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Mahlzeitengestaltung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Spezielle Maßnahmen		<input type="checkbox"/> S.c.- Injektion <input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Verhaltens-auffällig-keiten		<input type="checkbox"/> Anzeichen/Symptome <input type="checkbox"/> Orientierungshilfen <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

Gibt es Themen/ Fragen die Sie in Bezug auf die Pflege ihres Angehörigen beschäftigen? Wenn ja welche?

Durchgesehen am/ durch Pflegekraft	_____	_____	_____
	Datum	Name Pflegekraft	HZ
Entlassung	_____		
	Datum		

Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, Angelika.** 2006. „Mikroschulungen – Pflegewissen für Patienten und Angehörige, 1. Teil“. *Die Schwester Der Pfleger* 45 (1): 62-65.
- Adam, Gottfried.** 2005. „Grundlagen der Kommunikation“. In *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden*, hrsg. von Renate Rogall, Hannelore Josuks, Gottfried Adam und Gottfried Schleinitz, 15-78. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Baller, Gaby, und Bernhard Schaller.** 2017. *Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bamberger, Günter G.** . 2007. „Beratung unter lösungsorientierter Perspektive“. In *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder*, hrsg. von Frank Nestmann, Frank Engel, und Ursel Sickendiek, 737 – 748. Tübingen: dgvt –Verlag.
- . 2015. *Lösungsorientierte Beratung*. Basel: Beltz.
- Becker, Regina.** 2017. *Beratung als pflegerische Aufgabe. Arbeitsmaterialien für Unterricht und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Benien, Karl.** 2008. *Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag*, hrsg. von Friedemann Schulz von Thun.
- Boeger, Anette.** 2013. *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Brockhaus Enzyklopädie**, Stichwort: Bedürfnis (Psychologie). Publiziert am 01.06.2015: <https://hs-esslingen.brockhaus.de/enzyklopaedie/bed%C3%BCrfnis-psychologie> abgerufen am 23.10.2016.
- Brüchner, Jessica, Nadine Ludwig, und Christa Büker.** 2014. „Das Gefühl, noch etwas tun zu können: Angehörigenedukation in der Palliativversorgung Mikroschulung Mundpflege“. *PADUA* 9 (3): 175-179.
- Bundeszentrale für politische Bildung.** „Vier Ohren und ein Eisberg“. 30. Juni 2010. <http://www.bpb.de/lernen/grafstat/klassencheckup/46406/m-04-02-vier-ohren-und-ein-eisberg>
- Büker, Christa.** 2015. *Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dietrich, Georg.** 1983. *Allgemeine Beratungspsychologie: eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- Falk, Juliane.** 2016. *Die Vermittlung und Aneignung von Beratungskompetenz. Beratung in den gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen lehren und lernen – ein didaktisches Konzept*. Basel: Beltz Juventa. PDF-Ebook.
- Klug-Redman, Barbara.** 1996. *Patientenschulung und –beratung*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Koch-Straube, Ursula.** 2008. *Beratung in der Pflege. 2., vollständig überarbeitete Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Langer, Inghard, Friedemann Schulz von Thun, und Reinhard Tausch.** 2015. *Sich verständlich ausdrücken*. München: Reinhardt Verlag.
- Lippitt, Gordon, und Ronald Lippitt.** 2015. *Beratung als Prozess. Was Berater und ihre Kunden wissen sollten*. Wiesbaden: Springer.
- Nestmann, Frank.** 2007a. „Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession“. In *Das Handbuch der Beratung Band 1: Disziplinen und Zugänge*, hrsg. von Frank Nestmann, Frank Engel, und Ursel Sickendick 547–559. Tübingen: DGVT.
- . 2007b. „Ressourcenorientierte Beratung“. In *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder*, hrsg. von Frank Nestmann, Frank Engel, und Ursel Sickendiek, 727 – 734. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nußbeck, Susanne.** 2014. *Einführung in die Beratungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Olbrich, Christa.** 2013. „Pflege und Sprache. Idiolektik- ein Konzept für die Pflegeberufe“. *Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und- bildung* 8 (4): 204-210.
- Petter-Schwaiger, Brigitte.** 2011. *Beratung in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiter- bildung*. Berlin: Cornelsen.
- Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V.** 2008. *Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „Subkutanen Injektion“*. Witten.
- Palesch, Anja.** 2012. *Ambulante Pflegeberatung: Grundlagen und Konzepte für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pawlowski, Klaus.** 2005. *Konstruktiv Gespräch führen*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Rudolf, Rainer.** 1983. *Bedürfnis und Bedürftigkeit*. Frankfurt am Main und New York: Campus Verlag.
- Schaeffer, Doris, und Klaus Wingenfeld.** 2011. „Handbuch Pflegewissenschaft“. Neuausgabe. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schaeffer, Doris, und Klaus Wingenfeld.** 2014. *Pflegewissenschaft*. Weinheim und Basel: Juventa Verlag.
- Schröder, Hartmut.** 2015. „Kommunikation“. In *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten*, hrsg. von Gerhard Schröder, 97-113. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tolsdorf, Mareike.** 2010. „Mikroschulungen: Patientenwissen togo“. *CNE. fortbildung* 2: 10-12.
- Widulle, Wolfgang.** 2011. *Gesprächsführung in der sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. Lehrbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wingenfeld, Klaus.** 2011. *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.



Wirtschaftslexikon. 2015. Verfügbar unter: <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/bedarfbeduerfnis/bedarf-beduerfnis.htm> [25.11.15].

Wolters, Ursula. 2015. *Lösungsorientierte Kurzberatung: Was auf schnellem Wege Nutzen bringt.* Wiesbaden: Springer – Gabler Verlag.pdf.

Zegelin, Angelika. 2012. „Informieren, Schulen und Beraten als Präventionsstrategie“. In *Dekubitus und Dekubitusprophylaxe*, hrsg. von Schröder, Gerhard, und Jan Kottner, 185-196. Bern: Hans Huber.


Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: <http://www.bpb.de/lernen/grafstat/klassencheckup/46406/m-04-02-vier-ohren-und-ein-eisberg>[17.03.2017]

Abb. 2: <http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/images/image10.gif>[18.03.2017]

Anlage 7: Beratungsprotokoll

Beratungsprotokoll Angehörige

Patientenetikett	Bezugsperson/Beziehung:	Ambulanter Dienst ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Telefon Nr./Email 	<input type="checkbox"/>

Zeitraum Erreichbarkeit:

Themen <small>(individuelle Auswahl)</small>	Aktuelle Situation	Inhalt	Art der Maßnahme <small>Information (I) Beratung (B) Mikroschulung (M) (Dauer)</small>	Ergebnis <small>(bitte Name der zu beratenden Person eintragen)</small>	HZ/ Datum
<input type="checkbox"/> Mobilität		<input type="checkbox"/> Transfers <input type="checkbox"/> Positionswechsel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Dekubitusprophylaxe <input type="checkbox"/> _____			



<input type="checkbox"/>	Sturz		<input type="checkbox"/> Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Sturzprophylaxe <input type="checkbox"/> Handeln bei Sturz <input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/>	Körper- /Hautpflege		<input type="checkbox"/> Pflorgetechniken <input type="checkbox"/> Hautbeobachtung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Pflegeprodukte <input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/>	Ausscheidung		<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> _____		



<input type="checkbox"/>	Medika- mente		<input type="checkbox"/> Einnahmezeitpunkt <input type="checkbox"/> Verabreichung <input type="checkbox"/> Neben-/ Wechselwirkungen <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Schmerz		<input type="checkbox"/> Schmerzeinschätzung <input type="checkbox"/> Einnahme der Schmerzmedikation <input type="checkbox"/> nicht- medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Ernährung		<input type="checkbox"/> Exsikkose <input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Mahlzeiten- gestaltung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Dysphagie			



			<input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Spezielle Maßnahmen		<input type="checkbox"/> S.c.- Injektion <input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Verhaltensauffälligkeiten		<input type="checkbox"/> Anzeichen/Symptome <input type="checkbox"/> Orientierungshilfen <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

			<input type="checkbox"/> <hr/>			
--	--	--	-----------------------------------	--	--	--

Gibt es Themen/ Fragen die Sie in Bezug auf die Pflege ihres Angehörigen beschäftigen? Wenn ja welche?

Durchgesehen am/ durch
Pflegekraft

Datum

Name Pflegekraft

HZ





Entlassung

Datum

Anlage 8: Protokoll Nachsorgetelefonat

Patientenetikett

Protokoll Nachsorgetelefonat Angehörige

Bezugsperson/Beziehung:			
Telefon Nr./Email			
Datum Entlassung/Nachsorgetelefonat	E:	 Datum	 Dauer in Min.
Hauptdiagnose/n bei Entlassung			
Beratungsprotokoll liegt vor Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

Sind nach der Entlassung noch Probleme in Bezug auf die Pflege ihres Angehörigen aufgetreten? Ja Nein
Wenn ja, welche?



Formulierte Probleme der Angehörigen in Bezug auf die häusliche Versorgung	Inhalt	Ergebnis	Ja	Nein
		Konkrete Hilfestellung gegeben An weitere Dienste musste verwiesen werden Problem ist gelöst Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Konkrete Hilfestellung gegeben An weitere Dienste musste verwiesen werden Problem ist gelöst Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Konkrete Hilfestellung gegeben An weitere Dienste musste verwiesen werden Problem ist gelöst Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hausbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ja	Nein	Termin	Adresse (falls abweichend)	

Durchgeführt von: _____

Anlage 9: Protokoll Hausbesuch

Protokoll Hausbesuch

Patientenetikett	Bezugsperson/Beziehung:	
	Telefon Nr./Email 	
	Datum Hausbesuch:	Uhrzeit/Dauer:
	Weitere anwesende Personen während des Hausbesuchs:	
	Beratungsprotokoll und Protokoll Nachsorgetelefonat liegen vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Welche Probleme wurden beim Nachsorgetelefonat angesprochen, zu denen in der Häuslichkeit beraten werden sollte?

Kamen während des Hausbesuchs noch weitere Probleme in Bezug auf die häusliche Versorgung auf, zu denen beraten wurde?

Formulierte Probleme der Angehörigen in Bezug auf die häusliche Versorgung	Inhalt der Beratung	Ergebnis	Ja	Nein
		Konkrete Hilfestellung gegeben An weitere Dienste musste verwiesen werden Problem ist gelöst Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Konkrete Hilfestellung gegeben An weitere Dienste musste verwiesen werden Problem ist gelöst Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formulierte Probleme seitens der Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/> Medikamentenregime <input type="checkbox"/> Umgang mit Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Wohnraumgestaltung (Sturzprophylaxe) <input type="checkbox"/> _	Konkrete Hilfestellung gegeben An weitere Dienste musste verwiesen werden Problem ist gelöst Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Konnten zum aktuellen Zeitpunkt alle Probleme, zu denen Beratungsbedarf in Hinblick auf die häusliche Versorgung besteht, bearbeitet werden? Ja Nein

Wenn Nein: An welche Dienste wurde verwiesen? _____

Hausbesuch wurde durchgeführt von: _____

Name, Vorname

Unterschrift

Anlage 10: Wilcoxon-Rangsummentest zur Berechnung der Fallzahl

nQuery Advisor

Wilcoxon (Mann-Whitney) rank-sum test that $P(X < Y) = .5$ (continuous outcome)

Column	1
Test significance level, α	0,050
1 or 2 sided test?	2
$p^* = P(X < Y)$	0,637
Power (%)	80
n per group	70

STORED STATEMENTS for SampleSize-RankSum.nqa

A sample size of 70 in each group will have 80% power to detect a probability of 0,637 that an observation in Group 1 is less than an observation in Group 2 using a Wilcoxon (Mann-Whitney) rank-sum test with a 0,050 two-sided significance level.

Anlage 11: Evaluationsfragebogen

Skala zur Erfassung des Vorbereitetseins auf die Pflegeübernahme

1. Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, sich um die körperlichen Bedürfnisse Ihres Angehörigen zu kümmern? Würden Sie sagen, Sie sind:	
...überhaupt nicht vorbereitet	O 1
...nicht allzu gut vorbereitet	O 2
...ziemlich gut vorbereitet	O 3
...sehr gut vorbereitet, um sich um seine/ihre körperlichen Bedürfnisse zu kümmern	O 4
2. Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, sich um seine/ihre emotionalen Bedürfnisse zu kümmern? Würden Sie sagen, Sie sind:	
...überhaupt nicht vorbereitet	O1
...nicht allzu gut vorbereitet	O2
...ziemlich gut vorbereitet	O3
...sehr gut vorbereitet, um sich um seine/ihre emotionalen Bedürfnisse zu kümmern	O4
3. Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, Unterstützungsleistungen ausfindig zu machen und diese zu organisieren? Würden Sie sagen, Sie sind:	
...überhaupt nicht vorbereitet	O1
...nicht allzu gut vorbereitet	O2
...ziemlich gut vorbereitet	O3
...sehr gut darauf vorbereitet, Unterstützungsleistungen ausfindig zu machen und diese zu organisieren	O4
4. Wie gut fühlen Sie sich in Hinblick auf Belastungen vorbereitet, die durch die Pflegeübernahme entstehen? Würden Sie sagen, Sie sind:	
...überhaupt nicht vorbereitet	O1
...nicht allzu gut vorbereitet	O2
...ziemlich gut vorbereitet	O3
...sehr gut auf Belastungen vorbereitet, die durch die Pflegeübernahme entstehen	O4
...oder dass die Pflegeübernahme nicht belastend ist ⁶	O5
5. Wie gut fühlen Sie sich insgesamt darauf vorbereitet, ihn/sie zu pflegen? Würden Sie sagen, Sie sind:	
...überhaupt nicht vorbereitet	O1
...nicht allzu gut vorbereitet	O2
...ziemlich gut vorbereitet	O3
...sehr gut darauf vorbereitet, ihn/sie zu pflegen	O4
6. Wenn Frage 5 = 1,2 oder 3: Bitte erklären Sie: Auf was fühlen Sie sich unvorbereitet?	

⁶ Wird bei der Auswertung als „4“ gewertet