

Abschlussbericht

**Evaluation des Projekts:
Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der
Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld
durch den Förderverein
„Unsere Brücke“ Biberach e.V.
Evaluation poststationärer Betreuung in Biberach:
EPOS-B**

Kurzfassung
**Pflegewissenschaftliche Fakultät an der
Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar**

Herrmann Brandenburg
Judith Bauer
Christian Grebe
Lisa Luft
Monika Frank
Katja Schäfer
Alexandra Rausch

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE
HOCHSCHULE VALLENDAR
Kirchlich und staatlich anerkannte
Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft
Pflegewissenschaftliche Fakultät



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION



Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	6
2.1	Qualitative Forschungsbefunde	6
2.2	Quantitative Befunde	10
3	METHODISCHES VORGEHEN	12
3.1	Studiendesign	12
3.2	Methodik des qualitativen Teils der Studie	12
3.3	Methodik des quantitativen Teils der Studie	14
4	ERGEBNISSE (QUALITATIVE ERHEBUNG)	17
4.1	Befragung der Brückenfachkräfte	17
4.2	Befragung der Patienten.....	44
4.3	Befragung der Hausärzte.....	48
4.4	Befragung der Ambulanten Dienste.....	51
5	ERGEBNISSE (QUANTITATIVE ERHEBUNG)	55
5.1	Beschreibung der Stichproben	55
5.2	Charakteristika der Intervention	61
5.3	Outcomes	63
6	DISKUSSION (QUALITATIVE ERGEBNISSE)	69
6.1	Gegenüberstellung der verschiedenen Sichtweisen der Befragten	69
6.2	Analyse Befragungsergebnisse vor dem Hintergrund des Forschungsstandes.....	70
7	DISKUSSION (QUANTITATIVE ERGEBNISSE)	73
7.1	Zusammenfassung und Einordnung der quantitativen Befunde	73
8	EMPFEHLUNGEN	75
8.1	Fokus auf den Verein „Unsere Brücke e.V.“	75
8.2	Fokus auf das Sana Klinikum in Biberach	76
8.3	Fokus sozialrechtliche und kommunalpolitische Perspektive	77
9	LITERATURVERZEICHNIS	80



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Boxplots der Altersverteilungen nach Untersuchungsgruppe	55
Abbildung 2: Geschlechterverteilung nach Untersuchungsgruppe	56
Abbildung 3: Verteilung der häufigsten ICD-10 Diagnosegruppen (Hauptdiagnosen, Entlassungstag) in Interventions- und Kontrollgruppe	57
Abbildung 4: Boxplot der Verteilung des motorischen FIM-Summscores nach Untersuchungsgruppen	59
Abbildung 5: Boxplot der Verteilung des kognitiven FIM-Summscores nach Untersuchungsgruppen	59
Abbildung 6: Scores des CTM-15 an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)	63
Abbildung 7: Scores des EQ5D-VAS an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)	65
Abbildung 8: Scores der Skala Stimmungsniveau der HSWBS an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)	66
Abbildung 9: Scores der Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit der HSWBS an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beschreibung der Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen	17
Tabelle 2: Leistungen der Brückenpflege	21
Tabelle 3: Anteil der ICD-10- Diagnosegruppen an den Haupt- Entlassungsdiagnosen (Interventionsgruppe plus reine Fremdbeurteilungen)	56
Tabelle 4: Charakteristika der Patient/-innen nach Untersuchungsgruppen (metrische Variablen)	60
Tabelle 5: Charakteristika der Patient/-innen nach Untersuchungsgruppen (dichotome Variablen)	61
Tabelle 6: Umfang der Intervention	62
Tabelle 7: Erbrachte Leistungen in der Interventionsgruppe	62
Tabelle 8: Vergleich der Mediane der Einzelitems des CTM-15 nach Untersuchungsgruppe und Messzeitpunkt	64
Tabelle 9: Angaben der Interventionsgruppe zur Zufriedenheit mit der Brückenpflege	67



1 Einleitung

Herausforderungen in der Versorgungsplanung und Qualitätssicherung stellen sich insbesondere an den Schnittstellen. Dazu gehört der Übergang von der akutstationären Behandlung in einem Krankenhaus in die häusliche Umgebung. Beispielsweise verlieren bis zu 60% der Patienten¹, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, danach weiterhin an Selbstständigkeit (Bender, 2013). Unter anderem führt dies häufig zu Drehtüreffekten. Man spricht von einem Rehospitalisierungsgrad von 20-50% im ersten Monat nach der Entlassung (Pilgrim und Kittlick, 2013). Betroffen sind vor allem multimorbide, d.h. mehrfach und chronisch erkrankte, alte Menschen. Insofern ist Überleitungsmanagement für die Krankenhäuser sinnvoll - aus medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Gründen. Es bestehen seit 2012 umfassende gesetzliche Regelungen, die dem Krankenhauspatienten einen Anspruch auf Entlassungsmanagement² zugestehen, mit dem Ziel, den Übergang vom Krankenhaus in die weitere Versorgung zu verbessern. Dabei stellt die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) insofern für die Kliniken eine Herausforderung dar, weil immer mehr Patienten möglichst früh entlassen werden. Die Verweildauer wird um das Nötigste reduziert, damit die Krankenhäuser rentabel arbeiten können, denn die Kostenträger bezahlen nur einen bestimmten Betrag für die jeweilige Diagnose. Wird ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen und innerhalb einer gewissen Garantiezeit wieder ins Krankenhaus eingewiesen, so erhält das Krankenhaus von den Kostenträgern für die weitere Therapie keine oder nur begrenzte finanzielle Mittel. Zwar sind in den gesetzlichen Vorgaben zum Entlassungsmanagement nach §39 SGB V und im § 31 Abs. 2 des Landeskrankenhausgesetzes gerade in Baden-Württemberg weitgehende Regelungen für alle Patienten getroffen worden. Allerdings erfolgt bei Patienten ohne Krebserkrankung selten oder nie eine unmittelbare, persönliche und fachliche Betreuung seitens der Akutklinik, denn nur für die oben genannte Klientel ist die nachstationäre Betreuung weitgehend sichergestellt und als Kassenleistung anerkannt. Weitere Erkrankungen, die für das (hohe) Alter charakteristisch sind, sind praktisch ausgeschlossen. Dazu gehören vor allem Herz- und Stoffwechselkrankheiten (mit Folgekomplikationen) und chronische Lungenkrankheiten. Ebenfalls sind Patienten mit größeren Operationen in eine systematische Nachsorge nicht inkludiert. Bekannt ist mittlerweile, dass die Wiedergewinnung der Alltagskompetenz für diesen vulnerablen Personenkreis zu einem „Vabanquespiel“ geworden ist, weil er durch die Anforderungen an ein krankheitsadäquates und gesundheitsförderliches Verhalten überfordert ist (Schaeffer, et al. 2008), die (Medikamenten)-Compliance (besser: Adhärenz) insuffizient ist (Gosch et al. 2014) und die stützenden informellen inner- und außerfamiliären Netzwerke nur ansatzweise vorhanden sind (Rötter-Liepmann, 2007). In der Konsequenz kann die häusliche Situation der genannten Patientengruppen nur teilweise stabilisiert werden. Die überwiegende Mehrheit hat Pflegestufe 0, kann also nicht von einem Pflegedienst versorgt werden. Die hausärztliche Versorgung deckt Aspekte der Prävention, Wiedergewinnung und Erhalt der Alltagskompetenz nicht umfassend ab, auch wenn Hausbesuche durch Allgemeinmediziner bei alten Menschen vorgenommen werden. Hinzu kommt, dass eine medizinische Intervention häufig erst dann greift, wenn bereits wieder Verschlechterungen des Gesundheitszustands und Komplikationen aufgetreten sind. Gegebenenfalls kommt es zu Drehtüreffekten mit erneuter stationärer Aufnahme, die auf Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich verweisen.

Einen konkreten Ansatz zur Schließung von Teilbereichen dieser o.g. Versorgungslücke bietet der Förderverein „Unserer Brücke“. Durch speziell qualifizierte „Brückenschwestern“³ wird eine vorübergehende nachstationäre Betreuung angeboten. Zielgruppe sind ältere, alleinstehende

¹ Im diesem Endbericht wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form von „Patienten“ gewählt, gemeint sind Patienten und Patientinnen.

² Im Folgenden wird von „Entlassungsmanagement“ gesprochen, als Kurzform, gilt der Begriff „Entlassmanagement“, welcher in Gesetzestexten oder auch von den Interviewten genutzt wurde.

³ Im Folgenden wird von Brückenpflege als Intervention gesprochen, als Brückenpflege werden alle Tätigkeiten des Vereins Unsere Brücke e. V. bei der Begleitung von Patienten nach der Entlassung angesehen (zum genaueren Aufgabenspektrum der Brückenpflege siehe Kapitel 3).



und multimorbid erkrankte Menschen. Den konkreten Ablauf muss man sich wie folgt vorstellen: Bereits in der Klinik (Sana Klinikum Landkreis Biberach) wird nach eingeholter Zustimmung der Betroffenen der nachstationäre Versorgungsbedarf ermittelt. Eine Pflegeperson aus der Klinik begleitet dann die Patienten für 2-4 Wochen poststationär, berät die Angehörigen, schaltet bei Bedarf ambulante und soziale Dienste ein. Ziel ist es, geriatrische Patienten bei der Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld zu unterstützen, einer gesundheitlichen Verschlechterung vorzubeugen und eine kurzfristige, erneute stationäre Aufnahme zu verhindern. Dabei geht es auch darum, durch eine genaue Bedarfsanalyse einen Personenkreis mit geriatrischen Syndromen mit entsprechendem Bedarf an nachstationärer Unterstützung zu beschreiben, der im bestehenden Angebot noch nicht enthalten ist und sozusagen „durch die Roste“ zu fallen droht. Die Tätigkeit dieser Pflegepersonen erfolgt mit Nebentätigkeitserlaubnis des Krankenhauses, die Entlohnung erfolgt auf der Basis von Minijobs bzw. nach § 3 Nr. 26 EStG aus Spendenmitteln des Fördervereins.

Gegenstand des Forschungsprojekts EPOS-B ist die Evaluation des Vereins „Unsere Brücke e.V.“, und zwar sowohl im Hinblick auf mögliche Auswirkungen bei den Betroffenen wie auch bzgl. der Einschätzung durch Pflegende, Ärzte und Stakeholder im kommunalen Raum. Mögliche Auswirkungen der Arbeit des Vereins betreffen auch den Klinikbereich selbst. Im Hinblick auf das Krankenhaus sind potentielle Auswirkungen im Hinblick auf eine systematische und frühzeitige Erkennung der in Frage kommenden Unterstützungsmöglichkeiten zu erwarten. Fehleinschätzungen bei der Entlassungsplanung sind evtl. vermeidbar, eine stärker praxisbezogene Information für Hausärzte, ambulante und pflegerische Dienste (gerade im Gegensatz zu einer ausschließlich planenden Beratung seitens der Klinik) sind naheliegend. Im Forschungsprojekt sollte geprüft werden, ob und inwieweit die weiterbehandelnden Vertragsärzte von der Verbesserung der Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung profitieren. Insgesamt sollte geklärt werden, ob durch die Tätigkeiten des Vereins „Unsere Brücke“ Doppelstrukturen vermieden, eine Versorgungslücke geschlossen und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure und multiprofessionellen Teams an der Schnittstelle von Krankenhaus und häuslicher Betreuung nachhaltig verbessert wird. Wir haben einen Schwerpunkt auf den qualitativen Bereich gelegt, die Perspektiven der verschiedenen Akteure werden ausführlich gewürdigt. Dies gilt auch für die Auswirkungen und Effekte von EPOS-B, die zusätzlich noch standardisiert geprüft werden.

In diesem Abschlussbericht werden die Ergebnisse des Projektes EPOS-B (Evaluation poststationärer Betreuung in Biberach) dargestellt. In Kapitel 2 werden theoretische Hintergründe dargelegt. Es werden verschiedene qualitative Studien beschrieben, bei denen die Auswirkungen von nachstationärer Betreuung auf die Lebenswelt der Patienten thematisiert werden. Neben der Darstellung qualitativer Studienberichte werden auch quantitative Untersuchungen zu Effekten von Hausbesuchen vorgestellt. In Kapitel 3 wird das methodische Vorgehen im Rahmen eines Mixed-Methodes-Designs (qualitativer und quantitativer Teil) erläutert. Außerdem wird die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und Datenauswertung skizziert, bevor in Kapitel 4 und 5 die Ergebnisse der qualitativen und der quantitativen Untersuchung beschrieben werden. In Kapitel 6 erfolgt die Diskussion der Ergebnisse der qualitativen Befragung und in Kapitel 7 die Diskussion der quantitativen Ergebnisse. Abschließend werden im Kapitel 8 die Empfehlungen der Forschungsgruppe an den Verein „Unsere Brücke e.V.“, sowie an das Sana Klinikum in Biberach dargelegt



2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Qualitative Forschungsbefunde

2.1.1 Auswirkungen von Hausbesuchen im Rahmen der nachstationären Betreuung

Qualitative Untersuchungen über Auswirkungen von Hausbesuchen bei Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt sind selten. In der internationalen Literatur wird ganz überwiegend in randomisierte kontrollierten Studien über Kosten-Nutzen-Effekte oder die Reduzierung der Verweildauer bzw. Wiedereinweisungsrate berichtet. Als Outcomes gelten hier in den meisten Fällen die Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten oder der ATLS. Nur selten werden qualitative Befragungen durchgeführt, welche die subjektive Perspektive der Betroffenen in den Vordergrund rücken. Im Folgenden werden einige ausgewählte, qualitative Befunde vorgestellt, in denen eine poststationäre Begleitung von Patienten stattfand.

Im Projekt Plus P (poststationäre Laienunterstützung) wurden unterstützungsbedürftige ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in ihrem Alltag von Ehrenamtlichen begleitet (Philippi et al., 2015). Die Begleitung umfasste psychosoziale Unterstützung und praktische Hilfen im Alltag. Die Ehrenamtlichen sollten die Patienten dazu befähigen, ihren Alltag nach dem Krankenhausaufenthalt weiterhin selbstständig bewältigen zu können. Es wurden regelmäßige Hausbesuche in einem Zeitraum von drei Monaten realisiert. Mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes (Grounded Theory) wurde herausgearbeitet, wie die älteren Menschen (N= 9) die Unterstützung durch die Freiwilligen erlebten. Die begleiteten Patienten berichteten über Erleichterungen ihres Alltags, gerade in den ersten Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt. Die Unterstützung der Ehrenamtlichen bestand aus Hilfen beim Kochen und Begleitungen zu Arztbesuchen. Außerdem schätzten die Befragten die Bereicherung ihres Alltags durch die Ehrenamtlichen und den Wiedergewinn von Selbstbestimmung. Besonders die Tatsache, einen ständigen Ansprechpartner bei Problemen zu haben, wurde von den Befragten positiv wahrgenommen. Die älteren Patienten hatten gegen Ende der Begleitung durch die Ehrenamtlichen Freunde gewonnen und waren sehr traurig über die Beendigung der Intervention (Philippi et al. 2015).

Wottrich et al. führte eine Forschungsarbeit in Schweden durch, in der die Bedeutung der Weiterführung von Rehabilitationsmaßnahmen in der häuslichen Umgebung von akuten Schlaganfallpatienten nach einem Krankenhausaufenthalt untersucht wurde. Hier begleitete ein multiprofessionelles Therapeutenteam aus dem Krankenhaus, bestehend aus Physiotherapeuten, Logopäden, und Sozialarbeitern, die Patienten nach Hause und führte dort die begonnene Rehabilitation weiter. Im Rahmen von qualitativen Interviews wurde das therapeutische Team nach Abschluss der Rehabilitation über ihre Erfahrungen im häuslichen Umfeld befragt. Die Befragten berichteten, dass sich die verantwortlichen Fachkräfte um die Vorbereitungen zur Entlassung kümmerten. Bevor die Patienten entlassen wurden, führten die Therapeuten einen Besuch in der Häuslichkeit des Patienten durch, um sicherzustellen, dass die Patienten nach Krankenhausentlassung wieder im häuslichen Umfeld zurechtkamen. Um die Ängste und die Unsicherheit der Patienten zu reduzieren, begleitete einer der Therapeuten den Patienten am Entlassungstag nach Hause (Wottrich et al., 2007).

2.1.2 Erleben und Verhalten der am Entlassungsprozess Beteiligten

Im Folgenden werden wichtige Studienergebnisse über Erfahrungen und Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen, Pflegekräften und anderen am Entlassungsprozess beteiligten Akteuren dargelegt. Die Forschungsliteratur weist in diesem Zusammenhang international ähnliche Ergebnisse auf.



2.1.3 Psychische Situation von Patienten bei Entlassung

2.1.3.1 Verlusterfahrungen

Patienten wurde die Bedrohlichkeit eines Krankheitsgeschehens erst dann wirklich bewusst, wenn sie wieder in die Häuslichkeit entlassen wurden. Im Krankenhaus wurde die aktuelle Situation als bestimmend erlebt, die Reflexion der eigenen Krankheitssituation erfolgte in der Regel erst viel später. Aus diesem Grunde wurde die Krankenhausentlassung als ein komplexes Geschehen verstanden, welches mit psychischen Belastungen verbunden sein konnte (Wingenfeld, 2010). Der Autor beschreibt "Verlusterfahrungen" bei Patienten im Krankenhaus als zentrale Problematik, die als Autonomie- und Kontrollverluste im Bezug zur Umgebung erlebt wurden. Diese Situation wurde erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus besonders gegenwärtig, da im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes davon ausgegangen wurde, dass beispielsweise das Gefühl von Abhängigkeit nur vorübergehend sein würde. Weitere Verlusterfahrungen beinhalteten Aktivitätsbegrenzungen, die zu psychischen Belastungen führen konnten. Diese Belastungen zeigten sich kurz nach dem Krankenhausaufenthalt am stärksten ausgeprägt, weil den Patienten erst langsam bewusst wurde, dass sie dauerhaft krank sind. Neben Einschränkungen der körperlichen Aktivität war auch der Rückgang von sozialen Rollen und Beziehungen ein Thema. Beispiele hierfür waren Berentung oder Begrenzung der Ausübung von verschiedenen Tätigkeiten. Das Gefühl der Perspektivlosigkeit konnte dazu führen, dass die betroffenen Patienten sich nicht an gesundheitliche Handlungsempfehlungen halten wollten bzw. konnten (Wingenfeld, 2010).

2.1.3.2 Unsicherheit

Als zweite Kategorie wird von Wingenfeld „Unsicherheit“ erwähnt, die in einem Mangel an Handlungsoptionen zum Ausdruck kam. Es bestand ein hoher Informationsbedarf bei den Befragten. Der Grad an Informiertheit entschied mit darüber, ob es zu gesundheitlichen Komplikationen und somit zu einer Wiedereinweisung kam, was in diesem Fall bedeutete, dass Patienten, die schlechter über ihre häusliche Situation informiert waren, häufiger wieder ins Krankenhaus eingewiesen wurden (Wingenfeld, 2010).

Eine starke Bedeutung von Unsicherheit in Bezug auf die nachstationäre Versorgungssituation beschrieben auch Spiller und Kollegen, welche 22 leitfadengestützte Interviews mit Patienten, Hausärzten, Mitarbeitern des Sozialdienstes und ambulanten Pflegediensten durchführten. Ziel der Untersuchung war die Bestimmung der Ausgangslage im Entlassungsmanagement am Klinikum Jena und die Entwicklung eines Verfahrens zur kriteriengeleiteten Patientenauswahl im Entlassungsmanagement (Spiller et al., 2005).

Grundböck und Kollegen führten eine Evaluation eines speziellen Entlassungsmanagements durch, welches in Wiener Krankenhäusern angeboten wurde. Erbracht wurde das Entlassungsmanagement von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, ambulanten Anbieterorganisationen und vom Wiener Roten Kreuz. Patienten, die ein Entlassungsmanagement brauchten, konnten nach Identifikation direkt begleitet werden. Im Rahmen der Studie wurden halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews mit neun Patienten und elf Angehörigen durchgeführt um zu analysieren, ob und inwieweit spezielle Entlassungsmanagement einen Nutzen hatte. Die Patienten gaben auch hier an, dass die Unsicherheit und Angst im Rahmen der Entlassung psychisch als sehr belastend erlebt wurde. Sie waren froh, durch die sie begleitende Fachperson eine gewisse Unterstützung zu erfahren. Durch das Dienstleistungsangebot erlebten die Befragten eine gewisse Sicherheit und Vertrauen. Von zentraler Bedeutung war hier, dass die Patienten die Entlassungsmanagerin auch über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus erreichen konnten (Grundböck et al., 2005).



2.1.3.3 Mangelnde Informationen

In einer qualitativen Untersuchung stellte eine US- Forschungsgruppe fest, dass Patienten erst sehr spät über ihren Entlassungszeitpunkt informiert wurden. Ziel der Studie war es, die nachstationären Erfahrungen von Patienten und Pflegenden zu dokumentieren. Die Forschungsgruppe führte eine Untersuchung unter dem Einsatz von qualitativen und quantitativen Methoden durch. Sie befragten 19 Patienten und ihre pflegenden Angehörigen vor der Entlassung sowie acht Patienten und vier Angehörige nach der Entlassung mit Hilfe von Fragebögen. Außerdem wurden 12 Patienten und ihre Angehörigen nach Entlassung im Rahmen von Interviews befragt. Alle kontaktierten Patienten (außer einer Person) wurden erst wenige Stunden vor ihrer Entlassung über diesen Vorgang informiert. Diese fehlende Information deutet auf erhebliche Defizite im Entlassungsmanagement hin und führte zur Frustration bei den befragten Patienten. Auch die Informationen, die den Patienten zum Umgang mit Hilfsmitteln oder der Einnahme von Medikamenten mit nach Hause gegeben wurden, wurden als unzureichend wahrgenommen. Viele der Befragten mussten zuerst selbstständig Informationen bei anderen Diensten einholen, um sich selber weiterhelfen zu können (Williams et al., 2006).

Foust und Kollegen untersuchten ebenfalls die Erfahrungen von Patienten, pflegenden Familienangehörigen und Hausärzten während der Krankenhausentlassung im Rahmen einer qualitativen Forschungsarbeit. Insgesamt befragten sie 40 Patienten, 35 pflegende Familienangehörige und 35 Hausärzte mit teilstrukturierten Interviews innerhalb eines Monats nach Entlassung und anschließend vier bis sechs Wochen danach. Auch hier zeigte sich eine Uninformiertheit der Patienten dadurch, dass der Entlassungszeitpunkt viel zu spät mitgeteilt wurde. Meist geschah dies erst am Tag der Entlassung selber. Die Informationen über notwendige gesundheitliche Verhaltensweisen, die die Befragten erhielten, variierten laut Aussage der Interviewten stark. Manche bekamen nur schriftliche Informationen, andere wurden in Gesprächen aufgeklärt (Foust et al., 2015).

2.1.3.4 Schlechte Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen

Angehörige erlebten die Abstimmung des Versorgungsbedarfs als problematisch. Häufig fehlten auch Absprachen zwischen den am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Informationen aus Einzelgesprächen zwischen Patienten und Professionellen oder auch Angehörigen und Professionellen wurden nicht in ausreichendem Maße weitergegeben. Ein Grund für die schlechte Zusammenarbeit muss auch darin gesehen werden, dass sich viele Beteiligte einfach nicht zuständig fühlten bzw. die Zuständigkeiten ungeklärt waren (Uhlmann et al., 2005).

Auch Dossa und Kollegen berichteten davon, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen nach Meinung der pflegenden Angehörigen defizitär war. In einem Fall wollte ein Physiotherapeut im Krankenhaus, aus dem ein Patient entlassen wurde, nach einer Verordnung fragen, konnte hier aber keinen erreichen und wurde auch nicht zurückgerufen. Die schlechte Zusammenarbeit viel auch dadurch auf, dass Informationen von den Angehörigen immer mehrmals weitergegeben werden mussten, und viele der Beteiligten sich nicht zuständig fühlten (Dossa et al., 2012).

2.1.4 Herausforderungen für Pflegekräfte und Pflegeüberleitungskräfte bei Entlassung

Zur Sichtweise der Pflegenden, die am Entlassungsprozess beteiligt sind, finden sich in der Literatur wenige Untersuchungen, meistens wird die Perspektive der Patienten und der Angehörigen bei der Überleitung aus dem Krankenhaus beleuchtet.

In den USA wurde eine qualitative Studie durchgeführt, in der unterschiedliche Perspektiven von am Überleitungsprozess beteiligten Berufsgruppen untersucht wurden. Zu diesem Zweck wurden 13 Fokusgruppeninterviews und zwei Einzelinterviews mit 75 Personen, die einen



Gesundheitsberuf ausübten sowie mit Verwaltungsangestellten durchgeführt. Unter den Interviewten waren Ärzte, Pflegekräfte, Case-Manager, Sozialarbeiter, Apotheker. Die Befragten waren sich einig, dass die Pflegeüberleitung eine Antwort auf die Fragmentierung des gesamten Gesundheitssystems und somit die damit verbundene fehlende Vernetzung war. Ohne Änderungen im Gesundheitssystem könnte man laut ihrer Aussage auch die Probleme bei der Pflegeüberleitung nicht lösen. Die befragten Pflegenden beklagten sich über die Patienten, die nur bedingt den Anweisungen Folge leisteten. Außerdem sahen die befragten Pflegekräfte eine gewisse Spannung zwischen der Rolle des Krankenhauses bei der Ausübung von akuter Pflege und Behandlung und der Sicherstellung der Pflege zu Hause. Die Befragten merkten an, dass ihr Zuständigkeitsbereich bei akuter Pflege und Behandlung lag und nicht bei der häuslichen Betreuung. Sie gaben an, dass viele Patienten, die nicht ernsthaft krank waren, ins Krankenhaus eingewiesen würden, um mit Hilfe von Pflegeüberleitung ihre nachstationäre Versorgungssituation sicherzustellen. Die Entlassungsprozesse wurden von den Befragten außerdem als sehr chaotisch und wenig standardisiert erlebt. Hauptproblem war hier, dass die Zuständigkeiten der einzelnen am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen nicht geklärt waren. Ebenfalls von den Befragten bemängelt wurde die schlechte interdisziplinäre Kommunikation zwischen den am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen, was die Qualität des Entlassungsmanagements verschlechterte. Des Weiteren wurde eine fehlende Fort- und Weiterbildung im Feld des Entlassungsmanagements bei den Ärzten, aber auch bei den Pflegekräften, bemängelt (Davis et al., 2012).

In einer weiteren qualitativen Befragung von Pflegeüberleitungskräften und Mitarbeitern des Sozialdienstes, die in drei Krankenhäusern in Deutschland durchgeführt wurde, beschrieben die Autoren zwei verschiedene Formen der Pflegeüberleitung. Bei der ersten Variante waren die Ziele und Bedürfnisse der Professionellen wichtig, bei der anderen Variante waren die Ziele des Patienten wichtig. Wurden die Ziele der Professionellen versucht zu erreichen, war man im organisationalen Sinne auf eine optimale Entlassung ausgerichtet, Patientenziele traten somit hinter die der Organisation zurück. Wurden die Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund gestellt, konnte am ehesten die Selbstbestimmung der Betroffenen aufrechterhalten werden. Weitere Ergebnisse der Untersuchung waren, dass sich die befragten Mitarbeiter der Pflegeüberleitung wünschten, mehr in Stationsabläufe einbezogen zu werden und mehr dort präsent zu sein. Die Aufgaben beim Entlassungsmanagement der verschiedenen Berufsgruppen, die hier beteiligt waren, waren nicht klar definiert. Beispielsweise sahen sich die Sozialarbeiter als einzige Berufsgruppe, die sich am Bedarf des Patienten orientierten, die Pflege sah die Bedarfsermittlung bei Patienten ebenfalls als ihre ureigene Aufgabe an. Jede Berufsgruppe, die bei der Überleitung des Patienten beteiligt war, leitete somit ihr eigenes Verständnis ihrer Arbeit, beispielsweise der Beratung, aus ihrem eigenen Berufsverständnis ab. Mangelnde Absprachen, die in diesem Fall ebenfalls zu beobachten waren, erschwerten somit ebenfalls die Vereinheitlichung des Entlassungsmanagements (Schönlau et al., 2005).

Janzen befragte im Rahmen ihrer Untersuchung Pflegekräfte in Deutschland über ihre Erfahrungen im Rahmen des Entlassungsprozesses. Diese gaben an, dass jede Berufsgruppe, die im Rahmen der Entlassung der Patienten beteiligt war, nach ihrem Berufsbild handelte, was zu Schwierigkeiten führte. Aufgaben im Entlassungsprozess, die die jeweilige Berufsgruppe wahrnehmen sollte, wurden vom Krankenhaus selber nicht definiert. Außerdem kam es zu Konflikten mit anderen Berufsgruppen, wie den Hausärzten, da sie sich laut Aussage der Pflegekräfte öfters gestört fühlten, wenn Informationen über Patienten eingeholt wurden. Die befragten Hausärzte und ambulanten Dienste wünschten sich eine Fachkraft, die zuständig für das Entlassungsmanagement war und erlebten die momentane Situation der Pflegeüberleitung als defizitär. Die befragten Pflegekräfte dagegen waren zufrieden mit der momentanen



Situation der Pflegeüberleitung und gaben an, dass sie keine Stabstellen für die Pflegeüberleitung wünschten, weil sie selber damit gut zurechtkamen (Janzen, 2014).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass qualitative Befunde über die Überleitung von Patienten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit zeigen, dass Patienten durch häusliche Begleitung eine Rückgewinnung von Selbstbestimmung erhalten und Ängste und Unsicherheiten reduzieren können. Patienten, die entlassen werden, leiden unter großen Unsicherheiten und Verlusterfahrungen. Diese Unsicherheiten sind meist darauf zurückzuführen, dass sich die Patienten nur unzureichend informiert fühlen oder ihre Wünsche bei Entlassung zu wenig berücksichtigt werden. Auch bei den Angehörigen zeigen sich ähnliche Ergebnisse, Unsicherheit und Uninformiertheit, die nicht kompensiert werden, führen zu vielfältigen Ängsten. Weitere Probleme bestehen in der defizitären Kommunikation zwischen den am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen, welche auf unklare Rollenverteilung der Berufsgruppen im Entlassungsprozess zurückzuführen ist. Außerdem besteht ein kontinuierlicher Personalmangel, welcher wiederum die Umsetzung eines optimalen Entlassungsmanagements erschwert. Die mangelhafte Vernetzung der am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen außerhalb des Krankenhauses wird ebenfalls als Problem erlebt. In diesem Zusammenhang könnte die Brückenpflege zu einer Verbesserung der Situation beitragen, indem Patienten als auch Angehörigen die Ängste durch Informationen genommen werden und die interdisziplinäre Zusammenarbeit intern, aber auch extern, durch Vernetzung verbessert wird.

2.2 Quantitative Befunde

Leppin und Kollegen synthetisierten mittels einer Meta- Analyse die Evidenz verschiedener Programme hinsichtlich der Vermeidung einer akutstationären Neuaufnahme binnen 30 Tagen. Die Autoren identifizierten in den 42 berücksichtigten Studien 18 abgrenzbare Elemente der Intervention, z.B. Entlassungsplanung, Case Management, Telefon- Follow-Up (ggf. auch videogestützt), Telemonitoring, Telefonhotline, Patientenedukation, Selbstmanagement, Hausbesuche, Follow- Up- in der Klinik oder Interventionen bezogen auf das Verständnis der Medikation und auf die Medikamentenadhärenz. Die in den Studien untersuchte Klientel wies überwiegend ein geriatrisches Profil auf. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Programme, die sich auf diese Elemente stützen, einen konsistenten Effekt auf die Vermeidung von Wiederaufnahmen binnen 30 Tagen haben, wobei umfassende, komplexe Interventionen einen größeren Effekt aufweisen (Leppin et al., 2014).

Eine andere Meta- Analyse (Feltner et al., 2014) untersuchte Effekte von Interventionen im Rahmen der Transition auf die Wiedereinweisung bei Patienten mit koronaren Erkrankungen. Die Autoren entwickelten zunächst eine Taxonomie der unterschiedlichen Typen der Interventionen. Hausbesuche stellen dabei einen eigenen Typus dar. Eingeschlossen wurden insgesamt 47 randomisiert- kontrollierte Studien, darunter 19 zu Hausbesuchen. In der Meta- Analyse wurde ein positiver Effekt der Ansätze mit Hausbesuchen festgestellt, sowohl bezogen auf die Reduktion von Wiedereinweisungen als auch auf die Mortalität der Patienten.

In mehreren Studien basieren die Konzepte der Intervention auf einem einzigen Hausbesuch (Holland et al. 2007, Jaarsma et al. 1999, Rich et al. 1995, Stewart et al. 1999, Thompson et al. 2005). Hingegen wurden in einer Studie von Naylor und Kollegen (Naylor et al., 2004) bei jedem Patienten mindestens acht Hausbesuche in den drei Monaten nach der Krankenhausentlassung geleistet (wöchentlich im ersten Monat, danach zweimal pro Monat). Andere Interventionen sehen zwei bis vier Hausbesuche vor (Hansen et al. 1995, Naylor et al., 1999, Rytter et al., 2010). Der Zeitraum, über den sich die Hausbesuche erstreckten, variierte dementsprechend zwischen wenigen Tagen und bis zu 16 Wochen.



Einen Schwerpunkt der Hausbesuche stellten in der Regel umfassende Assessments und, darauf aufbauend, individuell auf den Patienten abgestimmte Beratungs- und Unterstützungsleistungen dar. Wichtige Elemente waren auch die Planung der weiteren Versorgung sowie Medikamenten- Reviews bzw. Maßnahmen zur Steigerung der Adhärenz bezogen auf die Versorgungsplanung und die Medikation. Anleitung und Schulung zielten in fast allen Studien auf eine Verbesserung der Kenntnisse und Fertigkeiten bezogen auf Krankheitsbilder, Symptome und Warnsignale ab sowie auf Selbstmanagementkompetenzen. Auch eine Einbeziehung häuslicher Pflegepersonen bzw. sonstiger Bezugspersonen war in der Regel vorgesehen. In der Studie von Holland et al. wurde hingegen der Hausbesuch durch einen Pharmazeuten erbracht und war daher ausschließlich auf die Medikation ausgerichtet. Ebenfalls stärker medizinisch orientiert war der Ansatz bei Rytter et al., bei dem der erste Hausbesuch gemeinsam durch den Hausarzt des Patienten und eine Pflegekraft erbracht wurde. Die beiden weiteren Besuche wurden dann nur durch den Hausarzt absolviert.

Abgesehen von diesen beiden Beispielen sowie der Studie von Stewart et al. stellen Hausbesuche im Regelfall keine isolierte Intervention dar, sondern sind als Element einer umfassenderen komplexen Intervention zu verstehen, deren Beginn bereits während des Krankenhausaufenthalts zu verorten ist. So setzten die Interventionen in den drei Studien von Naylor et al. bereits spätestens 24 respektive 48 Stunden nach der Krankenhausaufnahme ein, mit regelmäßigen (täglich bei Naylor et al., 2004) Besuchen während des stationären Aufenthalts. Nachstationär sind zudem teilweise telefonische Kontakte bzw. Hotlines Bestandteil der Intervention.

In fast allen der genannten Studien weist die Interventionsgruppe signifikant niedrigere Raten an Wiederaufnahmen auf, wobei allerdings teilweise deutlich unterschiedliche Zeiträume betrachtet wurden (zwei Wochen bis ein Jahr). In all jenen Studien, bei denen mehr als ein Hausbesuch vorgesehen war, zeigten sich positive Effekte hinsichtlich der Wiederaufnahmen. Hingegen hatte der rein pharmazeutische Hausbesuch bei Holland et al. keinen positiven Effekt auf die Rate der Wiederaufnahmen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass es sich bei den Ansätzen zur Transition vom Akutkrankenhaus in die Häuslichkeit stets um komplexe multimodale Interventionen handelt. Aussagen zur Evidenz einzelner Elemente solcher Ansätze (z.B. Hausbesuche oder Patientenedukation) sind auf Basis der derzeit verfügbaren Evidenz nicht möglich. Die vorliegenden randomisiert- kontrollierten Studien zu Hausbesuchen im Rahmen des Transitionsprozesses sind in dieser Hinsicht ebenfalls nur schwer vergleichbar, da sich die einzelnen Interventionselemente, die im Rahmen der Hausbesuche erbracht werden, zwischen den Studien unterscheiden und die Hausbesuche fast immer auch mit anderen Elementen (Telefonhotline, Patientenedukation während des Klinikaufenthalts) kombiniert werden. Auch die Häufigkeit und der Zeitraum der Hausbesuche unterscheiden sich in den verschiedenen Ansätzen teils deutlich. Hinzu kommt, dass die Intervention in den jeweiligen Kontrollgruppen aus „care as usual“, also aus der in der jeweiligen Einrichtung gängigen Praxis besteht. Da die Praxis im Rahmen des Entlassungsmanagements zwischen verschiedenen Kliniken aber deutlich variiert (und somit dessen Umfang und Qualität), ist eine Vergleichbarkeit verschiedener Studien stark eingeschränkt.



3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen im Rahmen eines Mixed-Methodes-Designs (qualitativer und quantitativer Teil) erläutert. Außerdem wird die Vorgehensweise der Datenerhebung und Datenauswertung beider methodischer Zugänge dargestellt.

3.1 Studiendesign

Bei dem Design der Studie handelt es sich um ein Mixed-Methodes-Design entsprechend dem Vorgehen der Concurrent triangulation nach Creswell und Plano. Hier findet die gleichzeitige Sammlung von qualitativen und quantitativen Daten statt, wobei keine Priorisierung einer Zugangsweise erfolgt. Das bedeutet, dass der quantitative Teil der Untersuchung grundsätzlich unabhängig von dem qualitativen Teil durchgeführt wird. Abgleich und Integration der Ergebnisse sind aber notwendig. Im Rahmen des Projektes wurden die Erhebungsinstrumente entsprechend abgestimmt. Da die quantitative Erhebung im Juli 2015 begann und die Instrumente bereits im Mai 2015 fertiggestellt waren, konnten die qualitativen Leitfäden, die im Anschluss entwickelt wurden, mit den eingesetzten quantitativen Instrumenten abgestimmt werden. Nach Creswell und Plano kann die Integration der qualitativen und quantitativen Ergebnisse in der Phase der Ergebnisanalyse erfolgen (Creswell und Plano, 2013). Im Rahmen der Umsetzung von EPOS-B wurden die beiden Forschungsperspektiven bereits in der Phase der Auswertung integriert. Im Rahmen des Auswertungsworkshops, welcher im Februar 2016 durchgeführt wurde, fand ein Abgleich der quantitativen und qualitativen Daten statt. Hier wurden erste Ergebnisse der Pflegenden- und Patienteninterviews mit den bereits vorliegenden quantitativen Daten verglichen.

3.2 Methodik des qualitativen Teils der Studie

3.2.1 Datenerhebung

Um die Auswirkungen der Brückenpflege auf das subjektive Erleben der Patienten und Angehörigen zu untersuchen, wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt. Ziel ist es hierbei, den subjektiven Sinngehalt⁴ von Aussagen der Befragten zu analysieren. Auch bei der Analyse der Arbeit der Brückenfachkräfte wurde dieser wissenschaftliche Zugang genutzt. Ziel war die Erfassung der Perspektive der Pflegenden in Bezug auf die Auswirkungen der Brückenpflege auf die Patienten und Angehörigen, sowie die Analyse eigener Vorstellungen bezüglich ihrer Tätigkeit. Nach Flick können in der qualitativen Sozialforschung zur Untersuchung des subjektiven Sinngehaltes Aussagen aus leitfadengestützte Interviews genutzt werden (Flick, 2007). Die Erhebungsmethode der Wahl ist in diesem Zusammenhang das problemzentrierte Interview nach Witzel (Witzel, 1982).

In unserer Studie wurden die Stakeholder wie ambulante Dienste, Hausärzte, Sozialdienste, Experten und die kommunal Verantwortlichen durch den Einsatz von Experteninterviews befragt. Experten verfügen über einen besonderen Wissenspool. Der Experte gilt als Quelle von Spezialwissen über einen zu erforschenden, sozialen Sachverhalt. Mit Hilfe des Experteninterviews wird nach Gläser und Laudel versucht, dieses Wissen zu erschließen (Gläser und Laudel, 2009). Das Expertenwissen hat ebenfalls eine Aufklärungsfunktion im Hinblick auf die Fragestellung (Bonger und Menz, 2009).

⁴ In der Qualitativen Sozialforschung wird zwischen drei verschiedenen Sinnebenen unterschieden, die mit Hilfe von verschiedenen Methoden ergründet werden sollen. Die erste Sinnebene ist der „subjektive Handlungssinn“. Hier geht es um das subjektive Erleben. Die zweite Sinnebene ist die des „sozialen Sinns“. Hier geht es um die Herstellung sozialer Wirklichkeit. Als dritte Sinnebene wird der „objektive Sinn“ benannt. Dieser meint verborgene latente Sinnstrukturen, die nicht offensichtlich sind und mit Hilfe von bestimmten Methoden rekonstruiert werden können (Lamnek und Krell, 2010)



3.2.1.1 Entwicklung der Leitfäden für Brückenfachkräfte, Patienten und Angehörige

Im ersten Schritt wurden anhand einer Literaturrecherche qualitative Studien gesichtet, in denen eine Evaluation von Projekten der Überleitungspflege durchgeführt wurde. Außerdem wurden Forschungsarbeiten identifiziert, in denen die Erfahrungen von Angehörigen, Patienten, Brückenfachkräften, Sozialdienst und anderen Stakeholdern in Bezug auf Pflegeüberleitung Gegenstand der Untersuchung waren. Hierzu erfolgte eine Recherche in relevanten Datenbanken. Orientiert an den Forschungsergebnissen wurden die Leitfäden entwickelt und in der Forschungsgruppe diskutiert und überarbeitet. Eine Übersicht der genutzten Literatur sowie die im Projekt entwickelten Leitfäden finden sich im Anlagenband. Im Sinne des induktiv-deuktiven Wechselverhältnisses (Witzel, 2000) wurde zum Einstieg in die Interviews eine offene Fragestellung gewählt, um eine Erzählung anzuregen und den Interviewten die Möglichkeit zu geben, die für sie wichtigen Aspekte einzubringen. Im Anschluss an diese Narration wurden Nachfragen auf der Grundlage der entwickelten Leitfäden gestellt, um sicherzustellen, dass alle für den Forschungsgegenstand wichtigen Aspekte erhoben wurden. Entsprechend den Ausführungen von Witzel wurde im Anschluss an die Interviews ein Kurzfragebogen eingesetzt, um die für die Interpretation relevanten soziodemografischen Daten der interviewten Brückenfachkräfte zu erheben (Witzel, 2000). Zusätzlich wurden Postskripte (Memos) angefertigt, um u.a. relevante Ergebnisse, erste Interpretationsideen sowie Besonderheiten der Interviews zu dokumentieren und die Interviewsituation zu reflektieren.

3.2.1.2 Entwicklung der Leitfäden für die Stakeholder

Nachdem die Auswertung der Interviews mit den Brückenfachkräften abgeschlossen war, wurden die Leitfäden für die Befragung der Hausärzte, ambulanten Pflegedienste, des Sozialdienstes, der Experten und der kommunal Verantwortlichen entwickelt. Hierzu erfolgte ein erneuter Einblick in die Literatur. Bei den Forschungsarbeiten, welche die Wirksamkeit von Projekten der Überleitungspflege untersuchten, wurden in den meisten Fällen keine Stakeholder befragt. Deshalb konnte für die Entwicklung der Leitfäden auf nur wenig Literatur zurückgegriffen werden. Sie wurden unter Berücksichtigung der bisherigen Projektergebnisse entwickelt.

3.2.1.3 Interviewakquise und Interviewführung

Um die Datenerhebung in den Einrichtungen durchführen zu können, bedurfte es einer intensiven Kommunikation mit dem Sana Klinikum Biberach und einer eingehenden Vorbereitung. Eine Mitarbeiterin, die auch als Brückenfachkraft angestellt war, übernahm die Koordination zwischen Klinik und Forschergruppe. Vor Beginn der Datenerhebung erhielt die Einrichtung eine detaillierte Beschreibung des Ablaufs. Darüber hinaus wurde das genaue Vorgehen telefonisch besprochen und Änderungswünsche der Einrichtungen berücksichtigt. Die Projektkoordinatorin des Sana Klinikums organisierte die Interviewtermine mit den Brückenfachkräften. Die Kontakte zu den Patienten und den Angehörigen wurden durch die Brückenfachkräfte an das Projektteam EPOS-B vermittelt. Die Brückenfachkräfte informierten die Patienten und die Angehörigen über die Teilnahme an den Interviews und händigten das Infomaterial aus. Die Terminplanung und Durchführung der Interviews erfolgte im Anschluss durch die verantwortliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der PTHV.

3.2.1.4 Vorgehen bei der Auswertung der Interviews

Als Auswertungsmethode wurde im Rahmen des Projektes die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt (Mayring, 2010). Konkret wurde die Technik der inhaltlichen Strukturierung angewandt. Hier sollen entsprechende Themen und Aspekte aus dem Material herausgefiltert werden, die anhand von theoriegeleiteten Kategorien identifiziert wurden. Das bedeutete, dass relevante Textstellen mit Hilfe eines entwickelten theoriegeleiteten Kategoriensystems extrahiert wurden. Um die beschriebenen Fragestellungen beantworten zu können, sollten also,



entsprechend dem Vorgehen der inhaltlichen Strukturierung, die jeweiligen Textstellen zu den relevanten Themen aus dem Material herausgefiltert werden.

3.3 Methodik des quantitativen Teils der Studie

3.3.1 Ziel des quantitativen Teils der Studie

Ziel der quantitativen Erhebung war es, Effekte der Brückenpflege-Intervention auf verschiedene Qualitätsdimensionen der Patientenversorgung zu bestimmen, insbesondere als primäres Outcome die Qualität des Transitionsprozesses von einem stationären Aufenthalt in die Häuslichkeit.

3.3.2 Forschungsdesign

Der quantitative Teil der Studie war in Form eines Kontrollgruppendesigns mit zwei Messzeitpunkten angelegt und umfasste schriftliche Befragungen der Patienten sowie eine schriftliche Fremdeinschätzung durch die betreuende Brückenfachkraft.

3.3.3 Erhebungsinstrumente

Als primäres Outcome wurde die Qualität des Transitionsprozesses gemessen. Hierzu wurde der Care Transition Measure (CTM, Coleman et al., 2005) eingesetzt. In internationalen Studien wird häufig die aus drei Items bestehende Kurzversion des CTM (CTM-3) verwendet. Um verschiedene Aspekte der Transitionsqualität möglichst differenziert erfassen zu können, erfolgte aber dennoch die Entscheidung für den Einsatz der Langversion mit 15 Items. Diese wurden eigens für die Studie übersetzt.

Der CTM-15 adressiert folgende Aspekte des Transitionsprozesses:

- kritisches Verstehen des Managements der eigenen Gesundheit (u.a. Verantwortlichkeiten, Medikation)
- Berücksichtigung von Präferenzen des Patienten bei der Planung der weiteren Versorgung
- Vorbereitung auf das persönliche Gesundheitsmanagement
- Vorliegen schriftlicher Verordnungen und Versorgungsplanung

Das sekundäre Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde mittels der visuellen Analogskala EQ5-D (Herdman et al., 2011) gemessen. Der Patient kreuzt hierbei den Grad seiner aktuell subjektiv empfundenen Gesundheit auf einem Kontinuum zwischen 0 und 100 an, wobei 0 für den am schlechtesten vorstellbaren und 100 für den am besten vorstellbaren Grad an Gesundheit steht. Der EQ5-D ist eine der am breitesten eingesetzten Messgrößen gesundheitsbezogener Lebensqualität, insbesondere im gesundheitsökonomischen Kontext. Neben der visuellen Analogskala umfasst das Instrument zudem fünf ordinal skalierte Items zu Mobilität, Selbstpflege, alltäglichen Tätigkeiten, Schmerzen und Angst. Hier stehen sowohl Varianten mit dreistufigen Antwortkategorien (EQ5D-3L) als auch mit fünfstufigen (EQ5D-5L) zur Verfügung. Um eine größere Differenzierbarkeit zu ermöglichen, wurde der EQ5D-5L von EuroQOL für diese Studie lizenziert und eingesetzt. Auf Basis dieser fünf Items errechnet sich eine weitere Messgröße, der EQ5D-Score. Die Berechnung erfolgt nach länderspezifischen Gewichtungen. Zu Projektbeginn war zu erwarten, dass zum Zeitpunkt der Datenanalyse die Validierungsstudie für die deutsche 5L-Version vorliegt. Dies war allerdings nicht der Fall, so dass lediglich ein so genannter Crosswalk zur Verfügung stand, der den EQ5D-Score auf Basis der 3L-Version umrechnet. Aus diesem Grund wurde auf eine Analyse der EQ5D-Scores verzichtet. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde somit ausschließlich auf Basis der visuellen Analogskala analysiert.



Als weiteres, sekundäres Outcome wurde das habituelle Wohlbefinden mittels der Habituellen subjektiven Wohlbefindensskala (HSWBS, (Dalbert, 1992) gemessen. Diese Skala besteht aus 13 Items, aus denen sich zwei Skalen berechnen lassen: als kognitive Dimension die allgemeine Lebenszufriedenheit und als emotionale Dimension das Stimmungsniveau. Für die beiden Skalen wird eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbach's Alpha zwischen 0.82 und 0.87) berichtet.

In der Interventionsgruppe wurde als Outcome zudem die Zufriedenheit mit der Intervention gemessen. Hierzu wurden acht Items entwickelt, die sich auf die Brückenpflegekraft, Patientenbeziehung (respektvoller Umgang, Vertrauen) sowie auf die wahrgenommene Qualität der Unterstützungsleitung (Krankheiten und Medikation verstehen) beziehen. Es handelt sich dabei um ordinal skalierte Items mit einem vierstufigen Antwortformat (stimme gar nicht zu bis stimme voll zu).

Erfasst wurde zudem die medikamentenbezogene Adhärenz mittels der Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4, (Morisky et al., 1986). Während der Datenerhebung stellte sich allerdings heraus, dass die Befragten die Items an t_1 nicht immer bezogen auf den Zeitraum der Brückenpflege interpretierten, da dies nicht eindeutig formuliert war. Daher wurde von einer Analyse dieser Skala abgesehen.

Neben den Outcome-bezogenen Instrumenten wurden weitere Instrumente eingesetzt, die der Stichprobenbeschreibung dienten und die zudem zur Beurteilung der Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe herangezogen wurden.

Der funktionale Status wurde mit dem Functional Independence Measure (FIM, Keith, 1987) beurteilt. Der FIM beinhaltet auch Items bezogen auf den kognitiven Status. In Ermangelung eines Fremdeinschätzungsinstruments bezogen auf den kognitiven Status, das nicht einseitig auf Personen mit Demenz ausgerichtet ist, wurden ergänzend einzelne Items eingesetzt, die sich zuvor in Qualifizierungsarbeiten bewährt hatten. Zudem wurden die instrumentellen Lebensaktivitäten (iADL, Lawton und Brody, 1969) beurteilt.

Angaben zur Person der Patienten und zur stationären Episode (ICD-10 kodierte medizinische Diagnosen, Dauer des Krankenhausaufenthalts, Alter, Geschlecht, Pflegestufe) wurden mit eigens entwickelten Items beurteilt. Gleiches gilt für Items, die sich auf die Charakterisierung der durchgeführten Intervention (Dauer und Umfang der Brückenpflege, erbrachte Leistungen) sowie auf Ereignisse im Brückenpflege- Zeitraum (Notfall- Arztkontakte, Notaufnahme) beziehen.

3.3.4 Sampling

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

Da zu Beginn der Erhebung keine belastbaren Daten dazu vorlagen, welche Charakteristika die Klientel, die Leistungen der Brückenpflege in Anspruch nimmt, im Detail aufweist bzw. wie diese Charakteristika sich verteilen, wurden in einer ersten Erhebungsphase ausschließlich Fälle der Interventionsgruppe gemessen. Im Mai 2016 erfolgte dann eine Zwischenauswertung, um die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Charakteristika der Fälle der Interventionsgruppe zu analysieren.

Die folgenden Charakteristika wurden als Ergebnis dieser Analyse als Kriterien für die ab Mai 2016 begonnene Akquise der Kontrollgruppe festgelegt:



- **Entlassung:** ausschließlich Patient/-innen, die in die Häuslichkeit entlassen werden.
- **Ambulanter Dienst:** Patient/-innen mit involviertem ambulantem Pflegedienst können (im Unterschied zur Interventionsgruppe) einbezogen werden.
- **Alter:** geriatrische Klientel (>65 Jahre). Ein Durchschnittsalter von ca. 81 Jahren wird angestrebt; in Ausnahmefällen dürfen Patient/-innen auch jünger als 65 Jahre sein (jüngster Fall in der Interventionsgruppe: 58 Jahre)
- **Pflegestufen:** bis auf wenige Ausnahmen nur Patient/-innen ohne Pflegestufe und Pflegestufe 1 (Patient/-innen ohne Pflegestufe sollten ca. im Verhältnis 2:1 überwiegen);
- **Essen/ Trinken:** keine Patienten, denen das Essen angereicht werden muss (nur Patient/-innen, die im Fragenbereich „Funktionale Fähigkeiten“ (FIM) bei Essen/ Trinken im maximal „Beaufsichtigung/ Vorbereitung“ oder besser aufweisen).
- **Sturzrisiko:** der überwiegende Teil der Patient/-innen sollte ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen (Sturzrisiko und Gangunsicherheit weisen knapp 90% der Fälle der Interventionsgruppe auf)
- **Stuhlinkontinenz:** sollte nur bei einem geringen Teil der Patienten vorkommen (knapp 10% in der Interventionsgruppe) **Dekubitus- Risiko/ vorhandener Dekubitus:** sollte nur bei einem geringen Teil der Patient/-innen vorkommen (beides unter 10% in der Interventionsgruppe)

Die Kontrollgruppe wurde durch die Brückenpflegekräfte auf den gleichen Stationen akquiriert wie die Interventionsgruppe.

3.3.5 Datenerhebung

Die Baseline-Erhebung erfolgte in der Interventions- und in der Kontrollgruppe am Entlassungstag. Die Fremdbeurteilung durch die Brückenpflege- Fachkraft umfasste Angaben zu Alter, Geschlecht, Diagnosen, Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie den FIM, die iADL-Skala und Patientencharakteristika. Die Patienten selbst wurden mittels CTM15, EQ5D, MMAS und der HSWBS befragt.

Die Post- Befragung erfolgte unmittelbar nach der Beendigung der Brückenpflege, am Ende des letzten Hausbesuchs, wobei das gleiche Instrumentarium zum Einsatz kam. Zusätzlich wurden Ereignisse seit der Entlassung (Notfälle, Krankenhausaufenthalte) und Angaben zur geleisteten Intervention (Anzahl und Dauer der Hausbesuche, erbrachte Leistungen) erfragt. Die Patienten wurden gegenüber der Baseline- Befragung zusätzlich zur Zufriedenheit mit der Intervention befragt. In der Kontrollgruppe erfolgte die Post- Befragung entweder postalisch oder mittels eines standardisierten telefonischen Interviews auf Basis des Fragebogens. Der Fragebogen wurde zwischen dem 7. und 10. Tag nach der Entlassung versandt, die Telefoninterviews zwischen dem 8. und 11. Tag nach Entlassung durchgeführt.

3.3.6 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels der Software IBM SPSS in Version 24. Die Summenscores der als Outcomes gemessenen Skalen (CTM15, EQ5D-VAS sowie die beiden Skalen der HSWBS) wurden als metrisch skaliert angesehen. Für diese Outcomes wurden Gruppenunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mittels Kovarianzanalysen (ANCOVAs) analysiert, um hinsichtlich bestehender Unterschiede an t_0 zu kontrollieren (diese t_0 - Unterschiede also „herauszurechnen“).

Gruppenunterschiede, die sich auf nur einen Messzeitpunkt beziehen, wurden je nach Skalenniveau mittels des t- Tests für unabhängige Stichproben (u.a. Alter, Liegedauer), des χ^2 -Unabhängigkeitstests (Hauptdiagnose- Gruppen) oder dem exakten Test nach Fisher (u.a. Geschlecht, dichotome Patientencharakteristika) analysiert.



4 Ergebnisse (Qualitative Erhebung)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Befragung dargestellt. Begonnen wird mit den qualitativen Befragungsergebnissen der Brückenfachkräfte, danach werden die Ergebnisse der Befragung der Patienten dargestellt. Danach folgen die Ergebnisse der Befragungen der Hausärzte und ambulanten Dienste.

4.1 Befragung der Brückenfachkräfte

4.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden sieben Brückenfachkräfte befragt, davon war eine Person männlich, die anderen weiblich. Zwei der Befragten waren in der Funktion als Koordinatorin tätig. Das Alter der Befragten lag zwischen 29 und 56 Jahren, wobei die meisten Befragten zwischen 40 und 50 Jahren alt waren. Die Brückenpflege wurde von einer Befragten erst seit sechs Monaten ausgeübt, die anderen Befragten übten die Tätigkeit zwischen einem Jahr und fünf Jahren aus. Der Beschäftigungsumfang variierte bei den Brückenfachkräften zwischen 50 und 100%, vier der Befragten übten eine 100% Tätigkeit aus.

4.1.2 Profil der Brückenpflege

4.1.2.1 Abgrenzung der Brückenpflege zu anderen Tätigkeiten im Entlassungsmanagement

Um eine Definition des Profils der Brückenpflege zu erkennen, wurden zunächst die Aufgabenbeschreibungen der Brückenpflege anhand des Flyers und anhand der von der Klinik zur Verfügung gestellten Unterlagen gesichtet. Im Klinikum gab es eine Liste mit Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen im Entlassungsmanagement (Stand 17.06.2013) Hier wurden die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen folgendermaßen angegeben.

Tabelle 1 Beschreibung der Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen

Aufgaben Sozialdienst	Aufgaben Pflege (Bezugspflege)	Aufgaben Brücke
<ul style="list-style-type: none"> - Beratung/Edukation der AHB⁵ oder medizinischen Rehabilitation - Stationäre Weiterverlegung, wenn Reha nicht möglich ist - Stationäre Pflege abklären, wenn Patient und Angehörige nicht dazu in der Lage sind 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittelabklärung - Anmeldung Geriatrische Rehabilitation - Versorgungsbrief bereitstellen und dazu beraten (Patient und Angehörige) - SAPV⁶einschalten - Compass⁷ einschalten (Privatpatienten) - Brücke einschalten (bei Pflichtversicherten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Überleitung von Patienten mit komplexen Krankheitssituationen mit hohem Beratungsbedarf und Notwendigkeit der Übergangspflege (z. B. Patient mit COPD mit wiederholten Krankenhausaufenthalten oder Menschen mit Demenzerkrankungen, die im häuslichen

⁵ Anschlussheilbehandlung

⁶ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

⁷ Pflegeberatung der privaten Krankenkassen



<ul style="list-style-type: none"> - Hospizberatung bei Patienten mit Palliativsituation - Beratung zur Pflegeversicherung in schwierigen Fällen - Psychosoziale Beratung von Karzinompatienten (bei Erstdiagnose) - Sozialrechtliche Beratung/Wirtschaftliche Hilfestellung - Beratung zum Schwerbehindertengesetz - Pflegestufe beantragen, wenn Patient und Angehörige nicht dazu in der Lage sind 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegestufe beantragen (Angehörige unterstützen bei der Abklärung mit der Krankenkasse) 	<p>Umfeld weiter betreut werden müssen, ohne ambulanten Pflegedienst)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittelabklärung - Pflegestufe beantragen (in Abstimmung mit der Bezugspflege)
---	---	---

Laut der Beschreibung der Aufgabenfelder überschneiden sich Tätigkeiten im Entlassungsmanagement bei Pflegekräften und Brückenfachkräften. Dies betrifft beispielsweise die Hilfsmittelabklärung und die Beantragung der Pflegestufe, welche von beiden Berufsgruppen vorgenommen wurden. Es lagen ebenfalls Überschneidungen mit den Tätigkeiten des Sozialdienstes vor.

Diese Ergebnisse spiegelten sich auch in den Interviews wieder. Aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen und Tätigkeitbereiche der Befragten variierten die Leistungen im Krankenhaus, die ihm Rahmen des Entlassungsmanagements erbracht wurden, und es wurden Überschneidungen mit den Tätigkeiten des Sozialdienstes genannt. Beispielsweise gab eine befragte Brückenfachkraft an, die Patienten schon im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes bei der Beantragung einer Pflegestufe unterstützt und beraten zu haben. Danach habe sie ebenfalls einen Pflegedienst organisiert. Bei den anderen Befragten wurden ebenfalls verschiedene Tätigkeiten im Rahmen des Entlassungsmanagements genannt, welche bereits im Krankenhaus ausgeführt wurden und vermutlich in die Zuständigkeit ihrerseits als Krankenschwester bzw. Krankenpfleger auf Station fielen und nicht in die direkte Zuständigkeit als Brückenfachkraft.

4.1.3 Ziele der Brückenpflege

Die Brückenpflege gehört zu den Modellen der Übergangsversorgung und wird deshalb durch die Betreuung der Patienten in der Häuslichkeit definiert. Hier wurden diesbezüglich im Flyer der Brückenpflege verschiedene Ziele formuliert.

„Wir möchten Ihnen die Angst und Sorge vor Entlassung nach Hause nehmen und stehen Ihnen dabei mit Rat und Tat zur Seite. Gerade die Zeit nach der Entlassung aus der stationären Behandlung ist nach unserer Erfahrung oftmals eine sehr kritische Zeit. Mit unserer Hilfe soll der Genesungsprozess stabilisiert und eine Wiedereinweisung in die Klinik nach Möglichkeit vermieden werden, damit Sie so lange wie möglich zu Hause sein können. Wir möchten mit



unserer Tätigkeit einen Beitrag für Ihre Gesundheit und für die Erhaltung Ihrer Selbstständigkeit leisten“⁸.

Die Ergebnisse aus den Interviews stimmten weitgehend mit den beschriebenen Zielen aus dem Flyer überein, es kamen aber auch andere Aspekte hinzu.

a) Bearbeitung von Ängsten und Sorgen

In den Interviews wurden bei der Frage nach den Zielen der Brückenpflege verschiedene Faktoren genannt. Ein Hauptaspekt war die Bearbeitung von Ängsten und Sorgen der Patienten. Speziell in einem Interview wurde von einem notwendigen „Dasein“ der Brückenfachkräfte für Patienten und Angehörige gesprochen, was als Auftrag der Brückenpflegekräfte interpretiert werden konnte. Die Brückenfachkräfte waren in dieser Sichtweise hauptsächlich beim Erstbesuch dafür zuständig, um Patienten und Angehörigen Ängste und Sorgen zu nehmen. Die Durchführung von notwendigen Beratungstätigkeiten kam hier erst an zweiter Stelle.

Interview 6: „Weil das sehe ich auch schon als unseren Auftrag, dass wir dann eben auch über Medikamente über Verbände egal was auch beraten. Aber die Brücke ist klar beim ersten [...] mal nur ein Dasein. Ja. Ängste zu nehmen auch mit nach Hause [...].“

b) Weiterführung, der bereits im Krankenhaus begonnen Therapie (Probleme zu Hause)

Neben dem Bearbeiten von Ängsten und Sorgen wurde von einigen Brückenfachkräften die Weiterführung der bereits im Krankenhaus begonnenen Therapie als Ziel der Brückenpflege benannt. In einem Interview wurde beispielsweise eine notwendige Weiterversorgung bei Brückenpatienten zu Hause angesprochen, wenn eine bestimmte Versorgung im Sinne von pflegerischer Tätigkeit bereits im Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.

Interview 2: „Das wird eigentlich so geregelt, dass der Patient, das was er hier in Anspruch genommen hat von uns und nicht selbstständig führen kann, zu Hause schon mitversorgt wird [...] außer, nehmen wir mal an, ich habe jetzt einen Mann, [...] wo die Tochter sich bereit erklärt, Insulin zu spritzen, dann zeigen wir es den Kindern hier (im Krankenhaus) auch. Aber normal wird schon, dass er nach Hause kommt und sich sicher fühlt auch schon. Dass wir dann als Zweites rauskommen zum Gucken, läuft das auch schon und wie geht es ihm und was können wir noch besser machen.“

Einen weiteren Fall, bei dem die Brückenpflege im Sinne einer Weiterführung einer Therapie oder bei einer Krankheitschronifizierung erforderlich war, stellte die Anwendung von Hilfsmitteln dar. Die Brückenpflege musste sich hier einschalten, wenn die Beratung von Patienten oder Angehörigen zum Umgang mit den jeweiligen Hilfsmitteln nicht ausreichte. Es war notwendig, die Patienten und Angehörigen in der Häuslichkeit beim Umgang mit den entsprechenden Hilfsmitteln anzuleiten. Die Probleme beim Umgang mit diesen verschiedenen Hilfsmitteln tauchten konkret meist erst in der Häuslichkeit auf.

Interview 7: „Aber es gibt wirklich auch einige Patienten, auch viele, die kriegen dann frischen DK gelegt, oder Männer, die gehen dann mit ihrem Beinbeutel nach Hause, hatten so ein Ding zuvor noch nie. Hier im Krankenhaus kommen wir ja, das wird geleert, man hilft meistens ja bei der Körperpflege dann auch, man erklärt auch wie man den richtig reinigt oder diese Geschichten. Und dann kommen die heim und erst sagen sie: ‘Ja [...] das ist ja alles in Ordnung, das ist ja kein Problem so ein DK’. Und dann ist es manchmal schon so, wenn man dann mit nach Hause kommt, dann sind das halt auf einmal noch andere Probleme.“

⁸ Quelle: Werbeflyer Verein unsere Brücke e.V., 2015



Somit ergeben sich in der Häuslichkeit Probleme, die im Krankenhaus nicht bestanden hatten. Eine notwendige Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt wurde von einer anderen, befragten Brückenfachkraft ebenfalls damit begründet, dass nach Rückkehr des Patienten in die Häuslichkeit andere Fragen als im Krankenhaus auftauchten. Hieraus ergebe sich ein weiterer Beratungsbedarf, der im Krankenhaus nicht erfüllt werden könnte.

Interview 7: „Und das ist generell zu Hause ein ganz anderes Umfeld wie hier in der Klinik. Also das sind ganz viele Fragen, die einfach erst zu Hause kommen. Muss man einfach ganz klar sagen. Mit denen kann man hier auf Station, das rechnet man gar nicht. Wir versuchen ja die Patienten immer gut möglichst vorzubereiten auf die Entlassung, oder geben ihnen die Sachen mit. Aber wenn man dann wirklich mal öfters Patienten zu Hause dann hat, merkt man, dass das eigentlich das hier überhaupt nicht ausreicht. Und dass zu Hause meistens ganz andere Probleme auf einen warten wie jetzt hier in der Klinik.“

Die hier befragte Brückenfachkraft ging davon aus, dass eine Beratung im Krankenhaus im Sinne einer Entlassungsvorbereitung im konkreten Fall nicht ausreichte und Hausbesuche erforderlich waren, um einen optimalen Entlassungsprozess umzusetzen.

c) Brückenpflege als Übergang zur nächsten Versorgungsform

Ein weiteres Ziel der Brückenpflege war laut Aussage eines Interviewten, die Zeit zwischen der Krankenhausentlassung und dem Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes bei einigen Patienten zu überbrücken.

Interview 3 „Also, wenn ich jetzt zum Beispiel sage, ne das ist zu heikel, das ist jetzt zu viel, wenn es jetzt um Pflege geht. Ich wasche ja jetzt keine Pateinten, dann sage ich, das wird zu viel, dass müsste ein Sozialdienst übernehmen. Dann sagen die vom Sozialdienst, okay gut, dann wird es hier im Krankenhaus organisiert, dass ein Sozialdienst (Ambulanter Pflegedienst) kommt. Jetzt kann aber sein, der Patient wird am Mittwoch entlassen, am Freitag kommt der Sozialdienst. Da bleibe ich noch da, weil das kann man überbrücken, diese Tage.“

Der Einsatz eines Ambulanten Dienstes konnte also hier auch nicht kurzfristig realisiert werden und erforderte eine gewisse Vorausplanung. In dieser Zeit musste der Patient aber zu Hause betreut werden, was eine entsprechende Betreuung durch die Brückenpflege erforderlich machte.

Nicht nur die Zeit zwischen dem Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes musste laut Aussage der Brückenfachkräfte zeitweise überbrückt werden, sondern auch die Zeit zwischen einem Krankenhausaufenthalt und einer Einweisung in die Reha. Hier mussten Patienten häufiger kurze Zeit, beispielsweise eine Woche, nach Hause. Die Versorgung war in diesem Fall für diese Zeitspanne nicht sichergestellt. In diesem Fall kümmerten sich die Brückenfachkräfte um die Organisation der Versorgung zu Hause.

d) Versorgungslücke schließen/Wiedereinweisung verhindern

Eine befragte Brückenfachkraft sprach bei der Frage nach dem Ziel der Brückenpflege von einer Versorgungslücke, die durch die Intervention geschlossen werden konnte. Somit konnten Wiedereinweisungen ins Krankenhaus verhindert werden.

Interview 2: [...] „Ja eben gerade, um zu versuchen, die Versorgungslücke zu schließen, dass die Patienten daheim besser versorgt sind und nicht nach zwei Tagen wiederkommen müssen aus irgendwelchen Gründen, die man vielleicht mit Kleinigkeiten beheben könnte.“

Weitere befragte Brückenfachkräfte nannten diesbezüglich verschiedene Beispiele, bei denen bereits Wiedereinweisungen verhindert wurden. Beispielsweise hatten sie fehlerhafte Entlassbriefe oder falsche Medikamentenverordnungen korrigiert.



Interview 6: „Und dass so Fehler passiert sind ‘falsches Insulin verordnet’, dass fällt einem dann schon auch auf, so dass man auch viele Fehler ausbügelt und viele Risiken auch vermeidet zu Hause.“

Durch eine engmaschige Betreuung der Patienten während der Entlassung wurden somit entsprechende Fehler erkannt und korrigiert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Bearbeitung von Ängsten und Sorgen der Patienten und Angehörigen von den Befragten als Hauptziel der Brückenpflege angegeben wurde. Dieses Ziel fand sich auch in dem Flyer der Brückenpflege, in dem die Ziele genannt wurden, wieder. Ein weiteres Ziel der Brückenpflege war die Sicherstellung der Weiterführung einer bereits begonnenen Therapie, denn Schwierigkeiten beim Umgang mit Hilfsmitteln oder mit pflegerischen Tätigkeiten stellten sich meist erst im häuslichen Umfeld heraus und mussten dann durch die Brückenfachkräfte bearbeitet werden. Darüber hinaus war auch die Sicherstellung der Versorgung bei bestimmten Übergangszeiten in die Weiterversorgung ein Thema, denn bis zur Übernahme eines Patienten durch einen ambulanten Pflegedienst, oder dem Eintritt in eine Rehabilitationsmaßnahme, gab es meist bestimmte Übergangszeiten, in denen die Versorgung nicht sichergestellt war. Als letztes Ziel der Brückenpflege wurde die Verhinderung von Wiedereinweisungen im Sinne von Drehtüreffekten benannt, welche teilweise auch schon entsprechend umgesetzt wurden.

4.1.3.1 Leistungen der Brückenpflege

Im Flyer der Brücke wurden die Tätigkeiten der Brücke folgendermaßen konkretisiert.

„Wir betreuen Patienten mit akuten und chronischen Krankheiten nach Entlassung aus dem Klinikum Biberach, die noch Hilfe benötigen und die nicht von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden.“

In Tabelle 7 ist dargestellt, welche erbrachten Leistungen, von den Brückenfachkräften genannt wurden. Dabei wird zwischen Beratung, Anleitung und Organisation unterschieden.

Tabelle 2: Leistungen der Brückenpflege

Beratung	Anleitung	Organisation /Durchführung von
Mögliche Hilfen (Nachbarschaftshilfe, finanzielle Hilfen, Hausnotruf, Rechtliche Beratung, Angehörigenberatung)		Organisation von Hilfen (Essen auf Rädern, Nachbarschaftshilfe)
Hilfsmittel		Organisation von Hilfsmitteln
Wohnumfeld (Inspizieren der Häuslichkeit)		
Krankheit (Übersetzung des Arztbriefes, Beratung über Umgang mit der Erkrankung bei Patienten und Angehörigen)	Anleitung zur Überwachung des Patienten bei Angehörigen	
Beantworten von Fragen zu Medikamenten	Erklärungen zum Einnahmezeitpunkt der Medikamente	Richten von Medikamenten



Beratung bei behandlungspflegerischen Tätigkeiten ↔	Anleitung bei behandlungspflegerischen Tätigkeiten ↔		
Beratung bei pflegerischen Tätigkeiten ↔	Anleitung bei pflegerischen Tätigkeiten ↔		
Prophylaxen (Sturz → Stolperfallen/ Protektorhosen, Haltegriffe)			
Pflegestufe /Beratung über Weiteversorgung	Überzeugungsarbeit leisten	Gemeinsame Antragstellung	
		Organisation der Weiterversorgung	

Sonstiges

- Kontakte zum Hausarzt
- Kontakte zur Krankenkasse

Im Folgenden werden die erbrachten Leistungen näher beschrieben:

4.1.3.1.1 *Beratung*

a) Mögliche Hilfen

Insgesamt wurde häufig über eine Beratung bezogen auf mögliche Hilfen gesprochen (siehe Tabelle 7). Es ging hier hauptsächlich um Hilfen, wie Essen auf Rädern oder Nachbarschaftshilfen. Die Brückenfachkräfte berieten die Patienten bzw. Angehörigen mit Hilfe einer Informationsmappe.

Interview 1: „Also erst mal mache ich Beratung. Dann habe ich so einen, das heißt Versorgungsbrief, das gibt es bei uns im Haus. Da sind auch Adressen drauf von sämtlichen Pflegeheimen, sämtlichen Pflegediensten, für Hausnotruf. Das gebe ich den Patienten und Angehörigen in die Hand und dann haben die schon mal eine Anlaufstelle, wo sie anrufen können.“

Manchmal war hier die alleinige Aushändigung der relevanten Adressen nicht ausreichend, wie beispielsweise eine befragte Brückenfachkraft berichtete, die direkte Hilfe organisierte.

Interview 5: „Dann habe ich ein Patient, ein Ehepaar gehabt, von betreutem Wohnen, wo ich gedacht habe okay, das reicht jetzt vorne bis hinten nicht. Der Mann war aber so hartnäckig, hat gesagt: `Wir kommen zurecht`. Dann haben wir betreutes Wohnen angesprochen, wir haben zusammen alles gearbeitet und haben gesagt okay die Frau kann momentan, die wollten halt auch so lassen wie es ist, haben wir gesagt: Okay wir bauen die Hilfe dann aus und dann sollte Haushaltshilfe kommen beziehungsweise einmal im Monat oder halbes Jahr. [...] Das haben wir gemacht und Essen auf Rädern das haben wir organisiert [...]“

b) Wohnraumberatung

Außerdem wurde im Rahmen einer Wohnraum- bzw. Wohnumfeldberatung (siehe Tabelle 7) über die Beantragung von entsprechenden Hilfsmitteln, wie beispielsweise einem Pflegebett, einem Rollator, einem Toilettenstuhl, einem Badewannenlifter beraten und über eine mögliche diesbezügliche Kostenübernahme.



c) Beratung bezüglich des Krankheitsbildes

Beratung bezüglich des Krankheitsbildes (siehe Tabelle 7) bezog sich einerseits darauf, dass Patienten ihren Entlassbrief nicht verstanden hatten. Hier wurden entsprechende Hilfestellungen gegeben, wie beispielsweise beim Übersetzen der Diagnosen.

Interview 3: „Ja also das spreche ich natürlich auch gerade, wenn die Patienten ein Karzinom haben. Also viele verstehen den Entlassbrief zum Beispiel ja nicht, die haben ja den Entlassbrief, die verstehen den nicht und dann gehe ich mit denen nochmal den Entlassbrief nochmal durch und übersetz das halt für sie, oder wenn ich dann weiß Chemotherapie steht an. Natürlich spreche ich da gut zu.“

In anderen Fällen bezog sich die Beratung bezüglich des Krankheitsbildes auf Patienten oder auch auf Angehörige, die Schwierigkeiten hatten, ihr Krankheitsbild zu verstehen, bzw. sich an Anweisungen, die ihre Gesundheit betrafen, zu halten. In einem Fall wurde beispielsweise eine Diabetesberatung von der Brückenfachkraft durchgeführt.

Interview 7: „Da haben wir dann zu Hause halt Diabetesschulung gemacht. Also richtig über Ernährung, über den richtigen Spritzplan. Man kriegt ja schon hier im Krankenhaus viel mit, aber das waren dann einfach auch zu Hause dann so Sachen, wenn sie jetzt um sechs Uhr aufstehen muss, weil sie dann, die arbeitet in einer Kita zum Beispiel. Und ob sie sich dann vorher spritzt oder wann sie dann am besten die Mahlzeiten einnimmt [...].“

Es wurden nicht nur Patienten, sondern auch Angehörige in Bezug auf Krankheiten geschult, bei denen sie zunächst überfordert waren. So fanden in einem anderen Fall Beratungen beim Umgang mit COPD statt.

Interview 1: „Klar, Angehörige sind oft überfordert und dann erkläre ich schon den Angehörigen das Krankheitsbild, wie COPD zum Beispiel, Atemnot das ist ja eine schwierige Sache und da sind Angehörige und dann sage ich auch gut es gibt Möglichkeiten, wie man noch Hilfe einschalten könnte [...].“

Oder es werden Angehörige beim Umgang mit dem jeweiligen Krankheitsbild des Patienten beraten.

Interview 6 „Oder, dass ich mit den Angehörigen spreche, wenn beispielsweise jemand eine dekompensierte Herzinsuffizienz hat, dass ich das denen noch einmal erkläre, was da passieren kann, oder das einfach Gewichtskontrolle und so notwendig ist. Die Einfuhr muss kontrolliert werden, das, oder dass ich nochmal zusehe mit den Blutzuckersticks, wenn er eingestellt worden ist.“

d) Beratung bezüglich Prophylaxen

Ein weiterer Punkt, der im Fall Beratung genannt wurde, war die erforderliche Beratung bezüglich Prophylaxen (siehe Tabelle 7), wie Sturz, welche häufig von den Befragten angegeben wurde.

Interview 1: „Oder über Licht zum Beispiel. Das sind ganz banale Dinge dann auch. Nachts Toilette können sie zur Nacht ein Nachtlicht einstecken, dass ihr Vater nicht stürzt, dass man da mehr Sicherheit hat. Darüber sind die dann ganz froh und sind erleichtert, wenn ich denen sage: `Machen Sie ein Licht in die Steckdose`. Sie machen das auch gerne, aber sie denken da einfach nicht daran.“

In anderen Fällen wurde eine Sturzprophylaxe direkt organisiert, indem Protektorenhosen gekauft wurden.

Interview 2: [...] „dann habe ich schon Protektorenhosen organisiert einfach und ja, da gibt es ja schon, oder einen Rollator einfach nochmal gesagt [...]“.

e) Beratung über die Beantragung einer Pflegestufe

Neben Beratung bezüglich Sturzprophylaxe erfolgte auch eine Beratung über die Beantragung einer Pflegestufe (siehe Tabelle 7). Dies wurde meistens initiiert, weil viele weitere Leistungen



für den Patienten, wie beispielsweise ambulante Pflege, bei Eigenbeteiligung einen Kostenfaktor darstellten, den die Patienten mit Hilfe von Pflegegeld besser bewältigen konnten.

Interview 1: „[...] Aber das kostet, also Nachbarschaftshilfe kostet, Hausnotruf kostet. Sozialstation kostet. Deshalb ist für mich immer das Erste schauen, ist es ein Patient für eine Pflegestufe. Also das ist praktisch immer dann das Erste, weil dann mit dem Pflegegeld kann man bisschen Kosten auch abdecken.“

Aber nicht nur Beratung bezüglich einer möglichen Pflegestufe wurde von den befragten Brückenfachkräften genannt, sondern auch die direkte Organisation, also Unterstützung, bei der Beantragung der jeweiligen Pflegestufe.

Interview 7: „Ja wir haben auch. Ich habe auch schon bei bestimmt drei oder vier Patienten dann zu Hause mit den Angehörigen dann zusammen, die wollten dann kommen und dann haben wir mit den Angehörigen zusammen auch diesen Antrag ausgefüllt. Das sind ja meistens so acht bis zehn Seiten. Das machen wir dann schon auch.“

4.1.3.1.2 *Medikamentenmanagement*

Ein zentrales Thema bei den Leistungen der Brückenfachkräfte war das Medikamentenmanagement (siehe Tabelle 7). Dies wurde von allen Personen angesprochen, wobei ebenfalls zwischen Beratung, Anleitung und Organisation zu unterscheiden war. In einem Fall stellte sich die Besprechung der Wirksamkeit der Medikamente im Sinne einer Beratung als erforderlich heraus, nachdem verschiedene Medikamente im Krankenhaus umgestellt wurden.

Interview 2: „Wir haben dann noch einmal die Medikamente besprochen, welche Fragen er noch gehabt hat, dass er da, der hat auch noch Marcumar genommen, dass er da zurechtkommt.“

Eine Beratung bezüglich der Medikamente wurde aber nur in diesem Fall als wichtige Maßnahme angegeben. In mehreren anderen Fällen wurde davon gesprochen, dass die Patienten bei der Medikamenteneinnahme unterstützt bzw. angeleitet werden mussten, bis dahin, dass die Medikamente vollständig gerichtet wurden.

Interview 2: „Ich muss dann erst das Gespräch mit dem Patient suchen, nachfragen: Kommt er zurecht? Auch gucken: Wie kommt er zurecht mit den Medikamenten? Klappt das wirklich noch alles? Hat er schon alles genommen? Ist er in der Lage noch alles zu organisieren zum Beispiel mit dem Hausarzt, die Rezepte abzuholen? Und dann je nachdem, muss man eben aktiv werden.“

Die Anleitung bestand also darin, zuerst zu schauen, ob der Patient mit dem Richten seiner Medikamente zurechtkam. Wenn festgestellt wurde, dass dies nicht der Fall war, wurde die Brückenkraft direkt tätig und übernahm die entsprechende Organisation. So war dies auch in einem weiteren Fall:

Interview 3: „[...] Klar ich hole manchmal das Rezept vom, also ich rufe den Hausarzt an. Es kann sein, dass ich auch zum Hausarzt fahre und das Rezept hole. Dann richte ich die Medikamente. Ich fahre in die Apotheke und musste mal so einen ganzen Dispenser für eine Woche kaufen, weil die Patientin nicht zurechtgekommen ist.“

4.1.3.1.3 *Behandlungspflegerische Tätigkeiten*

Neben Medikamentenmanagement wurde als Leistung der Brückenfachkräfte auch Anleitung und Beratung bei behandlungspflegerischen Tätigkeiten, wie z.B. bei Wundverbänden, angesprochen (siehe Tabelle 7). Auch hier konnte nicht immer zwischen Beratung und Anleitung unterschieden werden. In den meisten Fällen ging es um die Kontrolle der Weiterversorgung, um festzustellen, dass die Befragten zu Hause alleine zurechtkamen. Meistens wurden die pflegenden Angehörigen angeleitet. In einem Fall musste ein Port zu Hause durchspült werden, in zwei anderen Fällen ging es um Schwierigkeiten bei der Nutzung eines Tages- bzw. Nachtbeutels für die Harnableitung, wo die Brückenfachkraft eine entsprechende Anleitung



vornahm. Weitere Beispiele, die thematisiert wurden, waren auch die Beratung und Anleitung bei einer Wundversorgung, oder Anleitung bei der Insulininjektion bei einem Patienten, der sich im Umgang mit dieser Injektion noch nicht sicher fühlte.

Interview 2: „Halt auch einen total entgleisten Diabetes, aber sonst konnte er noch alles selber machen. Da haben wir hier angefangen mit Insulin haben ihn umgestellt, er war sich am Anfang noch unsicher, er sieht auch nicht so gut, ob er zurechtkommt mit dem Pen und mit dem Spritzen zu Hause, da habe ich ihn einfach nochmal angeleitet, noch zweimal geguckt, ob er es richtig macht, ob er richtig Blutzucker messen kann [...].“

Als weitere Beratungsleistung berichtet eine Brückenfachkraft davon, dass Angehörige bei Fragen bezüglich der grundpflegerischen Versorgung ihres Angehörigen beraten wurden, auch hier konnte nicht immer direkt zwischen Anleitung und Beratung unterschieden werden.

Interview 2: „Wenn Angehörige einen Patienten daheim betreuen und da noch Fragen dazu sind zur Grundpflege so beratende Funktionen, das können wir natürlich auch machen.“

4.1.3.1.4 Direkte Organisation von Hilfen

Viele Befragten nannten als weitere Leistung der Brückenfachkräfte die Organisation der Weiterversorgung (siehe Tabelle 7). So organisierten sechs Befragte die Weiterbehandlung durch ambulante Pflegedienste. Es wurde jedoch auch die Weiterbehandlung durch Angehörige genannt sowie die Überweisung in ein Altenheim oder in eine Rehabilitationsmaßnahme.

4.1.3.1.5 Psychosoziale Betreuung als zentrale Leistung

Neben Beratung oder direkter Organisation von Hilfen wurde eine Art psychosozialer Betreuung von Patienten, aber auch von Angehörigen angesprochen, die als zentrale Leistung dargestellt wurde. Dieser psychosoziale Aspekt wurde laut Aussage der Brückenfachkräfte von den betreuten Patienten als wichtigstes Element, neben allen anderen Leistungen, erlebt.

a) Beistand/ Kommunikation

Eine fehlende Kommunikation, die gerade bei älteren, alleine lebenden Patienten auftrat, musste von den Brückenfachkräften kompensiert werden.

Interview 7: „Ja es ist ganz oft eigentlich nur ein Dasein, ein Zuhören oder ich hatte letztens auch mal einen Patient, oder eine Patientin. Die sich einfach, die hat zwar zwei Söhne und sie hat auch zwei Schwiegertöchter. Und die sind quasi nur bei der anderen Seite der Verwandtschaft und sie wird ganz alleine gelassen. Und das ist manchmal schon so wie Sie sagen, das ist manchmal schon so eine psychische oft eine psychische Belastung bei den älteren Menschen, dass sie doch auch oft alleine sind. Und die freuen sich dann halt, weil irgendjemand kommt und dann noch ein bekanntes Gesicht. Und die lassen einen dann manchmal auch fast gar nicht mehr gehen.“

Mehrere Befragte sprachen davon, dass die Beratung zum eigentlichen Thema der Krankenhauserlassung oftmals in den Hintergrund rückte und andere Themen aufgrund von Kommunikationsdefiziten bearbeitet werden mussten.

Interview 1: „Viele Patienten erzählen dann ihren Lebenslauf, muss man halt dann versuchen das abzukürzen und auf das Wesentliche zu kommen und klar meine Aufgabe ist es zu gucken sind Hilfsmittel da, sind Stolperfallen im Haus sind Umbaumaßnahmen notwendig, müssen wir eine Pflegestufe beantragen. Solche Dinge, das habe ich im Fokus im Hintergrund und dann versuche ich auf diese Schiene zu kommen“ [...]“

Interview 3: „Also für mich ist das ja jetzt normal, dass ich. Es kann auch sein ich sitze eine viertel Stunde hier und höre mir einfach nur, kriege ich Bilder gezeigt von früher. Zum Beispiel. Natürlich ich versuche dann schon immer bisschen wieder da raus zu kommen. Und sage ja wie sieht es denn jetzt aus, klappt es jetzt mit den Medikamenten. Ja aber das gehört für mich dazu, das ist normal.“



b) Feedback und Rückhalt für Angehörige

Neben diesem Kommunikationsdefizit, welches bei vielen älteren Menschen laut Aussage der Brückenfachkräfte bestand, spielte auch die Feedbackfunktion eine wichtige Rolle für die Patienten, aber auch für die Angehörigen.

Eine befragte Brückenfachkraft meinte dazu, dass die Patienten oftmals schon alleine zurechtkämen, sich aber etwas unsicher fühlten und aufgrund dessen Bestätigung suchten.

Interview 2: „Ja, für jeden Patienten. Es gibt auch viele Patienten, wo man nichts organisieren muss, die das auch schon gut machen, die brauchen auch oft einfach die Bestätigung [...] Die sind ein bisschen unsicher, und fühlen sich alleine und die brauchen dann einfach oft die Bestätigung, dass man ihnen sagt, dass sie es richtigmachen, dass sie es gut machen, dass sie das so weitermachen sollen. Das kommt auch vor.“

Den Angehörigen ging es laut Aussage der Brückenfachkräfte auch oftmals um ein Feedback, wenn sie einen Verbandswechsel zu Hause selbstständig durchführten.

Interview 6: „Ja, den jungen Mann, dessen Mutter ich da immer den Verband gemacht habe [...] seine Mutter ist gekommen, die Füße waren schlecht. Und du hast wirklich gesehen, zu Hause ist einfach nicht hygienisch gearbeitet worden, da war eine Infektion drin, das hat gestunken. Da haben wir wirklich viel Arbeit gehabt, in drei Wochen hier was zu bewegen an diesen Füßen, aber sie sind deutlich besser geworden. Und dann bin ich schon rauskommen, um zu sehen, weil der wollte das selbstständig weitermachen, und zum Zugucken, und zu sagen: `So wie es jetzt ist, machst du es bitte weiter und ihn zu loben`.“

Neben dem Feedback, das sich Angehörige wünschten, war es ihnen aber auch wichtig, dass die Brückenfachkräfte Gespräche mit ihrem Vater oder mit ihrer Mutter führten. Hier leisteten die Brückenfachkräfte den Befragten Rückhalt. Die Befragten sprachen davon, dass es den Angehörigen wichtig war, dass die Anweisungen bezüglich des Krankheitsbildes noch einmal von einer erfahrenen Fachkraft wiederholt wurden.

Interview 2: „Ja, den Angehörigen ist zum Beispiel auch manchmal recht, wenn wir das auch noch sagen zu den Patienten, manche Sachen, auf was sie achten müssen, weil man es von fremden Personen manchmal eher annimmt, als von eigenen Kindern oder Angehörigen. Das ist auch manchmal gut, wo die Angehörigen sagen: `Oh, das ist gut, dass Sie das auch nochmal gesagt haben`. Gerade oft, viele alte Leute trinken auch zu wenig, dass man sie auch darauf hinweist `genügend Trinken` und ihnen auch Tipps gibt, wie man sich da überlisten kann, zum Beispiel jede Stunde ein Glas trinken, oder morgens schon die Menge, die man trinkt, hinstellen. Da gibt es einfach die Tipps, die man geben kann. Das sind viele Kleinigkeiten, die es oft sind, denke ich.“

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Leistungen der Beratung, Anleitung und direkten Organisation in vielen Fällen nicht voneinander getrennt werden konnten und je nach Erforderlichkeit gehandelt werden musste. Insgesamt war das häufigste Problem, bei dem die Brückenfachkräfte Hilfe leisten mussten, der Umgang mit den Medikamenten. Mehrmals genannt wurde aber auch Beratung bei Sturzprophylaxe, dem jeweiligen Krankheitsbild sowie möglicher Hilfsangebote. Leistungen wie Kommunikation und Beistand wurden von den Befragten als zentral erlebt. Den Angehörigen waren eher der professionelle Blick und die Bestätigung durch die Brückenfachkraft wichtig.

4.1.4 Ablauf der Intervention

4.1.4.1 Abstand zwischen Krankenhausentlassung und Erstbesuch

Fünf der Befragten gaben an, dass der Abstand zwischen der Krankenhausentlassung und ihrem ersten Hausbesuch der Brückenfachkräfte relativ gering war. Wenn es dringend notwendig erschien, dann versuchten sie die Patienten am gleichen Tag noch zu Hause zu besuchen.



Interview 1: „Und bei Leuten bei denen ich denke das geht gar nicht da versuche ich halt dann möglichst sofort mitzukommen. Also das kann dann schon sein. Letztens hatte ich so einen Patienten, der ging ohne Arztbrief, ohne Medikamente, die Frau war in der Psychiatrie, dement und Chaos pur das ganze Haus. Der ging der, hat sich nicht verabschiedet und wir hatten einen Termin ausgemacht schon, obwohl er auch nicht so sicher war ob er es will. Und da bin ich dann am gleichen Abend vorbeigefahren und habe dann den Hausarzt informiert. Also da war es auch notwendig.“

In anderen Fällen führten die befragten Brückenfachkräfte spätestens bis zum zweiten oder dritten Tag nach Entlassung einen Hausbesuch durch. Eine Entscheidung, wann der erste Hausbesuch erforderlich war, wurde von einem persönlichen Eindruck der Brückenfachkräfte abhängig gemacht.

Interview 1: „Es gibt Patienten, die sich drei Tage versorgen können. Das funktioniert schon. Die tun sich halt schwer und das checke ich schon so ein bisschen ab im Krankenhaus. Geht das drei Tage und wenn ich dann nach dem Wochenende komme, oder wenn ich halt Zeit habe. Also das funktioniert in der Regel schon. Oder manchmal gibt es auch Angehörige, die dann da sind über das Wochenende, wo die Berufstätigen wo man das abdecken kann oder Nachbarn oder so. Also das geht schon.“

Drei der Befragten gaben an, gerade am Wochenende keine Hausbesuche zu machen, womit sie dann nach einer Entlassung am Freitagnachmittag, den ersten Hausbesuch erst montags oder dienstags durchführten.

Interview 6: „Also die meisten besuche ich zweimal, weil das ist meistens zweimal, dann eben kurzfristig nach der Entlassung, am zweiten, dritten Tag, wenn sie am Freitag gehen, lasse ich ihnen meistens Wochenende Zeit und dann komme ich so Montag, Dienstag und dann so entweder gegen Ende der Woche.“

Den Hausbesuch direkt am Entlassungstag bzw. mit kurzen Zeitabständen durchzuführen, wurde von einer befragten Brückenfachkraft als sehr wichtig eingestuft, da hiermit besser auf die Ängste der Patienten eingegangen werden konnte. Eine Sicherheit für die Patienten war es laut Aussage der Befragten, zu wissen, wenn jemand zeitnah in der Häuslichkeit verfügbar war. Gerade diese direkte Verfügbarkeit wäre hier der eigentliche Sinn der Brückenpflege.

Interview 7: „Also das ist eigentlich auch nicht so der Sinn der Brücke. Also ich sehe das schon so, dass also. Spätestens am nächsten Tag muss man hin. Weil sonst ja dann macht das ja auch keinen Sinn. Und das ja dann auch das was man dann die Ängste nehmen kann, wenn man dann einfach sagt „ich komme ja heute Mittag. Ich komme ja dann heute Mittag und bis um vier bin ich da. Und ich gebe Ihnen alles mit“. Das nimmt ja dann auch die Angst.“

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Umsetzbarkeit von Erstbesuchen direkt am Entlassungstag meist nur durch Wochenendeinsätze der Brückenfachkräfte möglich war, die von manchen Pflegenden, vermutlich aufgrund zeitlicher Ressourcen, nicht geleistet werden konnten. Diesbezüglich musste die häusliche Situation des Patienten durch die Brückenfachkräfte im Krankenhaus soweit sichergestellt werden, dass die Patienten bis zum ersten Hausbesuch alleine zu Hause klarkommen konnten. Die Entscheidung, ob ein Hausbesuch direkt am Entlassungstag erfolgte, wurde von den Brückenfachkräften im Sinne ihrer persönlichen Zeitressourcen und ihrem fachlichen Eindruck getroffen.

4.1.4.2 Beendigung der Intervention

a) Bauchgefühl

Bezüglich der Beendigung der Brückenpflege wurden verschiedene Gesichtspunkte beschrieben. Ein wichtiger Faktor, woran die Befragten eine notwendige Beendigung der Brückenpflege festmachten, war das eigene Gefühl, dass Sie für den Patienten alles Notwendige getan hatten.



Interview 1: „Für mich ist die Intervention beendet, wenn ich nichts mehr machen kann. Wenn ich keine Möglichkeit mehr habe, irgendwas zu helfen, irgendetwas zu organisieren.“

Drei der Befragten machten an ihrem „Bauchgefühl“ fest, wann die Brückenpflege beendet werden konnte und kein weiterer Hausbesuch mehr erforderlich war.

Interview 2: „Nach Gefühl, bei manchen Patienten ist man auch nur einmal, das habe ich auch schon zwei, dreimal gehabt, wo man dann genau sieht: `die kommen bestens zurecht` [...]“

b) Einschätzung des Patienten

In anderen Fällen beschrieben die Befragten, dass die Beendigung der Brückenpflege nach Einschätzung des Patienten erfolgte.

Interview 6: „Abschluss, wenn ich jetzt sehe, der Patient fühlt sich sicher oder das Feedback kommt vom Patienten: `Ich fühle mich gut, ich fühle mich sicher`. Dann ist das meistens so, dass ich sage: `Gut, dann war das jetzt mein letzter Besuch` und dann verabschieden wir uns und dann ist gut.“

c) Einschätzung des Angehörigen

Oder die Beendigung erfolgte nach Einschätzung der Angehörigen.

Interview 6: „Wenn Angehörige dabei sind, dann frage ich meistens dann eben `wie sieht es bei Euch jetzt aus, fühlt ihr euch sicher, oder wäre es euch recht wenn ich wieder komme`? Manche sagen dann, sie hätten gerne noch einen dritten Besuch und mache sagen: `Ja wir fühlen uns sicher.`“

4.1.5 Profil der Brückenpatienten

a) Patienten im höheren Alter

Bei der Frage nach dem Profil eines Brückenpatienten, antworteten viele der Befragten, dass es sich meist um ältere Patienten handelte, welche alleinstehend waren. Gründe dafür waren hier meistens, dass sie keine Angehörigen hatten, oder die Angehörigen nicht verfügbar waren.

b) Patienten, deren Hilfsbedürftigkeit erst nach einigen Tagen auffalle

Mehrere befragte Brückenfachkräfte sprachen bei der Frage nach dem typischen Brückenpatienten von Patienten, deren Hilfsbedürftigkeit erst gegen Ende des Krankenhausaufenthaltes auffallen würde.

Interview 1: „Brückenpflege sind oft unauffällige Patienten, eher im Krankenhaus wo man dann sieht `oh der geht jetzt heim und das funktioniert ja doch nicht so wie wir alle gedacht haben, jetzt brauchen wir doch nochmal einen Rollator und was oh Du kannst Du da mal zu Hause vorbeischauchen`. Und dann gehe ich mit der Brückenpflege rein [...]“

Die Hilfsbedürftigkeit lag hier in vielen Bereichen, beispielsweise in der Körperpflege, aber auch in behandlungspflegerische Tätigkeiten, wie Blutdruck messen, Insulin spritzen, welche Patienten nach Krankenhausentlassung selbstständig zu Hause durchführen mussten.

Interview 1: „Oder es gibt Patienten, die sagen: `Ich kann das Insulin alleine spritzen`, das gibt es hier auch. Und dann das Pflegepersonal beobachtet das dann und guckt und sagt: `Machen Sie das`. Und dann kann das sein, die kommen vorm Entlasstag, am Entlasstag und sagen: `Du das kann ich mir nicht vorstellen, das klappt nicht. Der sagt zwar das klappt, aber ich glaube nicht, dass es klappt` und dann gehe ich nach Hause und versichere mich zu Hause. Und dann sehe ich das schon, ob das funktioniert, wir sprechen das nochmal durch mit dem Insulinplan und wie das alles funktioniert und dann sehe ich das schon und dann komme ich vielleicht ein zweites Mal und dann ist gut, dann sage ich: `Ja es klappt oder es klappt nicht.` Klar so hundert Prozent absichern kann man gar nichts.“



c) Patienten, die am Anfang einer aufwendigen Therapie standen

Patienten, die für die Brückenpflege ausgewählt wurden, waren laut Aussage der befragten Brückenfachkräfte aber auch Patienten, die am Anfang einer langwierigen Therapie standen und zu Hause beispielsweise Hilfsmittel erklärt bekommen mussten.

Interview 7: „Es sind Patienten, die zum Beispiel frisch, wo man frisch eine Therapie begonnen hat, wie zum Beispiel, dass sie jetzt Sauerstofftherapie beginnen. Chronische COPD Patienten, die jetzt ein Heimsauerstoffgerät kriegen und ich weiß, die sind allein zu Hause. Dann kann ich dann auch dann, oder dann sage ich dann, ja ob ich noch nach zu Hause kommen soll, um einfach diese Ängste auch vor diesem großen Sauerstoffkonzentrator zu nehmen. Und einfach die werden ja auch oft von der Firma, wird das oft erklärt aber einfach, dass sie dann die Sicherheit bekommen.“

d) Patienten, die nicht von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden

Neben der erforderlichen Hilfsbedürftigkeit für die Brückenpflege, war es wichtig, dass der Patient nicht bereits durch einen Pflegedienst versorgt wurde, weil dieser Umstand das Einschalten der Brückenpflege verhinderte. Zwei Befragte sprachen aber auch davon, dass Patienten, bei denen ein ambulanter Pflegedienst erforderlich gewesen wäre, diesen aber ablehnten, die Brücke eingeschaltet wurde.

Interview 7: „Genau, da hätte ich auch einen (ambulanten Pflegedienst) eingeschaltet, aber die Tochter wollte das dann nicht. Weil die wollte das dann selber machen. [...] Aber ich hatte schon das Gefühl, das wäre nicht schlecht, wenn ich da nochmal mitfahre. Das ist oft das Problem, dass also oft könnte man einen ambulanten Dienst einschalten, aber die möchten das oft nicht.“

In diesem Fall diente die Brücke also als Sicherheit, um festzustellen, ob die Tochter alleine zurechtkam mit dem Verbandswechsel bei ihrer Mutter. In einem anderen Fall konnte über die Feiertage kein ambulanter Pflegedienst organisiert werden und die Brückenfachkraft übernahm hier die Anleitung einer Angehörigen beim Verbandswechsel eines suprapubischen Katheters.

Hier kann festgehalten werden, dass typische Brückenpatienten eher ältere, alleinlebende Patienten waren, deren Hilfsbedürftigkeit erst am Ende des Krankenhausaufenthaltes auffiel, die am Anfang einer aufwendigen Therapie standen und begleitet werden mussten sowie jene Patienten, die (noch) keinen Pflegedienst hatten oder diesen ablehnten.

4.1.6 Vermittlung/Akquise der Brückenpatienten

Die Brückenpflege hatte zum Zeitpunkt der Befragung zwei Koordinatorinnen, welche bei Anfragen von verschiedenen Stellen eine Brückenfachkraft zu dem jeweiligen Patienten vermittelten. Zu diesem Zweck gab es ein Mobiltelefon, auf dem angerufen werden konnte, wenn ein Brückenpatient identifiziert wurde und begleitet werden sollte.

a) Eigeninitiative

Bei der Frage wie, bzw. von wem die meisten Brückenpatienten identifiziert wurden, wurden unterschiedliche Antworten genannt. Mehrmals wurde von Eigeninitiative der Brückenfachkräfte gesprochen, welche vermehrt darauf achteten, ob sich in ihrem Arbeitsbereich mögliche Brückenpatienten ergaben.

Interview 1: „[...] Bin ich zu älteren Patienten gegangen wo ich gedacht habe, oder einfach angeschaut wie die im Bett liegen und habe sie angesprochen und gesagt: ‘Ja wie geht das denn zu Hause, brauchen Sie Hilfe oder brauchen Sie jemanden, oder schaffen Sie es allein’? Und dann sagen neunzig Prozent: ‘Ja klar brauche ich, ich kann das nicht mehr, kann nicht mehr putzen, kann gar nichts mehr’. Und dann sag ich: ‘Ja super’. Da fängt man an zu organisieren.“



In diesem Fall erkundigte sich die Brückenfachkraft selbstständig bei den Patienten, ob sie Unterstützung brauchten. In einem anderen Fall berichtete eine Brückenfachkraft davon, dass sie bei der Visite mitging und sich so Informationen darüber verschaffte, ob es mögliche Brückenpatienten auf Station gab.

Interview 7: „Dann einfach immer bei Visite mit und dann kriegt man das ja einfach auch öfters mit, was der Patient von zu Hause erzählt.“

Je nach Arbeitsbereich konnten die Befragten keine eigene Initiative bei der Akquise von möglichen Brückenpatienten betreiben. Eine befragte Brückenfachkraft arbeitete im OP und war deshalb nicht unmittelbar mit potentieller Klientel konfrontiert.

b) Akquise durch andere Berufsgruppen

Andere Brückenpatienten wurden akquiriert, indem Kollegen von Station, der Sozialdienst, Stationsärzte, Therapeuten, die Wundmanagerin, oder die Diabetesfachkraft sich an die Koordinatorinnen der Brückenpflege wandten.

c) Akquise durch Patienten oder Angehörige

Außerdem sprachen Patienten selbst die Schwestern bezüglich der Brückenpflege an.

Interview 6: „Du, die hat das Prospekt gelesen, weil wir das ja auch aushängen haben. Die versorgt sich zu Hause so selber, ist hier auch kaum eingeschränkt. Die hätte aber gerne die Brücke, zum Beispiel ob man zu Hause etwas für sie leichter machen könnte, dass die Patienten dann auch selber kommen. Dann wird das dann auch eingeleitet.“

Nicht nur Patienten fragten zeitweise nach der Brückenpflege, auch Angehörige erkundigten sich in seltenen Fällen.

d) Akquise im interdisziplinären Team

Auf einigen Stationen kam der Einsatz der Brückenpflege im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung zustande, bei der sich über den Fall und die Entlassung ausgetauscht wurde.

Interview 6: „Genau, das ist am Dienstag jede Woche, da werden alle Patienten durchgesprochen von Zimmer 1 bis Zimmer 15, Pflegeaufwand, Physiotherapie, Logotherapie, Ergotherapie und dann kommt XXX (Name Mitarbeiterin Sozialdienst) eben, dass wir eben gucken, wie sind die vor dem Aufenthalt schon versorgt gewesen. Dann sieht man zum Beispiel: Der war vom dem Aufenthalt alleine zu Hause, man sieht hier, der braucht Hilfe. Zum Beispiel eine Patientin mit Schenkelhals, 90 Jahre, war vorher autogefahren, ist dann einfach gestürzt, jetzt braucht sie einfach Hilfe beim Unterkörper anziehen und waschen. Und sagen wir, wir setzen uns mit den Angehörigen in Verbindung, oder wir machen das auf Station und die Angehörigen kommen zu uns, dann haben wir auch eine Visitenkarte vom Sozialdienst, die geben wir auch weiter und die besprechen wir dann meistens ab. Je nachdem wie die Angehörigen sind, XXX (Name Mitarbeiterin Sozialdienst) sagt dann auch: ‘Da gibt es die Brücke` #unverständlich# Oder wenn sie sagen es wäre gut, wenn man da schon mal was veranlasst, dann macht die Frau XXX (Name Mitarbeiterin Sozialdienst) mit mir Sozialstation und Hilfsmittel mit der Physio [...]“

In diesem Fall wurde hier von einer sehr guten Kooperation mit dem Sozialdienst und einer gemeinsamen Akquise von Brückenpatienten gesprochen. Interdisziplinäre Fallbesprechungen wurden von den Befragten als sehr positiv im Rahmen der Akquise von Brückenpatienten erlebt, waren aber vermutlich aufgrund der Stationsstrukturen nicht auf allen Stationen möglich.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Akquise der Brückenpatienten auf verschiedensten Wegen erfolgte, neben Eigeninitiative waren auch andere Berufsgruppen wichtig, die auf Brückenpatienten aufmerksam machten. Am effektivsten bei der Akquise waren die interdisziplinären Fallbesprechungen, bei denen vermutlich die meisten Brückenpatienten identifiziert wurden.



4.1.7 Stärken der Brückenpflege

a) Reibungsloser Ablauf der Intervention durch die Brückenfachkräfte

Das Funktionieren der Intervention konnte unter anderem durch ein hohes Engagement der Brückenfachkräfte gesichert werden. Hier wurde von nahezu allen Befragten ein Beispiel genannt, in dem dieser bzw. diese sich freiwillig in der Freizeit, oder zu den ungewöhnlichsten Zeiten für die Brückenpatienten engagiert hatte. Die Entlassung von Patienten machte hier eine hohe Flexibilität erforderlich. Beispielsweise wurde davon gesprochen, dass die Brückenfachkraft mehrmals private Termine verschob, um rechtzeitig nach Entlassung bei den Patienten zu sein.

Interview 1: „Ja, also manchmal ist es so, dass man einfach gucken muss, wie passt es rein. Ja, das ist Freizeit. Und es ist nicht planbar. Die Patienten, die werden oft von heute auf morgen entlassen und dann muss man halt auf der Matte stehen. Ich habe da auch oft private Sachen verschoben und hab gesagt: 'Gut das ist jetzt wichtig und das mache ich jetzt und dann geht es mir auch besser dabei'.“

Mehrere andere Brückenfachkräfte sprachen davon, dass diese an den Weihnachtsfeiertagen Hausbesuche leisteten, weil sich ein Bedarf ergab.

Interview 2: „Ich kann sagen dieses Jahr war ich an Weihnachten bei einem Patient sowie an Ostern, weil es nicht anders ging. Am zweiten Weihnachtstag war ich bei einem Patient und an Ostern jetzt auch. Wenn man dann einen Patient entlässt, das war ein Patient, der einen suprapubischen Katheter bekommen hat, bevor er entlassen worden ist und der Patient hat gesagt seine Frau macht den Verbandwechsel, die war sich aber unsicher, dann haben wir gesagt, ok dann zeigen wir das nach der Klinik, gehen mit von der Brücke. Dann hat mir gleich die Frau beim ersten Hausbesuch gesagt, sie kann das nicht, sie macht das nicht, sie will das nicht und dann kurz vor Weihnachten einen Sozialdienst (ambulanten Pflegedienst) war dann auch schwierig. Dann haben wir uns geeinigt, dass die gleich nach dem ersten Feiertag halt kommen, gerade Montag, aber dann war die Lücke zu groß, dass ich quasi dann an Weihnachten nochmal zu dem Patient musste, um den Verbandswechsel zu machen [...]“

Die Befragten sprachen in diesem Zusammenhang auch von eigenem, ehrenamtlichem Engagement bei Hausbesuchen, die sie nicht mehr abrechnen konnten, weil Patienten noch lange Zeit nach Beendigung der Intervention nach Hilfe fragten.

Interview 5: „Ich habe auch noch einen Patienten gehabt, der wollte auch, dass ich nach einem halben Jahr komme. Der war beim Hausarzt und der Hausarzt hatte eine andere Diagnose gestellt und dann wollte der unbedingt, dass ich den Bericht lese. Bin ich dann hin und habe gesagt „okay ich mache es aber ehrenamtlich“. Klar der war auch bereit, der hat gesagt Du kommst ich zahle alles. Das fand ich süß. Ich bin hingegangen war auch zwei Stunden da. Ich kann das halt nicht abrechnen [...]“

Für diese Situationen wurden in den Interviews mehrere Beispiele genannt, vor allem in Bezug auf Einsätze am Wochenende, oder Anrufe von Brückenpatienten, bei denen die Brückenfachkräfte kurzfristig hinfahren mussten.

b) Rückhalt des Arbeitgebers

Eine befragte Brückenfachkraft sprach davon, dass ihr die adäquate Umsetzung der Brückenpflege hauptsächlich durch den Rückhalt ihres Arbeitgebers möglich war, beispielsweise hatte sie die Möglichkeit in der Hauptarbeitszeit Telefonate für die Brückenpatienten zu führen.

Interview 7: „Gut, die Unterstützung vom Arbeitgeber ist da, die Möglichkeit, die Frau XXX (PDL) hat sich da sehr eingesetzt dafür, der Arbeitgeber gibt uns die Möglichkeit dazu [...]. Ich darf auch während meiner Arbeitszeit Telefonate führen für die Brücke, wo auch nicht von jedem Arbeitgeber einfach so...Also, wenn ich was regeln kann neben dem Arbeiten, darf ich es auch im Dienst machen. Wenn ich jetzt zum Beispiel heute eine Brückenbesprechung wäre und ich hätte heute Spätdienst, dann übernimmt das der Arbeitgeber, und die Brücke muss das auch nicht tragen. Wenn ich im Dienst bin und ich



muss zu einer Besprechung der Brücke, bin ich im Dienst fertig. Also, da ist der Arbeitgeber sehr mit drin und sehr engagiert.“

c) Gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus

Viele Befragte sprachen von einer positiven Zusammenarbeit der Brückenpflege mit dem Sozialdienst des Krankenhauses, welches ein reibungsloses Funktionieren des Entlassungsmanagements und der Brückenpflege zur Folge hatte.

Interview 7: „Also bei mir auf Station ist es jetzt einfach so, unsere Sozialdienstmitarbeiterin die Frau XXX (anonymisiert), die kommt dann jeden Morgen und wir besprechen uns immer was gibt es zu tun hier. Also ich melde das ganz normal über unser Computersystem, dass ich einen Patient habe, aber wir besprechen das eigentlich immer intern hier. Was gibt es zu machen? Was habe ich gemacht? Wo ruft sie an? Wo rufe ich an? Das wir da auch nicht doppelte Arbeiten erledigen.“

Auch über die Entlassung hinaus konnte so eine adäquate Beratung des Patienten gesichert werden, indem sich bei Unklarheiten mit dem Sozialdienst ausgetauscht wurde.

Interview 6: „Klar, kommen manchmal Sachen, wo wir uns nicht so auskennen. Es war zum Beispiel mal eine Patientin, die hatte eine Makulardegeneration gerade mit Behindertenausweis und so was, aber dann kann ich zum Beispiel, dann rufe ich die Frau XXX (Sozialdienst) an, von der habe ich die Nummer und sage: `Du und du, an welche Stelle muss sie sich da wenden?` `Dann gebe ich das so weiter. Wie gesagt, wenn jetzt einer eine Patientenverfügung möchte für zu Hause, dann gehe ich auch über die Frau XXX (Name Mitarbeiterin Sozialdienst), die schickt das mir dann zu, die nehme ich dann mit raus, dann können die das dann machen, solche Sachen auch. Oder wenn ich halt nicht weiß, dann gehe ich dann über meine Sozialarbeiterin.“

Das Funktionieren des Entlassungsmanagements wurde ebenfalls dadurch gesichert, dass interdisziplinäre Teambesprechungen stattfanden, um die jeweiligen Bedarfe und Probleme der Patienten zu besprechen und somit eine optimale Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu sichern.

4.1.7.1 Positive Auswirkungen der Intervention für die Brückenfachkräfte

Insgesamt zeigten die Aussagen der Brückenfachkräfte, dass die Brückenpflege als Tätigkeit sich positiv auf das psychische Wohlbefinden der Brückenfachkräfte selber auswirkte, was hier als Stärke der Intervention betrachtet werden kann. Alle der Befragten gaben an, dass sie sehr glücklich mit ihrer Tätigkeit wären und täglich sehr viel Spaß an ihrer Arbeit hatten. Neben dieser Freude sprachen auch einige Befragte von einem persönlichen Interesse und einer großen Überzeugung von der Intervention, die genutzt werden konnte, um den Patienten nach Entlassung weiter zu unterstützen.

Interview 6: „Und mich hat das interessiert und sowieso schon im Vorhinein immer "was passiert mit den Patienten, wenn sie heimgehen?". Ich war auch zwanzig Jahre drüben auf der Inneren, da war es auch schon immer so #unverständlich# was ist nachher los und das war einfach, naja, mich interessiert halt eben auch was nachher passiert mit den Leuten. Hier sind sie gut aufgehoben, aber dann entlässt man sie und was ist dann? Und mit der Brücke haben ich jetzt halt einfach die Erfahrung gemacht, dass die Leute so glücklich sind, wenn da noch jemand von der Pflege mit rausgeht und einfach nochmal so die Sicherheit zu Hause gibt.“

Das positive Ergebnis ihrer Brückenpflegetätigkeit empfand die befragte Brückenfachkraft in diesem Fall persönlich als sehr wertvoll.

Eine andere Befragte sprach davon, dass sie früher sehr oft das Gefühl hatte, Patienten zu entlassen mit Zweifel, ob diese alleine zu Hause zurechtkämen.

Interview 2: „Weil wir einfach immer mehr alte Leute haben, die daheim sind, alleine, wenig Angehörige, oder die keine Zeit haben, und ja, dann kann man die einfach ein bisschen weiter unterstützen. Weil man auch manchmal denkt, wenn man jemand entlässt: `Oh das ist aber noch früh`, oder `geht



das wohl gut? Hat man ja früher oft gehabt und dann ist das einfach die Gelegenheit die mit zu unterstützen.“

Die Dankbarkeit der Patienten machte für eine weitere Befragte den persönlichen Sinn der Tätigkeit aus.

Interview 6: „Die (Patienten) übergücklich sind und einem um den Hals fallen. Das ist einfach für mich auch eine Überzeugung, also ich mache das wirklich, ich hätte es ja nie gedacht, aber bin wirklich mit dem Herzen dabei, es macht so viel Spaß und finde es für mich auch eine sinnvolle Tätigkeit neben meiner Tätigkeit hier auf Station. Klar ist das hier mein Hauptteil, aber das nebenbei ist einfach toll.“

Eine weitere Brückenfachkraft sah die Brückenpflege als Herausforderung und alternative Tätigkeit zu ihrem Stationsalltag. Die Brückenpflege forderte von ihr vielerlei Fähigkeiten ab, deshalb erlebte sie diese als positiv.

Interview 6 „[...] dass es auch eine Herausforderung für mich ist, weil du musst halt doch vieles selbstständig regeln, hier hast du alles, draußen bist du halt auch auf dich selber angewiesen, kriegst Kontakt zu den Angehörigen, zu den Ärzten.“

Weitere zwei der befragten Brückenfachkräfte gaben bei der Frage, warum sie sich für die Tätigkeit als Brückenfachkraft entschieden hatten, eher pragmatische Gründe an, beispielsweise, dass sie sich nebenbei etwas hinzuverdienen konnten, weil sie auf das Geld angewiesen waren.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Brückenpflege als Intervention neben einer hohen Dankbarkeit der Patienten ebenfalls den Pflegenden selber helfen konnte, Patienten, bei denen weitere Unterstützung notwendig gewesen wäre nach dem Krankenhaus persönlich zu begleiten. Dies war vorher nicht möglich.

4.1.7.2 Positive Auswirkungen der Intervention für die Patienten

a) Verbesserung der körperlichen Gesundheit

Bei der Frage nach einer erreichten Verbesserung der körperlichen, gesundheitlichen Situation von Brückenpatienten wurden insgesamt über zwanzig Beispiele von den Befragten genannt. Betroffen war hier in den meisten Fällen das Medikamentenmanagement. Häufiger passierten Ärzten Fehler beim Verordnen der Medikamente, und die Brückenfachkräfte konnten in einigen Fällen verhindern, dass Patienten gesundheitliche Schäden von sich trugen.

Interview 6: „Oder, gerade manche Patienten sind auch kognitiv nicht so fit und #unverständlich#, oder dann wird halt eben vom Hausarzt das ganze Medikamentenblatt falsch geschrieben, die ganzen Zuckertabletten sind beim Frühstück drin und abends kriegt er nichts mehr, das habe ich auch gehabt in XXX (Ort anonymisiert). Oder, dass sie Diuretikum weglassen hat, und die hat dann solche Füße, dann habe ich halt auch mit ihm gesprochen, das und das soll er nochmal kontrollieren. Dann hat er gesagt, er kommt gleich raus. Dann hat er gesagt 'Gut, dass du da warst' .“

In einem anderen Fall, wurde das Insulin für den Patienten falsch verordnet.

Interview 6: „Oder, dass zum Beispiel wie jetzt auch, falsche Sachen verordnet wurden, dass wir nochmal da sind und drüber gucken was...ja das ist blöd für uns auch, das hat unsere Ärztin auch einmal falsches Insulin aufgeschrieben. Das war dann eben kein Lantusinsulin sondern Actraphane 30/70, wenn ich das um zehn spritze, das ist eben kein Langzeitinsulin, das senkt eben den Zucker auch. Das ist mir dann auch aufgefallen, dann habe ich eben mit dem Hausarzt gesprochen, das ist dem auch nicht aufgefallen. Der war Gott froh, dass man das auch gesehen hat.“

Im Rahmen einer konkreten Verbesserung des Gesundheitszustandes von Patienten, nannten die Befragten häufiger die Diabeteserkrankung als Beispiel. Patienten, die mit entgleistem Diabetes im Krankenhaus aufgenommen und im Krankenhaus auf Insulin umgestellt wurden, waren sich häufig nach Entlassung trotz Beratung unsicher beim Umgang mit ihrem



Insulinpen, oder bei der Einhaltung ihrer Diabetesdiät. Hier konnten Sie von den Brückenfachkräften entsprechend beraten werden.

Interview 2: „Halt auch einen total entgleisten Diabetes, aber sonst konnte er noch alles selber machen, da haben wir hier angefangen mit Insulin, haben ihn umgestellt, er war sich am Anfang noch unsicher, er sieht auch nicht so gut, ob er zurechtkommt mit dem Pen und mit dem Spritzen zu Hause. Da habe ich ihn einfach nochmal angeleitet, noch zweimal geguckt, ob er es richtigmacht, ob er richtig Blutzucker messen kann und genau. Wir haben ganz viel über Ernährung besprochen, wir waren mal eine Stunde in seiner Küche und haben einfach viel besprochen, was er verändern kann, weil der auch alleine für sich immer gekocht hat, genau, was man da so umstellen kann. Da haben wir viel gefunden. Letztendlich, dass er statt Dosen auf Tiefkühlgemüse umstellen kann, was ungezuckert ist umstellt und dann die Getränke und so halt viel.“

Durch die jeweilige Beratung konnte hier indirekt die Gesundheit der Patienten positiv beeinflusst werden.

Weitere Aspekte, die sich positiv auf die Gesundheit der Patienten auswirkten, waren Beratungen bei Wundpflege, über das Krankheitsbild und über die richtige Anwendung von physiotherapeutischen Übungen u.a.

b) Verbesserung der psychischen Situation/Gesundheit

Bei der Frage nach einer erreichten Verbesserung der psychischen Situation von Brückenpatienten wurde von den Brückenfachkräften speziell die Beratung zum Krankheitsbild, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, genannt. Hier ging es hauptsächlich um eine Beratung bezüglich der Bewältigung der psychischen Belastung im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. die Nutzung von entsprechenden Hilfsmitteln.

Interview 1: „[...] Ich sage auch zu denen Patienten, die chronisch krank sind, das ist eine chronische Erkrankung, also das kann man nicht schönreden. Aber man kann damit leben und man kann gut damit leben und da gibt es Möglichkeiten wie Hilfsmittel. Also ich rede mit den Patienten da schon drüber und sage es gibt auch Hochs und Tiefs. Und das Tief kann man abfangen. Und so halt. Also, das mache ich schon.“

Neben Gesprächen über den Umgang mit Krankheiten, war es vielen Patienten auch wichtig, dass eine Person für sie da war, mit der sie reden konnten. Laut Aussage der Brückenfachkräfte trug dies maßgeblich dazu bei, die psychische Situation dieser Patienten, welche meist von Einsamkeit geprägt war, zu verbessern.

Interview 2: „Der letzte Patient ist auch gekommen mit Schwindel und Gangunsicherheit und hat auch einen Vestibularisausfall letztendlich gehabt, wo man ja nie weiß, wie lange der Schwindel dann geht, wie er wie in den Griff zu bekommen ist. Das war auch ein Mann, der alleine gewohnt hat. Der hat zwar noch Kinder, aber die wohnen einfach im Ausland, das war kein Deutscher, der ist dann aber relativ schnell gut zurechtgekommen, aber hat einfach am Anfang noch die Gangunsicherheit gehabt, hat aber schon einen Rollator gehabt, von den Hilfsmitteln her war er schon ausgerüstet, aber der war einfach froh, dass noch jemand gekommen ist.“

Für diesen Patienten war der Haupteffekt der Brückenpflege, dass er nicht immer alleine war und jemand zum Reden hatte.

In einem Fall trug die Hilfe der Brückenfachkraft zur Verbesserung der Selbstständigkeit bei einem Patienten zu Hause bei. Durch eine kleine Hilfeleistung konnte die Brückenfachkraft dem betreuten Patienten so weit helfen, dass dieser sich wieder selbstständig seine Medikamente richten konnte. Diese Hilfestellung führte laut Aussage der Brückenfachkraft zu einer Verbesserung der psychischen Situation des Patienten, da dieser so alleine zu Hause bleiben konnte.



Interview 7: „Also ich erinnere mich da an einen Patienten, da war es einfach so, dass der auch Herzinsuffizienz hatte, der war blind, also fast blind. Also auf einem Auge konnte er noch vierzig Prozent sehen und dem habe ich einfach dann bei meinem ersten Besuch einfach geholfen, weil ich ihm den Medikamentenplan größer geschrieben habe und er dadurch seine Medikamente selber richten konnte. Aber der konnte das halt nicht lesen und der war also in dem Moment so dankbar dafür, dass er das noch selber richten konnte und das war ja für mich eine Kleinigkeit, das am Computer kurz ausdrucken und fertig. Also das war da auf jeden Fall so eine konkrete Hilfe.“

Im Rahmen einer erreichten Verbesserung der psychischen Situation von Brückenpatienten fiel bei den Befragten am häufigsten das Stichwort „Sicherheit geben“. Diese Sicherheit bezog sich darauf, dass die Patienten mit einer jeweiligen Veränderung, welche durch den Krankenhausaufenthalt verursacht wurde, zu Hause alleine weiterleben konnten. Diese Sicherheit konnte meistens schon dadurch gewährleistet werden, dass eine Anlaufstelle vorhanden war, bei der sie sich bei Fragen hinwenden konnten. Die Patienten wurden im Rahmen der Beratung von der Brückenpflege darauf hingewiesen.

Interview 1: „In manchen Fällen half hier schon eine Beratung über verschiedenen Anlaufstellen, die im Notfall helfen konnten. Also das war so ein Fall, wo ich mich selber auch gefreut habe. War doch toll, dass man da mit ist, und dass man sie nicht so hängen gelassen hat. Und über diese Telefonnummern, die ich ihr aufgeschrieben habe, das ist ja auch oft so, ich habe sie ihr auch auf einen großen Zettel geschrieben, wo was für sie wichtig ist, wo sie anrufen kann, wo sie Hilfe bekommt, wenn sie sie braucht. Das ist auch, das gibt auch viel Sicherheit.“

c) Verbesserung der sozialen Kontakte/ Familiäre Kontakte

Auch eine Verbesserung der sozialen Kontakte bzw. familiären Kontakte, ließ sich durch die Brückenfachkräfte erreichen. In einem Fall wurde der Kontakt zur Tochter wiederhergestellt, welche nicht in der Nähe wohnte und von der Brückenfachkraft kontaktiert wurde.

Interview 3: „Ja also eine ältere Frau mit Karzinom hat auch Angst gehabt vor der Chemotherapie und alles. Dann habe ich sie normal aufgeklärt, dann war die Tochter weit weg in Stuttgart, dann habe ich, weil sie ganz schlecht hört, mit der Tochter telefoniert. Habe organisiert, dass die Tochter kommt und immer, wenn sie dann eine Chemo hat, hier dann abholt. Das hat alles super funktioniert. Es hätte nicht funktioniert, wenn ich nicht da gewesen wäre. Weil die hätte nie angerufen. Aber dadurch, dass ich Gespräche geführt habe und auch man hört ja raus dieses Verhältnis, `ja` habe ich dann gesagt `ja soll ich mal anrufen`? Weil, manchmal ist es nicht schlecht, wenn es eine dritte Person macht. Und mich hat das sehr gefreut, dass das so funktioniert. [...] Also von meinem Gefühl her jetzt einfach hat sich das gebessert (Verhältnis zwischen Mutter und Tochter). Sie hatten dann auch irgendwann mehr Zeit, das war letztes Jahr, dass sie zusammen Weihnachtsgebäck backten, Mutter und Tochter also.“

In einem anderen Fall verschaffte die Brückenfachkraft einer Brückenpatientin soziale Kontakte, indem sie sich in ihrem Umfeld nach entsprechenden Möglichkeiten erkundigte.

Interview 6: „Bei einer Frau XXX (Name), die wohnt hier in XXX (Ort), die wohnt im zweiten Stock. Da ist zwar alles behindertengerecht eingerichtet. Die geht jetzt jeden Mittwoch, die hat früher immer so gerne Karten gespielt, Skat oder so was. Da habe ich geschaut, was sie machen könnte. Da trifft sich dann so eine Gruppe, denen hat noch eine Frau gefehlt und jetzt treffen die sich jeden Mittwoch und spielen Karten. Das schon aus so was. Und bei einer Frau weiter weg, da ist der Nachbar auch schwer krank und da habe ich doch gesagt: `Treffet euch jeden Mittag, dann lauft ihr mal eine Strecke.` Er hat Unterhaltung, sie hat Unterhaltung, die sind nicht alleine, die treffen sich jetzt jeden Mittag und laufen mit dem Rollator den Weg entlang.“

d) Verbesserung der finanziellen Situation

Eine Verbesserung der finanziellen Situation durch die Unterstützung bei der Beantragung von Pflegegeld konnte in manchen Fällen auch erreicht werden.



Interview 5: „[...] Sie hat Pflegestufe zwei sofort gekriegt sogar. Und das macht ja nicht wenig, fast vierhundert Euro glaube ich, genau weiß ich nicht. Und vierhundert Euro ist für die sehr, sehr viel Geld, und ich war auch hartnäckig normalerweise gehe nicht auf Leute zu [...]. Bei dem habe ich halt Ausnahme gemacht, weil ich gesehen habe, wie viel Rente der Mann gekriegt hat, vierhundertachtzig Euro und davon noch Miete musste er noch zahlen. Das war eine ganz alte Altbauwohnung. Da habe ich gesagt „da lasse ich nicht locker“. Und das hat sich auch jetzt so rentiert, ich weiß die Frau ist überglücklich. Das ist schön.“

In diesem Fall verhalf die Brückenfachkraft der Brückenpatientin zur Pflegestufe 2, womit das Ehepaar ihre Rente aufstocken und somit ihre Lebenssituation verbessern konnte.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Brückenpflege neben der Verbesserung der gesundheitlichen Situation durch die Verhinderung von Krankheitsverschlechterung, ebenfalls positive Auswirkungen auf die psychische Situation der Patienten hatte. Hier war besonders die Beratung zum Umgang mit dem Krankheitsbild wichtig. Ebenfalls von zentraler Bedeutung war aber auch, dass die Patienten eine Person hatten, mit der sie reden konnten. Die Brückenpflege konnte aber auch eine Verbesserung der sozialen bzw. familiären Kontakte erreichen, indem beispielsweise der Kontakt zu Familienangehörigen wiederhergestellt wurde. So gar eine Verbesserung der finanziellen Situation war in einigen Fällen möglich, indem die Brückenfachkraft die Beantragung einer Pflegeeinstufung unterstützte.

4.1.7.3 Positive Auswirkungen für andere Berufsgruppen

a) Externe Einrichtungen

Bei der Frage nach positiven Auswirkungen der Brückenpflege auf andere Berufsgruppen wurden von den Befragten verschiedene Berufsgruppen genannt, bei denen positive Rückmeldungen gegeben wurden. Unter anderem die Sanitätshäuser, welche froh waren, dass die richtigen Hilfsmittel bestellt waren, die die Patienten auch brauchten. Auch Therapeutenpraxen, hatten sich positiv über die Brückenpflege geäußert, weil häufiger Patienten dorthin vermittelt wurden.

Externe Einrichtungen, wie ambulante Pflegedienste, wurden auch genannt. Diese profitierten nach Meinung mehrerer Brückenfachkräfte ebenfalls von der Intervention. Hier gab es laut Aussage einer Brückenfachkraft auch häufiger eine positive Zusammenarbeit zwischen beiden Einrichtungen. Eine Brückenfachkraft beriet einen ambulanten Pflegedienst in Bezug auf Wundmanagement und konnte hier der Sozialstation behilflich zu sein.

Interview 6: „Mit Sozialstationen, ich habe einen Patienten gehabt, der hatte eine offene Ferse gehabt, der war eigentlich soweit wieder gut. Wir haben ihn nach Hause entlassen, eine Sozialstation eingeschaltet. Die hat dann zwei, dreimal verbunden, auf einmal war der Verband wieder schlechter. Der Patient hatte eine Lebensgefährtin, die war auch ein bisschen kritisch, und da hat die mich angerufen, was jetzt da los sei. Dann bin ich halt auch wieder raus und habe mit der Sozialstation gesprochen. Dann sagte sie: ‘Sie hat das so und so verbunden, wie das vom Hausarzt und von uns vorgegeben war.’ Sie hat mir das wieder gezeigt, die hatte auch nichts falsch gemacht. Ich kenne die Frau halt schon länger wie sie, weil die nicht jeden Tag da waren. Dann habe ich mit ihr gesprochen, und habe sie informiert. Die Ferse war infektiös, die hatte einen MRSA-Keim gehabt. Wenn er zu lange liegt, immer auf der gleichen Seite, dann war sie verantwortlich, oder immer auf der Ferse. Da habe ich gesagt: ‘Sie müssen die frei lagern, dann kann das sein, es verschlechtert sich wieder’. Und die Durchblutung war auch nicht gut gewährleistet bei dem Fuß. Da haben wir eben geredet, dann hat sie sich auch wieder beruhigt, Sozialstation hat sich bedankt, die Frau hat sich bedankt. Wir haben einen Termin bei einem Spezialisten in XXX (Ort) ausgemacht, da waren sie vor uns schon und jetzt ist es wieder gut, jetzt ist sie wieder glücklich. Auch kritische Patienten sind dann oder Angehörige sind dann sehr dankbar und auch eine Sozialstation, weil man viel auffängt.“



Neben diesen positiven Kooperationen wurde ebenfalls davon gesprochen, dass Kunden an ambulante Dienste vermittelt wurden, wovon die ambulanten Dienste profitierten. Einige Brückenfachkräfte hatten hier auch negative Erfahrungen mit ambulanten Pflegediensten gemacht, die diese als Konkurrenz erlebten.

Neben den ambulanten Diensten wurden als profitierende Berufsgruppe die Hausärzte genannt. Hier wurde fast einheitlich von positiven Kooperationen und einer hohen Zufriedenheit der Hausärzte mit der Brückenpflege gesprochen. Die Hausärzte konnten sich nach Einschätzung der Befragten durch den Erstbesuch der Brückenfachkräfte oftmals einen Hausbesuch ersparen, oder die Brückenfachkräfte konnten Fehler der Stations- bzw. Hausärzte bei der Verordnung der Medikamente korrigieren. In einem Interview wurde von einer Patientin berichtet, welche verwaorlost war. Hier nahm die Brückenfachkraft direkt mit dem Hausarzt Kontakt auf.

Interview 6: „Ja, auch die Hausärzte sind froh. In XXX (Ort) habe ich einen gehabt, der war da mit, gerade wo ich angerufen habe, haben wir uns getroffen, oder dann habe ich eine Patientin gehabt in XXX (Ort), die war kurz vor der Verwaorlostung, da habe ich auch mit ihm telefoniert, da hat er auch gesagt: `Gott sei Dank hast du geyuckt.`“

In einem anderen Fall wurde davon gesprochen, dass eine Brückenfachkraft eine Patientin bei der Gabe von Medikamenten überwachte, Rücksprache mit ihrer Stationsärztin hielt und dies im Nachgang mit dem Hausarzt besprach.

Interview 7: „Aber was auch war, das war ein Patient, den konnte man hier im Krankenhaus schon ganz schlecht einstellen mit den Wassertabletten. Der hat lange das Lasix bekommen, ist dann immer wieder mit Wasser vollgelaufen. War bestimmt auch zwei Wochen hier, hatte eine schlechte Klappe auch, eine Herzklappe und ich wusste das ja, dass es schwierig ist. Und wir haben den dann entlassen und als ich dann ein Tag später kam, ein Tag später war das glaube ich, ja hatte der drei Kilo schon wieder zugenommen. Und die haben ihn dann mit einer ziemlich kleinen Dosis hier im Krankenhaus entlassen und ich wusste, dass er da schon mehr bekommen hat. Und habe dann von Mittwoch, hatte natürlich der Hausarzt zu und dann habe ich hier angerufen. Den Stationsarzt, unsere Stationsärztin, die kannte den ja noch, war ja erst einen Tag her. Und die hat das dann gleich gesagt: `Das müssen wir erhöhen, unbedingt.` Und dann haben wir ihm dann vor Ort einfach zweimal mehr, also ich glaube es waren mittags achtzig Milligramm Lasix, gegeben. Das konnte ich dann auch so vertreten, weil ich das ja hier mit der Stationsärztin besprochen habe und er war dann einverstanden. Und habe am nächsten Tag dann einfach mit dem Hausarzt telefoniert und habe das ihm erklärt. Und der hat dann auch gleich gesagt: `Wunderbar, wir lassen die Dosis so.`“

b) Berufsgruppen im Krankenhaus

Andere Berufsgruppen im Krankenhaus, welche von der Brückenpflege profitierten, waren laut Aussage der Brückenfachkräfte die Diabetesfachkraft und der Sozialdienst im Krankenhaus. Der Sozialdienst erfuhr eine Arbeitserleichterung, die durch eine gute Kooperation mit den Brückenfachkräften entstand.

Interview 6: „Die sind auch sehr dankbar, für sie ist das auch eine Arbeitserleichterung, weil wir uns auch viel kümmern, wenn sie auch sehen, wenn das noch nicht so ganz eindeutig ist, wie das daheim weiterlaufen soll. Weil, wenn der Patient sagt: `Ich will jetzt einfach nur heim` und die Angehörigen sagen: `Wir probieren das jetzt einfach mal so`. Dass sie dann sagen: `Wir haben ja noch eine Brücke, geht da mal hin`. Und die Angehörigen sagen: `Dann kommen Sie halt mal raus, dann gucken wir mal`. Es ist für sie auch, ein paar Gespräche weniger und weniger Zeitaufwand und Arbeitsaufwand, weil wir da schon viel abnehmen.“



4.1.8 Schwächen der Brückenpflege

a) Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen/Kollegium

Einige Befragte sprachen davon, dass die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst ausbaufähig wäre, hier würden beispielsweise häufiger Informationen fehlen, oder Patienten würden nicht an die Brückenpflege weitervermittelt. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass nicht alle Brückenfachkräfte von einer schlechten Kooperation mit dem Sozialdienst ausgingen, einige waren der Meinung, dass die Zusammenarbeit sehr gut funktioniere.

b) Bekanntheit der Brückenpflege im Team und bei anderen Berufsgruppen

Bei der Frage nach Schwächen der Brückenpflege, wurde das Problem der Bekanntheit genannt. Durch fehlende Präsenz der Brückenpflege in den Köpfen der Pflegenden würde diese nicht immer eingeschaltet, wenn bestimmte Patienten als Brückenpatienten in Frage kämen.

Interview 2: „Ja, die Vermittlung, ja die könnte so ein bisschen besser laufen (lachen), ja aber ich denke schon, dass ist schwierig, ich bin jetzt ein Jahr bei der Brücke und vor der Zeit habe ich kein einziges Mal an die Brücke gedacht, obwohl ich es auch gewusst habe, ich habe ich nie einen Patienten vermittelt. [...] weil man einfach so viel im Kopf hat und dann das einfach untergeht, genau. Drum finde ich das auch gut, dass wir da jetzt auch durchgehen. So können wir auch was erreichen. Ja, aber ich denke, das ist ein langer Prozess, da merkt man einfach, dass die Brücke jetzt in XXX (Ort) noch nicht so lange besteht.“

Die fehlende Bekanntheit der Brückenpflege als Intervention führte dazu, dass nicht immer alle potentiellen Brückenpatienten an die Brückenpflege vermittelt wurden.

Bei der Frage nach der Ursache der fehlenden Bekanntheit der Brückenpflege auf den Stationen, wurde angegeben, dass die Brückenfachkräfte nicht auf allen Stationen vertreten wären.

Interview 1: „Mhm und dann gibt es Stationen da ist niemand. Auf der Chirurgie gibt es Brückenpflege und in der Uroambulanz ist jemand in der Brückenpflege. Also es gibt schon viele Stationen wo Brückenpflege da ist, aber es gibt auch Stationen ohne jemand von der Brückenpflege. Und ich glaube, die schalten auch weniger ein.“

Ein weiterer Grund, der genannt wurde, war der tägliche Stress auf Station, wodurch einfach viele wichtige Dinge untergingen.

Interview 1: „Doch, es gibt schon, es gibt ein Prospekt für, das gibt es schon, das haben wir. Aber ich weiß nicht, ob das Interesse da so groß ist von den Mitarbeitern, glaube ich. Weil die sind ja in ihrem Stress. Das muss man sich ja so vorstellen. Die sind im Stress, die werden nicht fertig. Die sind, gut, Gott sei Dank der wird entlassen. Der nächste, so läuft das ja hier. Und von daher glaube ich, dass die da gar nicht so dieses Wissen haben, was wir eigentlich da so machen.“

Die Befragten Koordinatorinnen der Brückenpflege würden aber mit Nachdruck an der fehlenden Bekanntheit der Intervention arbeiten, indem sie fast täglich die Stationen abließen und nach Brückenpatienten fragten, außerdem sei eine Telefonverbindung eingerichtet worden, mit dem die Stationen die Brückenpflege einschalten konnten, wenn ein Patient begleitet werden musste. Zusätzlich gebe es Flyer und Prospekte über die Brückenpflege, die im Krankenhaus auslägen.

Interview 2: „Das versuchen wir gerade [...] auch so Kontaktzeit einzurichten, was wir auch immer wieder nutzen, die nach Bedarf, das weiß auch ich, das habe ich jetzt gerade gemacht, bevor ich wieder gekommen bin, auch über alle Stationen laufe und frage: `Ich bin von der Brücke unterwegs, habt ihr gerade Brückenpatienten`? Einfach. Dass das so ein bisschen mehr in die Köpfe jeder Schwester kommt. Und dann sage einfach immer: `Überlegt es euch in Ruhe, geht bei Visite die Ausarbeitung in Ruhe durch und wenn es Bedarf gibt, einfach bei uns melden`. Weil auf dem Flyer ist ja eine Handynummer drauf, das ist unser Brückenhandy, das hat die Koordinatorin Frau XXX (Name), die gerade im



Urlaub ist, immer, die macht auch Entlassmanagement auf einer Station fest und das ist super, die ist auch jeden Tag von sieben bis 15 Uhr im Haus, Montag bis Freitag und die hat immer das Handy dabei. Das heißt, unter der Woche gibt es immer einen Ansprechpartner, wo das Handy dann hat. Und sonst wissen die Stationen, wo sie sich melden müssen, wo es Brückenfachkräfte gibt und wie ich zu erreichen bin.“

Eine fehlende Bekanntheit der Brückenpflege wurde nicht nur bei anderen Berufsgruppen im Krankenhaus als Schwäche genannt, sondern auch bei externen Berufsgruppen, wie ambulanten Diensten und Hausärzten.

Interview 6: „Also, man muss grundsätzlich immer klären, was man noch ist. Also, auch bei Hausärzten, wo jetzt nicht bei der Brücke mit dabei sind, wo man halt immer bei den Arzthelferinnen sagen muss: ‘Ich bin die XXX (eigener Name)’, so und so und dann die Brücke erklären, was das dann ist. Also es ist schon noch wenig, dass die Leute Bescheid wissen, worüber wir vorher gesprochen haben. Sozialstationen muss man es auch immer erklären noch, wofür wir überhaupt da sind.“

c) Koordination der Einsätze der Brückenfachkräfte

Eine befragte Brückenfachkraft war der Meinung, dass die Einsätze der Brückenfachkräfte besser koordiniert werden müssten. Sie selbst betreue Patienten ihrer eigenen Station, konnte aber nicht einsehen, welche Patienten auf anderen Stationen von welchen Brückenfachkräften betreut wurden.

Interview 1: „Ich denke das sollte man über einen Pool machen. Also, ich denke die Patienten sollten in einen Pool. Also jetzt ist es so, ich betreue die Patienten von meiner Station, überwiegend. Also von einer anderen Station habe ich, glaube ich, fast nie jemanden gehabt, ja das langt auch. Wie es die anderen machen, weiß ich nicht, aber vielleicht wäre es ganz gut, wenn man das über einen Pool machen würde. Wenn es einen Pool gibt, wo man eingibt: ‘Der Patient sowieso wird von mir betreut am sowieso’. Und dann sieht man: ‘Aha, die ist gerade in der Brücke, die brauche ich nicht fragen und die hätte Kapazität, die kann ich fragen’. Also, das würde ich gut finden, wenn es einen Pool gibt mit allen Brückenfachkräften und wenn die sich dann so untereinander. Also ich empfinde es gerade so, dass ich im Moment ziemlich ja meine Patienten halt raussuche.“

Bei den Schwächen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kann festgestellt werden, dass die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst nicht mit allen Brückenfachkräften funktionierte, die Bekanntheit des Projektes war außerdem im gesamten Krankenhaus und auch extern nicht immer gegeben. Zusätzlich gab es Verbesserungsvorschläge bei der Koordination der Gesamteinsätze.

4.1.8.1 Schwächen der Brückenpflege bei den Brückenpatienten

a) Annahme des Angebotes „Brückenpflege“

Bei der Frage nach Schwächen der Brückenpflege wurde speziell aufgeführt, warum die Brückenpflege nicht von allen Patienten angenommen wurde, die dafür in Frage kamen. Eine befragte Brückenfachkraft war der Meinung, dass die Vielfältigkeit von Angeboten Patienten im Krankenhaus stark überfordere. Die Brückenpflege wäre hier ein weiteres Angebot von vielen, welches die Patienten zunächst nicht einordnen könnten.

Interview 4: „Also, ich würde sagen, das ist nicht absolut wichtig, aber ich würde sagen, das ist relativ wichtig, weil die Patienten nehmen es dankbar an, sind froh, dass es uns gibt, sind aber auch manchmal skeptisch, weil man muss auch wiederum manchmal Überzeugungsarbeit leisten. Wenn man dann sagt: ‘Wir kommen von der Brücke, das ist ein Verein,’ dann blockieren manche, jetzt kommt nochmal einer, da war der Sozialdienst da, da war die Brücke da, da war was weiß ich alles für Vereine oder Einrichtungen vom Krankenhaus alles da, und viele alte Leute sind mit der ganzen Sache überfordert.“



Die Überforderung mit den verschiedenen Angeboten führte ebenfalls dazu, dass viele Patienten der Meinung waren, dass die Brückenpflege mit Kosten verbunden wäre, oder sie gar nicht erst verstanden.

Interview 5: „Und meine zweite Erfahrung war mit der Brücke. Ich hatte eine Patientin habe dann gesagt: ‚Ja ist kostenlos‘, das hat der nicht kapiert, hat dann gesagt: ‚Nein, nein, ich muss dann irgendwie zahlen, von (Krankenkasse) kommt dann eine Rechnung‘. Dann habe ich gesagt: ‚Nein, ich bekomme zwar mein Gehalt, aber nicht von der AOK, nicht von Ihnen, von der Brücke‘.“

Interview 3: „[...] Was ich auch schwierig finde, viele Patienten, also jetzt bei mir, da merke ich die verstehen das gar nicht, die denken dann immer irgendwie, ich komme und helfe denen pflegerisch oder Haushalt. Also, das fällt mir auf, wenn ich mich mit denen unterhalte. Und dann komme ich und sag, ja also, wenn ich jetzt grob sagen würde, nein, nein ich komme nur in der Beraterfunktion.“

b) Annahme von Hilfe

Ein weiteres Problem bei der Annahme der Brückenpflege war das Eingeständnis der eigenen Hilflosigkeit der Patienten. Hier gab es häufiger Patienten, bei denen die Brückenfachkräfte merkten, dass diese nicht alleine zurechtkamen, die jedoch Hilfe ablehnten.

Interview 1: „Aber trotzdem sagen viele: ‚Nö, nö das brauchen wir nicht. Ich kann das alles alleine‘. Wenn man im Krankenhaus auch sieht es funktioniert gar nicht, aber es ist Entscheidung des Patienten und wer er halt alleine meint das ist gut so. Dann ist es für den Patient gut so.“

Die Brückenfachkräfte mussten in diesen Fällen auch Überzeugungsarbeit leisten und einen längeren Prozess begleiten, bis die Patienten realisierten, dass sie Unterstützung brauchten.

Interview 4: [...] „manchmal ist auch das Problem, dass die Menschen überhaupt keine fremde Hilfe annehmen und das dauert manchmal, das ist auch ein Prozess, bis es dann doch lernen, doch Hilfe anzunehmen, dass sie einfach sagen nach einer Woche, sie probieren es mal und merken es erst nach zwei Wochen: Es geht nicht allein. Dass sie dann einfach bereit auch sind, fremde Hilfe anzunehmen.“

Einen weiteren Grund für die Ablehnung der jeweiligen Hilfsangebote vermutete eine Brückenfachkraft auch darin, dass Folgekosten entstünden. Sobald das Angebot zur Hilfe kostenlos war, würde es angenommen, sobald Kosten beispielsweise durch einen ambulanten Pflegedienst anfielen, würden die Patienten plötzlich doch keine Unterstützung mehr brauchen.

Interview 1: „Und ja, also, ich habe es auch schon ausprobiert hier im Krankenhaus, bin ich zu älteren Patienten gegangen, wo ich gedacht habe, oder einfach angeschaut wie die im Bett liegen und habe sie angesprochen und gesagt: ‚Ja wie geht das denn zu Hause, brauchen Sie Hilfe oder brauchen Sie jemanden, oder schaffen Sie es alleine?‘ Und dann sagen neunzig Prozent: ‚Ja klar, brauche ich, ich kann das nicht mehr, kann nicht mehr putzen, kann gar nichts mehr‘. Und dann sag ich: ‚Ja super‘. Da fängt man an zu organisieren. ‚Dann organisieren wir Ihnen jetzt, was Sie brauchen. Ja das machen wir‘. Und dann sage ich: ‚Ja‘. Dann sagen sie, es kostet und dann genau die neunzig Prozent sagen, nein ich brauche doch niemanden. Das ist der Knackpunkt an dem Ganzen.“

Neben dem Eingestehen von Hilfsbedürftigkeit war laut Aussage der Befragten auch der Eingriff in die Intimsphäre der Patienten in der eigenen Häuslichkeit ein Problem. Dies brachte viele dazu, die Brückenpflege abzulehnen.

Interview 1: „Es wird häufig abgelehnt von Patienten. Gründe sind, glaube ich, weiß ich nicht. Die Patienten möchten halt. Ja, das ist eigentlich auch ein Eingriff in die Intims-, Privatsphäre. Klar wenn zu mir jemand herkommt und sagt „so ich komme morgen zu Ihnen heim“ und ich hab es zu Hause nicht aufgeräumt dann sage ich: „Nö, nö“, klar also ich denke das ist sicher ein Grund und ich habe ja.“

Ein Eingriff in die Intimsphäre durch den Hausbesuch der Brückenfachkräfte führe aber auch dazu, dass die Patienten Ängste entwickelten bezogen darauf, dass die Brückenfachkraft irgendwelche Versorgungsdefizite feststelle und weitere Schritte einleite, wie beispielsweise die Einweisung in ein Pflegeheim.



Interview 3: „Also so ist mein Gefühl. Ich erkläre dann zum Beispiel schon, oder ich denk manche haben auch Angst, dass ich dann so weitere Schritte einleiten würde zum Nachteil für die Patienten. Weiß jetzt nicht wie ich es erklären soll. Aber da sage ich dann zum Beispiel auch: „Ich schaue mir das an, ich tue überhaupt nichts“. Also wenn man Sozialdienst bräuchte, ich tue überhaupt nichts. Es wird alles abgesprochen, also so ist mein Gefühl halt.“

c) Fehlende Abgrenzung der Patienten nach Beendigung der Intervention

Die Brückenfachkräfte berichteten über sehr viele Fälle, in denen die Patienten nicht verstanden, dass die Brückenpflege als solches beendet war. Sie riefen immer noch bei den Brückenfachkräften an und waren nicht in der Lage, sich abgrenzen. Dies konnte als Schwäche der Intervention gewertet werden.

Interview 7: „Und die lassen einen dann manchmal auch fast gar nicht mehr gehen. Ja, oder klammern sich dann auch dran und sagen: ‚Kommen Sie doch noch einmal‘, oder es ist auch manchmal schwierig, den Absprung zu schaffen. Das haben jetzt hier auch immer wieder Kolleginnen gesagt, wo sie gesagt haben, die rufen dann an, oder sie haben die Privatnummer dann rausgegeben. Aber man muss dann schon irgendwann auch sagen, also, ich sage es dann halt meistens so, dass ich einfach sage: ‚Ich habe viele Patienten und das ist einfach unser Angebot, das wir machen, aber das ist dann hier beendet‘. Und ich verweise dann auch immer drauf, dass es ja immer den Hausarzt gibt, der zu Hause natürlich immer für einen zuständig ist und dass sie sich dann auch dahin wenden. Das ist schon so.“

Neben den Patienten, mussten die Brückenfachkräfte auch eine persönliche Abgrenzung, und eine damit verbundene Beendigung der Intervention, durchsetzen.

In Bezug auf die Brückenpatienten kann als Schwäche der Intervention festgestellt werden, dass nicht alle potentiellen Brückenpatienten die Brückenpflege als Angebot annahmen, weil diese nicht verstanden, was die Brückenpflege machte, oder keine Hilfe annehmen wollten. Patienten, die die Brückenpflege in Anspruch nahmen, konnten sich in vielen Fällen schwer von der Intervention abgrenzen, weil sie gerne wollten, dass die Brückenfachkräfte weiterhin als Bezugspersonen zu ihnen kommen.

4.1.8.2 Schwächen der Brückenpflege für die Brückenfachkräfte

a) Fehlende persönliche Abgrenzung der Brückenfachkräfte nach Beendigung der Intervention

Einige der befragten Brückenfachkräfte berichteten, dass es ihnen selbst schwerfalle, den Abschluss für die Brückenpflege zu finden, weil viele Brückenpatienten gerne wollten, dass die Hausbesuche fortgesetzt würden und sehr froh waren, dass jemand zu ihnen nach Hause kam. So wurde in einem Interview erwähnt, dass die Abgrenzung nach Beendigung der Intervention wichtig sei.

Interview 1: „Ja, das wäre gut, wenn die Patienten ja aber dann muss man aber auch aufpassen, dass die nicht zu viel ziehen. Also man muss sich da abgrenzen, man muss das schon. Weil sonst gibt es Leute, die sagen: ‚Jetzt brauche ich das und das [...]‘. Aber wir sind ja schon froh, dass es jetzt so funktioniert, dass man so viel abdecken können und das wäre dann, glaube ich, der nächste Schritt dann für später.“

In einem anderen Interview wurde berichtet, dass die Befragte von den Patienten nach Beendigung der Brückenpflege gebeten wurde, zu Besuch zu kommen.

Interview 6: „Kommst du nochmal vorbei auf einen Besuch, dann rufst du nochmal kurz an, dann sind wir da. Schon, der Abschluss ist immer ein bisschen schwer zu finden, dass du eben sagst: ‚Da ist jetzt Schluss.‘ Ich habe zum Beispiel eine, ich habe nächste Woche einen Tag frei, dann mache ich mal einen Besuch und schaue, wie es denen geht, weil es mich auch interessiert.“



Die Befragte fuhr in ihrer Freizeit noch öfters zu Brückenpatienten hin, weil sie gebeten wurde und sie der Zustand der Patienten interessierte. Wenige Brückenfachkräfte hatten auch ihre Privatnummer an Patienten weitergegeben, als diese von ihnen betreut wurden. Diese Patienten riefen die Brückenfachkräfte nach Beendigung der Brückenpflege noch häufiger an. Es fiel den Befragten schwer, abzulehnen, wenn die Patienten sie um etwas baten.

Eine andere Brückenfachkraft hingegen versuchte, sich nach Beendigung der Brückenpflege von den Patienten abzugrenzen.

Interview 7: „[...] Aber man muss dann schon irgendwann auch sagen. Also ich sage es dann halt meistens so, dass ich einfach sage: ‘Ich habe viele Patienten und das ist einfach unser Angebot das wir machen, aber das ist dann hier beendet’. Und ich verweis dann auch immer drauf, dass es ja immer den Hausarzt gibt, der zu Hause natürlich immer für einen zuständig ist und dass sie sich dann auch dahin wenden. Das ist schon so.“

Die nächste befragte Brückenfachkraft gab konträr hierzu jedoch an, dass sie auch für Patienten, die sich nach Beendigung der Brückenpflege erneut meldeten, tätig werde. Sie konnte sich somit nicht eindeutig genug von der Intervention abgrenzen.

Interview 5: „Es kommt drauf an, es gibt Leute wo ich bei ihm habe ich dann gesagt „okay ich komme“, weil (Ort anonymisiert) ist halt nicht in der Ecke, muss halt fahren, das mache ich halt ehrenamtlich. Weil ich kann ja nicht nach einem Jahr das abrechnen und es kommt darauf an, wenn ich merke okay, die haben keine Bezugsperson in der Hinsicht und dann sind die überfordert. Es ging damals, wo angerufen hat, Pflegestufe, da kommt von der AOK jemand. Die AOK meinte vom MDK und hat dann gesagt: ‘Ich will, dass du dabei bist’. Ich weiß nicht, wie ich reagiere soll in der Art. Dann gehst du halt hin und bist dabei. Das ist das Schöne, wenn mal einmal Vertrauen gewonnen hat, dann bleibt das auch. Ich habe auch noch einen Patient gehabt, der wollte auch, dass ich nach einem halben Jahr komme. Der Hausarzt hat eine andere Diagnose gestellt und dann wollte der unbedingt, dass ich den Bericht lese. Bin ich dann hin und habe gesagt: ‘Okay ich mache es, aber ehrenamtlich.’ Klar, der war auch bereit, der hat gesagt: ‘Du kommst, ich zahle alles.’ Das fand ich süß. Ich bin hingegangen, war auch zwei Stunden da. Ich kann halt nicht abrechnen [...]“

b) Finanzielle Aspekte

Einige Brückenfachkräfte erwähnten finanzielle Aspekte, die sie bei der Brückenpflege als nachteilig erlebten. Ein Zusatzeinkommen im Rahmen eines 450 Euro-Jobs durfte nicht überschritten werden, es war aber auch nicht jeden Monat sicher, dass dieser Betrag zustande kam. Die Zahlungen waren davon abhängig, dass die Brückenfachkraft eine bestimmte Anzahl an Brückenpatienten betreuen konnte. Diesbezüglich überlegte die Befragte, ob sie einen anderen 450 Euro-Job annehmen sollte, der ihr Zusatzeinkommen kontinuierlich sichern konnte.

Interview 5: „[...] Aber Geld spielt eine große Rolle, aber das ist das, was mir halt momentan, wo ich auch gesagt habe, vielleicht höre ich mit Brücke auf. Weil ich habe einen Sohn, der studiert und bin auf das Geld angewiesen und wenn ich monatlich zweihundert Euro kriege und das ist nicht mal sicher, dann suche ich lieber einen Job, wo ich monatlich ein Gehalt kriege. Sage, okay, das wäre vielleicht auch ein guter Tipp, wenn wir auf 400Euro-Basis eingestellt werden, wie normale Mitarbeiter. Aber ich bin auch dafür bereit, dann größere Umkreise zu fahren, beziehungsweise, also ich brauche halt, wie gesagt, wenn Sie das Geld brauchen, angewiesen sind, und es ist ein unsicheres Einkommen, das ist auch so ein Faktor, wo ich sage, okay, ich müsste vielleicht aufhören.“

Andere Brückenfachkräfte berichteten jedoch von einem sehr hohen Patientenaufkommen, bei dem sie teilweise Schwierigkeiten hatten, mit ihrem Stundenkontingent zurechtzukommen.

Als Schwäche der Brückenpflege ist zusammenfassend die schwierige, persönliche Abgrenzung von den Patienten nach Beendigung der Intervention zu nennen. Außerdem wurde von einem hohen bürokratischen Aufwand während der Evaluationsstudie gesprochen. Ein



weiterer Faktor waren die unsicheren, finanziellen Einkünfte am Ende des Monats, weil diese von der Akquise der Patienten abhängig waren.

4.1.8.3 Schwächen der Brückenpflege als Intervention

a) Nachhaltigkeit des Projektes

Bei der Frage nach den Schwächen der Brückenpflege wurde die fehlende Nachhaltigkeit des Projektes angeführt. Die Brückenfachkräfte gaben an, dass sie Patienten beispielsweise nur in der momentanen Situation helfen konnten. Die Entwicklung der Patienten nach Beendigung der Brückenpflege, so z.B. nach Ablauf eines Monats, konnte von ihnen nicht mehr wahrgenommen werden.

Interview 3: „Also das ist einfach nur mein Gefühl, wenn ich da bin, ist es in Ordnung. Aber wenn ich gehe und ich bin fertig mit meiner Brücke, dann weiß ich das nicht. Also wissen Sie wie ich meine? Ja, also, jetzt sage ich mal, wenn ich Karzinompatienten habe, die Termine hier im Haus haben beim Doktor (Name anonymisiert) und ich gehe auf Visite und ich gehe da vorbei, hat jetzt auch nichts mit der Brücke zu tun, aber ich gehe da vorbei, kurz vorbei halt. Ja, aber klar wie es hinterher dann aussieht, klar, wenn man weiß, also wenn ich alles, wenn ich jetzt alles erledigt habe, aber es ist jetzt kein Sozialdienst und es gibt keine Person, weil manche brauchen ja auch keine Person mehr, aber sind einfach nur alleine. Und ich gehe dann, dann weiß ich, ja, er ist ja auch weiterhin alleine. Für diesen Zeitpunkt hat's halt gutgetan.“

Bezüglich der fehlenden Nachhaltigkeit war das Interesse bei manchen Brückenfachkräften so groß, dass diese die Patienten vier Wochen nach Beendigung der Intervention anriefen, um sich zu erkundigen, wie es ihnen ging. Eine Brückenfachkraft schlug diesbezüglich vor, dass im Rahmen einer Evaluation geklärt werden könnte, ob die Brückenpflege geholfen habe und die Patienten auch nach längerer Zeit noch problemlos alleine zu Hause leben konnten.

Interview 1: „Ne, das wäre schon eine tolle Sache, wenn man das evaluieren könnte. Wenn man zum Beispiel sagen könnte: 'In vier Wochen komme ich wieder und dann schwätzen wir nochmal'. Also das wäre eine tolle Sache, das tät mir gefallen. Dann müsste ich nicht privat hinterher telefonieren und fragen: 'Wie ist es denn gelaufen, wie läuft es'? Also Evaluation würde ich gut finden. Und wenn man dann mit dem Patient abschließt. Irgendwann muss man ja abschließen. Und das täte ich gut finden, wenn man sagt, so grundsätzlich nach vier bis sechs Wochen schaut man nochmal nach, was sich daraus ergeben hat. Und dann kann man sich auch ein Bild machen selber, wie viel Sinn hat es gemacht, dass Du da warst. Ist er stabiler geworden, oder ist er eher, dass es doch schwierig ist und doch noch mehr braucht.“

b) Fehlende Weiterbildung

Als weitere Schwächen der Brückenpflege gaben die Befragten an, dass sie sich mehr Weiterbildungen in verschiedenen Bereichen wünschten.

Interview 5: „Das ist so. Was ich schon jetzt gelernt habe. Ich bin seit zweitausendzweölf examiniert. Was schulisch geblieben ist, in meinem Gedächtnis, das gebe ich auch weiter. Meine Bedenken sind, ob ich es auf dem neusten Stand bin [...] Zwar, ich versuche mich ja auch irgendwie weiterzubilden. Welches gibt es auf neusten Stand. Welche Hilfsmittel gibt es? [...] Es gibt so viele Hilfsmittel, wo ich das erste Mal gehört habe. Da bin auch ein bisschen ja, ich tue beraten mit Pflegestufe, da kommt eine ja, was muss man, kriegt man alles für Pflegestufe zwei? Da brauchte ich ein bisschen Informationsbedarf, oder Schulungsbedarf sage ich mal. Zwar ich sage bestimmtes Budget haben wir Hausarzt wird dann Rezept geben, aber so konsequent richtige Aussage kann ich da nicht machen, weil das Wissen mir einfach fehlt. Und ich will keine falschen Hoffnungen machen beziehungsweise etwas Falsches sagen. Dann ist ja bin ich einmal Falsches sage und es stimmt nicht, dann ist das Vertrauen sowieso weg, geht nicht [...] Das blöde ist, was ich jetzt so sagen darf, wie gesagt Weiterbildung. Wenn ich hingehere und ich werde so vieles gefragt. Das ist zwar okay, ich kann ja nicht alles wissen. Ist auch berechtigt. Aber wenn die jetzt von zehn Fragen, wenn ich vier nicht beantworten kann, dann zweifle ich ja an meiner Kompetenz. Das wäre mal besser und dann das könnte man optimieren.“



Andere Brückenfachkräfte sprachen von Weiterbildungen im Bereich Wundmanagement, die sie nutzen konnten, wenn sie beispielsweise in einem Arbeitsbereich arbeiteten, in dem wenige Wunden behandelt wurden. Bezüglich der Weiterbildungen muss hier hinzugefügt werden, dass die Koordinatorin der Brückenpflege mit Nachdruck an verschiedenen Weiterbildungsangeboten für die Brückenfachkräfte arbeitete. Verschiedene Themen wie Pflegeeinstufung und anderes wurden im Rahmen von Teamsitzungen nach der Befragung bereits durchgeführt.

c) Kommunikation mit anderen Berufsgruppen

Als weitere Schwäche wurden Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. dem Sozialdienst, angegeben.

In Bezug auf die Schwächen des Projektes wurde die fehlende Nachhaltigkeit genannt, weil die Brückenfachkräfte den Patienten in den ersten Tagen zu Hause behilflich waren, aber nicht wussten, welche Entwicklung innerhalb eines Monats passierte. Außerdem wurde die fehlende Weiterbildung genannt. Dieser Punkt wurde jedoch bereits bearbeitet. Einige Befragte führten zusätzlich eine schlechte Kommunikation mit anderen Berufsgruppen als Schwäche der Intervention an. Befragung der Patienten

4.2 Befragung der Patienten

Im Folgenden wird die Befragung der Patienten vorgestellt. Befragt wurden fünf Patienten. Ein Patient wurde persönlich in der Häuslichkeit besucht, die anderen per Telefoninterview befragt. Auffällig bei der Stichprobe war, dass es sich um viele männliche Patienten handelte, die alleine leben. Häufig waren auch Sturzereignisse angegeben, die zu einem Krankenhausaufenthalt und einer instabilen Situation danach in der Häuslichkeit führten.

3.1.1 Stärken der Brückenpflege

Die Auswirkungen der Brückenpflege wurden von den Befragten zum größten Teil in der Kategorie „psychische Auswirkungen“ berichtet, aber auch physische und soziale Auswirkungen wurden angegeben.

4.2.1.1 Physische Auswirkungen

In einem Interview zeigte sich, dass sich durch die Beratung der Brückenkraft die Mobilität und das Gangbild eines Befragten verbessert hatten.

Patient 1: „Wo ich Krankenhaus entlassen wurde, da bin ich nach Hause gekommen und ich war unsicher beim Laufen und nachher war sie drei Mal da und es wurde immer besser, sie hat mir den Rat gegeben, wie ich es machen muss und wie ich laufen und also, doch. [...] Ja, ich habe Angst gehabt, als ich nach Hause kam, ich war nicht sicher beim Gehen und die Schwester XXX (Name Brückenfachkraft) hat mir viel Kraft gegeben, wie ich mich verhalten soll und alles, und wenn was ist, soll ich sie anrufen.“

In diesem Fall konnte die häusliche Situation des Befragten durch die Brückenfachkraft sichergestellt werden, sie erreichte es, dass dieser sich wieder sicher beim Laufen fühlte und keine Angst mehr hatte.

4.2.1.2 Psychische Auswirkungen

a) Beistand

Als ein wichtiger Faktor, der sich auf die Psyche der Betroffenen positiv auswirkte, war der Beistand der Brückenfachkräfte, der in der Entlassungssituation geleistet wurde. Die Zeit nach Krankenhausaufenthalt wurde als Krise erlebt, in der die Brückenpflegekräfte Unterstützung leisteten.



Patient 4: „Ich sage mal, ich bin im Krankenhaus wie in ein Loch gefallen, schon einmal. Und da kam das dann auch mit dieser Brücke, wo sich auch schon mal die Schwester mit mir unterhalten hat, habe ich immer noch gezweifelt, wo ich dann zu Hause war. Am gleichen Tag, wo ich dann nach Hause entlassen wurde, kam dann die Frau XXX (Name der Schwester) zu mir und das Gespräch war sehr gut.“

Ein Befragter beschrieb die Brückenpflege ebenfalls als eine Stütze in der instabilen Zeit nach der Krankenhausentlassung.

Patient 4: „Also, ich finde das, was hier die Frau XXX (Name der Brückenfachkraft) auch gemacht hat mit mir, finde ich eigentlich wichtig, wenn wirklich, wie in meinem Fall, wo ich alleine bin, wo ich nicht mehr weiterwusste. Dass den Menschen weitergeholfen wird und man hat eine Stütze. Man hat eine Stütze, man weiß genau, aha hier ist noch jemand da und gerade ich, falls ich wirklich noch einmal Probleme bekomme, ich hätte sie auch zu jeder Zeit angerufen. Also sie hat ja auch gesagt: `Ich bin zu jeder Zeit erreichbar, wenn es möglich ist`. Natürlich versucht man das in der Nacht nicht. `Aber Sie können mich anrufen, wenn es Probleme gibt, da gibt es gar nichts`. Somit war für mich auch eigentlich erst einmal jemand da, wenn ich nicht mehr weitergewusst hätte. Das sind so seelisch, moralisch ist das auch schon sehr, sehr positiv, was man sich dann auch schon, wo man sagt, dass ist in Ordnung.“

Die Brückenkraft schaffte also eine stabilere, emotionale Situation nach der Entlassung des Patienten, der alleine lebte und keine Angehörigen hatte.

Auch für Patienten, die nicht hilfsbedürftig waren, wurde der Beistand der Brückenfachkräfte als zentral erlebt, andere Hilfsangebote waren zweitrangig.

Interviewerin: „Aber, also da höre ich so raus, dass es jetzt eigentlich gar nicht so viel gab, was die Frau XXX (Name der Brückenfachkraft) für Sie machen konnte, weil Sie konnten sich ja größtenteils selbst helfen.“

Patientin 3: „Aber sie hat mir Beistand gegeben. Sie hat mir Beistand, sie war im Hintergrund und hat das auch dann kontrolliert, ob ich es auch gemacht habe.“

b) Angstbewältigung

Durch die Brückenkraft konnte in zwei Fällen die Angst vor der Entlassungssituation und insbesondere vor der Zeit nach der Entlassung, minimiert werden. Die Brückenkraft schaffte es, durch Gespräche die Bewältigung von Ängsten bei den Patienten zu erreichen.

Patient 4: „Eigentlich auch diese Angst davor, wie das eigentlich gehen sollte. Und diese Angst hat mir eigentlich auch die Frau XXX (Name der Brückenfachkraft) genommen dann. [...]. Im Prinzip nur durch ein Gespräch. Nur durch das persönliche Gespräch. Die kam schon mal ans Bett bei mir, da war ich ja wirklich absolut depressiv, muss ich sagen. Und hat mir wirklich den Mut gemacht und so weiter. Es ging ja dann auch nach Hause, sagt sie: `Herr XXX (Name des Interviewten), haben Sie gar keine Angst, Sie fahren dann nach Hause. Ich muss zwar, Sie fahren gegen Mittag nach Hause und ich bin dann gegen 16 Uhr bei Ihnen, weil ich ja noch etwas machen muss und dann sprechen wir weiter`. Und nur das Gespräch muss ich sagen. Nur das Gespräch selber. Im Prinzip war es ja für mich auch ein wildfremder Mensch, aber das Vertrauen das war sofort da. [...].“

Ein anderer Patient erzählte indirekt von den Ängsten, die er im Rahmen der Krankenhausentlassung hatte und gab an, dass die Brücke hier eine wichtige Hilfe zur Bewältigung war.

Patient 1: „[...] aber ich habe jetzt zum Beispiel gemerkt, wenn ich alleine bin, wie viel diese Brücke wert ist, diese Brücke zwischen Patient und Krankenhaus.“

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Ängste abgebaut werden konnten durch die Gespräche zwischen der Brückenfachkraft und den Patienten, sowie durch deren alleinige Präsenz im häuslichen Umfeld.



c) Vertrauen

Das Vertrauen zu der Brückenpflegekraft wurde von zwei Befragten als wichtiger Faktor genannt und beschrieben. Ein Befragter gewann Vertrauen zur Brückenfachkraft, weil diese dem Patienten Selbstständigkeit ließ und nicht alle Handlungen für ihn übernahm. Eine andere vertraute der Brückenfachkraft blind und wollte ihr sogar ihren Wohnungsschlüssel anvertrauen.

Patientin 3: „Naja, das ist erst mal, dass ich gefühlt habe, dass sie es erst mal gut mit mir meint. Und das ich vor allem auch zu ihr für den Kontakt Vertrauen hatte. Und dass sie mich aber auf der anderen Seite nicht nur unterstützt hatte, sondern mich hat auch manches selbstständig machen lassen. Und dann aber kontrolliert hat und ja, das ist doch schon einmal was, wenn man zu einer fremden Person Vertrauen hat.“

Patient 4: „[...] Und nur das Gespräch muss ich sagen. Nur das Gespräch selber. Im Prinzip war es ja für mich auch ein wildfremder Mensch, aber das Vertrauen, das war sofort da. Muss ich ganz ehrlich sagen. Hätte ich auch einen Notfall gehabt, ich sag es einmal ganz simpel, wenn was gewesen wäre, hätte ich meine Wohnungsschlüssel geben können, wenn mal was sein sollte, hätte ich keine Probleme gehabt.“

Insgesamt zeigen die beiden Äußerungen der Befragten über das Vertrauen zwischen der Pflegekraft und dem Patienten die Wichtigkeit dieser Komponente auf.

d) Emotionaler Beistand

Der emotionale Beistand nahm eine zentrale Komponente der Stärken ein und wurde mehrmals thematisiert. Eine Patientin sprach von Beistand, welchen sie mit der Präsenz der Pflegekraft im Hintergrund assoziierte, die bei Bedarf Beratung oder geeignete Interventionen einleitete.

Patientin 3: „Aber Sie hat mir Beistand gegeben. Sie hat mir Beistand, sie war im Hintergrund und hat das auch dann kontrolliert, ob ich es auch gemacht habe.“

Der Beistand schien insgesamt ein zentrales Element in der Brückenpflege zu sein. Die Patienten hatten in ihrer instabilen Situation nach der Entlassung ein besonderes Bedürfnis nach Beistand und schätzten daher die Arbeit der Pflegekräfte sehr.

Ein Befragter thematisierte, dass die Brückenfachkräfte ihm in Rahmen ihres Hausbesuches Kraft gegeben hätten. Dies wurde auf der emotionalen Ebene erreicht, indem die Brückenfachkraft Beistand leistete.

Patient 1: „Und durch die Leute, die zu mir kommen, bekomme ich immer mehr Kraft.“

e) Kommunikation

Der Kontakt zur Brückenfachkraft in Form von Kommunikation wurde von der Gruppe der Patienten als sehr positiv wahrgenommen. Auch hier wurde angegeben, dass die Hilfeleistungen der Brückenfachkraft nicht zentral waren, sondern dass die Gespräche mit den Brückenfachkräften das Wichtigste für die Patienten bei der Intervention der Brückenpflege darstellten.

Patient 1: „[...] und ich habe schon alles erledigt gehabt, so hat sie nicht viel machen müssen mich, nur die Rede, dass wir uns unterhalten haben, das hat mir sehr viel geholfen.“ [...] der Chefarzt hat davor gesagt: 'Wenn sie nach Hause kommen, wird es nicht besser, dann kommen Sie sofort zurück'. Ja, aber mir ist besser geworden zu Hause, durch diese Gespräche mit der Schwester XXX (Name Brückenfachkraft), ich war sicherer beim Laufen, beim Haushalt, alles habe ich gemacht.“

Ein anderer Befragter sprach davon, dass die Gespräche mit der Brückenfachkraft als positiv erlebt wurden, weil er nicht viel Kontakt zur Außenwelt hatte. Grund dafür war unter anderem, dass seine Verwandten im Osten lebten.



Patient 4: „[...] und ich muss sagen, dass schon alleine das Gespräch mit dieser Frau, ich bin ja alleine, ich bin ja hier in den alten Bundesländern alleine, ich habe zwar Geschwister drüben im Osten. Aber die sind 650km weg, das hat mir im Prinzip auch sehr gutgetan, mit ihr zu sprechen, mit der Person.“

f) Sicherheit

Die insgesamt von den Patienten am meisten thematisierte Stärke der Brückenpflege war der Aspekt der Sicherheit. Die Befragten wussten hier, dass jemand da ist, den sie kontaktieren konnten, wenn sie ein Problem hatten nach der Entlassung, im häuslichen Umfeld. Gerade bei alleinstehenden Patienten spielte diese Sicherheit eine zentrale Rolle.

Patient 1: „Ja, da hat mir die Brücke Sicherheit gegeben in dem Moment. Ich habe gewusst, jemand kommt. Ich habe mich immer so gefreut, wo die Schwester gekommen ist.“

Patient 2: „Die Brückenpflege gab ihm Sicherheit, dass er nicht alleine ist und er sich an jemand wenden kann, wenn er nicht alleine zurechtkommt.“

Auch die Möglichkeit der späteren Erreichbarkeit schaffte eine besondere Sicherheit.

Patient 4: „[...] Man hat eine Stütze, man weiß genau, aha hier ist noch jemand da und gerade ich, falls ich wirklich noch einmal Probleme bekomme, ich hätte Sie auch zu jeder Zeit angerufen. [... Auslassung] Also Sie hat ja auch gesagt. Ich bin zu jeder Zeit erreichbar, wenn es möglich ist. Natürlich versucht man das in der Nacht nicht.“

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die positiven Auswirkungen auf die Psyche der Patienten überwogen. Besonders der emotionale Beistand und das Gefühl, nicht alleine zu sein sowie einen Ansprechpartner in der Situation der Entlassung zu haben, war den Befragten sehr wichtig neben den anderen Beratungsangeboten der Brückenfachkräfte. Diese Ergebnisse deckten sich auch mit den Aussagen der befragten Brückenfachkräfte.

4.2.2 Schwächen

a) Kein Bedarf wegen gesicherter Versorgungssituation

In vier Fällen wurde von den Patienten berichtet, dass die Versorgungssituation bereits im Großen und Ganzen vor dem ersten Besuch der Brückenpflegekraft gesichert war, weshalb der Besuch der Brückenpflege nicht unbedingt erforderlich gewesen wäre.

Patient 1: „[...] und ich habe schon alles erledigt gehabt, so hat sie nicht viel machen müssen für mich, nur die Rede, dass wir uns unterhalten haben, das hat mir sehr viel geholfen.“ [... Auslassung] „Sie hat sich um gar nichts kümmern müssen, weil, ich hatte ja vorher schon alles gehabt.“

Eine Befragte sprach von nachbarschaftlicher Unterstützung beim Einkaufen und Haushalt, die sie sich bereits organisiert hatte und gab an, in dieser Richtung keine Beratung von der Brückenfachkraft gebraucht zu haben.

Patientin 3: „Die beiden, die jetzt hier waren, die eine also auch Mitkollegin [...] Und dann jeder will etwas besorgen und ja so viel kann ich gar nicht essen wie ihr besorgt. Und ja was kann man noch helfen, da habe ich gesagt, können Sie auch putzen? Ich habe drei Maschinen gewaschen, aber nicht gebügelt, oder so. Ja, jeder würde mir waschen, da habe ich gesagt, ich habe die in der Wohnung, die Waschmaschine. Ja aber dann musst du dich bücken, ja du liebe Güte habe ich gesagt, das kann ich schon noch. Mit dem Trockner.“

Ein anderer Befragter gab an, dass er sich soweit selber helfen konnte, und deshalb keine Unterstützungsangebote benötigte.

Patient 4: [...] „wie gesagt, ich brauche das jetzt erst einmal nicht zu nutzen, ich habe das da. Wenn wirklich etwas ist, kann ich immer noch anrufen und wie gesagt, ich gehe selber einkaufen, ich tue auch gut, ich bin kein großer Koch, ich war nie einer. Aber ich kann mir mein Mittagessen alleine machen.“



Hier im Krankenhaus, ich soll ja auch noch abnehmen, das ist ja Fakt. Aber das Essen hier im Krankenhaus war super.“

Insgesamt zeigt sich hier, dass die befragten Patienten bereits gesicherte Versorgungssituationen zu Hause hatten und die Brückenpflege daher nicht unbedingt als notwendig empfunden wurde. Die Frage, wie genau die Brückenpflegepatienten ausgewählt wurden, könnte diesbezüglich von Interesse sein. Dennoch wurde im Endeffekt die psychische Unterstützung als positiv und unterstützend von den Befragten erlebt.

b) Wenig Zeit für den Patienten

Einer der fünf Interviewten beklagte die knappen Zeitressourcen der Brückenpflegekraft.

Patient 5: „Nein, da konnte er nichts machen, oder hat er nichts gemacht, der ist immer im Stress gewesen, er ist ja auch im OP tätig, er ist immer nur ganz kurz gekommen, eine viertel Stunde, oder halbe Stunde, das war da [...Auslassung]. Nein, Sie haben alles angesprochen, das war ja auch nicht so arg viel, was er gemacht hat, er war ein paar Mal da, ein paar Mal war er am Krankenbett bei mir, aber das ging da immer so hoppla hopp. [...] Nein, ich hätte mir gewünscht, dass die gerade bei den Brückenleuten jemand schicken, der nicht im Stress ist. Jemand der frei hat.“

Insgesamt hatte aber nur ein Patient berichtet, dass ein hoher Arbeitsumfang der Brückenfachkräfte zur Zeitproblematik führte. Die anderen Patienten berichteten, dass sich die Brückenfachkräfte ausreichend Zeit nahmen. Dies deckt sich mit den Interviews der Brückenfachkräfte, hier wurde eine durchschnittliche Hausbesuchsdauer von etwa zwei Stunden genannt.

c) Kontaktabbruch nach der Intervention

Der Kontaktabbruch durch die Brückenpflegekraft wurde von zwei Patienten als Schwäche empfunden. Ein abruptes Ende der Intervention wurde als belastend wahrgenommen und es bestand der Wunsch nach einer fortdauernden Erreichbarkeit der Brückenfachkraft.

Patientin 3: „Nein, aber das würde schon reichen, wenn Sie vielleicht mal einen Telefonanruf macht, Sie ist ja zeitlich auch gebunden. Also ich will jetzt nicht sagen, jetzt habe ich die gute Erfahrung mit der Brücke, jetzt kann das alles so weitergehen.“

Patient 5: „Also die längere Erreichbarkeit, das ist das Handicap, was ich noch finde.“

Insgesamt zeigte sich das Bedürfnis bei den Patienten nach der Brückenpflegezeit einen Übergang zu schaffen, der zunächst keinen kompletten Abbruch der Intervention bedeutete. In einigen Fällen, bei denen die Brückenfachkräfte ihre Privatnummer an die Patienten weitergegeben hatten, kam es auch vor, dass die Patienten sich nach der Beendigung der Intervention bei den Brückenfachkräften meldeten.

4.3 Befragung der Hausärzte

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung der Hausärzte vorgestellt. Befragt wurden insgesamt vier Hausärzte, drei in ländlicher Region in der Nähe der Stadt Biberach, ein Arzt im direkten Stadtgebiet Biberach.

4.3.1 Profil der Brückenpflege

a) Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Häuslichkeit

Bei der Frage danach, welche Leistungen die Brückenpflege ausübte, gab es vielfältige Antworten. Fast alle der befragten Hausärzte waren sich einig, dass die Aufgabe der Brückenpflege war, die Hausärzte über die Entlassung ihrer Patienten zu informieren. Die Brückenpflege wurde also quasi als Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Häuslichkeit beschrieben.



Hausarzt 2: „Also, ich sage mal, was ich so mitgekriegt habe und wie das angedacht ist, ist es quasi eine Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Hausarzt, oder auch meinen Helferinnen, gerade wenn jetzt ein Patient entlassen wird, gerade solche Dinge.“

b) Wundversorgung

Neben dieser Schnittstelle wurde als Aufgabe auch die notwendige Weiterführung der Wundversorgung bei Patienten genannt, die beispielsweise im Krankenhaus operiert wurden. Dazu gehörten laut Aussage der Befragten notwendige Verbandwechsel, aber auch die Begutachtung der Wunden. Primär wichtig wurde aber auch von einem Hausarzt die Bereitstellung der notwendigen Medikation gesehen.

Hausarzt 4: „Ja, also generell, also ich denke, wenn die Patienten da Unterstützung brauchen, schon. Aber primär sehe ich die Aufgabe bei der Medikation, bei Wundverbänden, dass natürlich Patienten auch andere Bedürfnisse haben, die man nicht selber erledigen kann, wenn dann nicht auch noch eine Pflegestation vor Ort ist, dann ist das schön, wenn die Brückenpflege auch diesbezüglich Hilfe leisten kann.“

c) Anleitung von Angehörigen bei Behandlungspflege

Ein anderer befragter Hausarzt sprach davon, dass die Brückenpflege teilweise die Anleitung für Behandlungspflege bei Angehörigen übernahm. Grundsätzlich wäre die Tätigkeit der Brückenpflege hier für den Übergang bis zum Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes gedacht.

Hausarzt 3: „Habe ich zum Beispiel einen schlecht heilenden Fuß, beispielsweise mit einem komplizierten Geschwür. Da gibt es zum Beispiel die Schwierigkeit, oder wenn man zeigen muss, wie muss man das mit dem Absaugen machen zum Beispiel, dass die Angehörigen das auch mal gesehen haben.“

d) Organisation von Hilfsmitteln

Ein weiteres Feld, indem die Leistungen der Brückenfachkräfte von den Ärzten gesehen wurden, war die Organisation von Hilfsmitteln, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für die Patienten zur Verfügung stehen sollten, beispielsweise Pflegebetten oder Wechseldruckmatratzen.

e) Weitere Aufgaben

Andere Tätigkeiten der Brückenpflege, die genannt wurden, waren die Organisation der Medikamente in der Apotheke und die Überprüfung der häuslichen Situation der Patienten, aber auch die Organisation der Weiterversorgung des entlassenen Patienten, beispielsweise durch ambulante Pflege, sowie die Weiterbetreuung anhand der Durchführung verschiedener therapeutischer Maßnahmen mit entsprechender Rückmeldung an den zuständigen Hausarzt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die befragten Hausärzte die Hauptaufgaben der Brückenpflege bei der Weiterversorgung von chirurgischen, internistischen Patienten sahen, die im Krankenhaus operiert wurden. Hier ging es um Wundversorgung und Medikamentenmanagement, was Richten oder auch Besorgen der Medikamente beinhaltete. Auch die Anleitung von Angehörigen bei der Wundversorgung, oder die Bestellung von Hilfsmitteln sahen die Befragten als wichtige Aufgabe der Brückenpflege. Die Brückenpflege wurde somit als Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Häuslichkeit beschrieben, womit auch klar die Informationsvermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus als wichtige Aufgabe gesehen wurde.



4.3.2 Stärken der Brückenpflege

Als Stärken für den Hausarzt wurden genannt, dass sie sich Hausbesuche ersparten, die sie nicht am gleichen Tag, an dem der Patient entlassen wurde, durchführen mussten.

Hausarzt 4: „Es wird uns der Druck genommen, sofort am selben Tag, oder am Tag danach den Patienten sehen zu müssen, wenn wir wissen, dass eine erfahrene Kraft den Patienten begleitet“.

Ein weiterer Aspekt, von dem die Hausärzte profitierten, war, dass durch den Einsatz der Brückenpflege die Vertretungen für andere Patienten, die mit enormem Aufwand verbunden waren und die kurz vor dem Wochenende geleistet werden mussten, entfielen.

Hausarzt 1: „Wenn das eben vermieden werden kann, dass da dieser Stress, der dann da entsteht, weil ich plötzlich einen wildfremden Patienten habe, den ich noch nie kennengelernt habe, den ich noch nie vorher behandelt habe. Der hat plötzlich eine Latte von zwanzig neuen Medikamenten verordnen muss, weil er die zu Hause alle nicht hat, einen Medikamentenplan erstellen muss und regeln muss, dass am nächsten Tag die Sozialstation zum Verbandswechsel kommt, wenn das eben vermieden werden könnte, dass sich das nicht auf Freitagnachmittag konzentriert.“

Letztendlich profitierten die Hausärzte ebenfalls von dem verbesserten Kommunikationsfluss ins Krankenhaus, der durch die Brückenpflege optimiert wurde.

Hausarzt 3: „Zweitens ist es auch gut, der Niedergelassene hat über die Brückenpflege auch einen ganz guten Kontakt an das Krankenhaus. Und man kann die Sache besprechen, das Miteinander ist wichtig. Und tatsächlich dann keine Probleme“.

a) Stärken für die Stationsärzte

Laut Aussage der Befragten profitierten die Stationsärzte von der Brückenpflege insofern, dass diese nach Entlassung der Patienten weiteren Kontakt mit den Patienten haben konnten.

Hausarzt 3: „Die Brückenpflege hat halt den Vorteil noch außerhalb des Hauses, dass sie eine Rückkoppelung machen kann ins Krankenhaus. Weil ein Chirurg beispielsweise, der die Patienten zu schnell wegschickt, also, da hätte ich immer das Gefühl 'Mensch Meier, was macht der eigentlich, wie geht es dem'. Aber so stelle ich mir vor, bekommt man eine Rückkoppelung.“

b) Stärken für den Sozialdienst

Ein Befragter beschrieb die Brückenpflege als notwendige Ergänzung zum Sozialdienst, die einen Blick in die Häuslichkeit des Patienten hatte, um beurteilen zu können, was der Patient brauchte.

Hausarzt 2: „Ja, das müsste dann erst mal bekannt gemacht werden. Die Patienten sind ja auch oft überfordert. Also sagen wir mal so, sie haben von mir aus einen Patienten, der war vorher gesund, hat jetzt einen schweren Schlaganfall und ist hilfsbedürftig, der weiß doch selber gar nicht welche Hilfsmittel er braucht, oder welchen Anspruch er hätte und da ist eine absolute Lücke. Da gibt es im Krankenhaus einen Sozialdienst, der vielleicht noch eine Reha einleitet, wenn sie Glück haben. Haben Sie in der Reha eine Sozialarbeiterin, oder einen Arzt, der sich so ein bisschen um die Hilfsmittel kümmert und dann wird der Patient wieder nach Hause entlassen und dann sehen Sie erst mal, der bräuchte eine Halterung fürs Geländer, einen Treppenlift, einen Nachtstuhl, was weiß ich alles...“

4.3.3 Schwächen der Brückenpflege

Bei der Frage nach den Schwächen wurde genannt, dass die Arbeit der Brückenfachkräfte nicht durch die Krankenkassen finanziert wurde und somit nicht in das allgemeine Angebot übergehen konnte.

Neben dem notwendigen Ausbau des Angebotes der Brückenpflege, wurde von einem Befragten angegeben, dass die Übergabe einer Brückenfachkraft seiner Meinung nach nicht vollständig war, hier hätten ihm Informationen über den Patienten gefehlt.



Als weitere Schwäche wurde von den befragten Ärzten die Bekanntheit der Brückenpflege genannt. Hier waren sich alle vier Befragten einig, dass die Brückenpflege nicht ausreichend bekannt war und deshalb zu wenige Patienten erreicht wurden. Einige hatten beim Aufbau der Brückenpflege davon gehört, aber seitdem keine aktuellen Informationen mehr bekommen. Ein anderer hatte, wie oben beschrieben, bisher noch keinen Kontakt zur Brückenpflege gehabt.

Hausarzt 3: „Und hat dann diese Idee geboren, möchte ich mal sagen und drum hat man dann überlegt und gesagt na gut dann heißt es die Brücke zwischen Krankenhaus und zu Hause. An sich eine gute Idee, aber ich sehe eigentlich jetzt, wie wenig die letzten zwei Jahre fällt mir eigentlich gar nicht ein, dass da noch Aktivitäten gewesen wären.“

Als Schwächen der Brückenpflege wurden also die Bekanntheit des Angebotes und der dadurch schlechte Ausbau des Angebotes aufgeführt. Außerdem wurde das bisherige Finanzierungsmodell kritisiert.

4.4 Befragung der Ambulanten Dienste

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung der ambulanten Dienste vorgestellt. Befragt wurden insgesamt zwei Inhaber privater ambulanter Dienste in ländlicher Region in der Nähe der Stadt Biberach. Kontaktiert wurden alle ambulanten Dienste in der Region Biberach, den meisten war die Brückenpflege nicht bekannt, weshalb sie nicht befragt wurden. Einige lehnten ein Interview ab.

4.4.1 Profil der Brückenpflege

Als Aufgabenprofil der Brückenpflege wurde genannt, dass diese Hilfsmittel für die jeweiligen Brückenpatienten organisierten, Hausbesuche bei den Patienten durchführten, um eine Brücke zum nächsten Versorgungsangebot, wie beispielsweise der ambulanten Pflege, zu schlagen.

Inhaber PD 2: „Also, sich natürlich um die Überleitung zum Pflegedienst oder zu Heimen oder sonstigen Mitversorgern eine Brücke zu schlagen, aber auch die Kunden nachher zu Hause zu betreuen, in Form von Hausbesuchen. [...] Die heißen dann auch Brückenschwestern, die bauen dann auch tatsächlich die Brücke zwischen Krankenhaus und den einzelnen Diensten. Pflege sollte natürlich auch immer vernetzt sein, untereinander und das ist dann natürlich auch ein wichtiges Bindeglied.“

4.4.2 Stärken der Brückenpflege

Bei der Frage nach den Stärken der Brückenpflege wurden die Brückenfachkräfte als solche genannt, denn mit den Brückenfachkräften, die zum Zeitpunkt der Befragung zuständig waren, waren die Befragten sehr zufrieden. Als weitere Stärke wurde die Verbesserung der Qualität der Entlassung aus dem Krankenhaus durch die Brückenpflege genannt.

a) Vertrauensgewinn im Krankenhaus

Besonders hervorgehoben wurde hier das Vertrauen zu den Brückenfachkräften, welches die Patienten bereits im Krankenhaus gewinnen konnten. Ein Befragter meinte, dass beim Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes zunächst ein Fremder in das Haus der Patienten käme, den sie nicht kannten, die Brückenfachkraft lernten sie aber bereits im Krankenhaus kennen und sahen es somit als weniger problematisch an, diese in ihr Haus zu lassen.

Inhaber PD 2: „Das finde ich auch, ein wichtiger Punkt, das Vertrauen auch, dass der Patient auch erstmal hat, wenn die dann mit rausgehen, ist ja etwas anderes, wie wenn jetzt einen Tag später der Pflegedienst kommt, und es kommt wieder jemand anderes. So kann man das dann in ihre Hand übergeben, und dass sie dann auch sagen, das kann nicht auf Dauer geleistet werden, die machen das dann ein oder zwei Mal, je nach Hausbesuch und gucken, dass das dann, wenn es erforderlich ist, in weitere Hände geht.“



b) Sicherstellung der Medikamente / Direkter Kontakt ins Krankenhaus

Als Stärken der Brückenpflege wurden von den Befragten besondere Vorteile für ambulante Pflegedienste benannt. Als besonders positiv wurde die Sicherstellung der Medikamente für die Patienten übers Wochenende angegeben. Wie bereits von den befragten Hausärzten beschrieben, wurden diese bei Entlassungen kurz vor dem Wochenende von den Krankenhäusern meist nicht vollständig mitgegeben. In diesem Fall konnte die Brückenpflege helfen, dies wurde auch von den ambulanten Pflegediensten als sehr positiv empfunden, denn auch diese waren meist in der Mitverantwortung, um die medikamentöse Versorgung sicherzustellen.

Inhaber PD 2: „Ja, zum Beispiel diese ganze Geschichte mit Medikamente übers Wochenende mitgeben, also wenn ich dann der Brücke gesagt habe, sehen Sie zu, dass da Medikamente übers Wochenende mitgegeben werden, dann hat das geklappt, also das klappt nicht unbedingt, wenn der ambulante Pflegedienst das sagt. Das habe ich jetzt auch schon oftmals von anderen Pflegediensten gehört. Ich bin da sehr energisch, was das angeht, ich könnte mir vorstellen, die Patienten wieder ins Krankenhaus zu schicken, wenn die Medikamente nicht mitgegeben wurden. Ich nehme auch nicht gerne freitags Neukunden auf, weil die Hausärzte, die die Medikamente weiterverordnen müssen, dann freitags nicht mehr da sind. Die sind dann auch schon im Wochenende und die Leute stehen dann ohne Medikamente da, und wenn das nicht funktioniert, äh ja, nehme ich erst recht keinen Kunden auf. Von daher kann die Brücke dann auch vor Ort darauf Einfluss nehmen, dass dort Medikamente mitgegeben werden. Oder auch andere Dinge. Medikamente waren jetzt ein banales Beispiel, oder auch Verbandstoffe, Infusionen, oder was man halt braucht.“

Der mögliche, direkte Kontakt ins Krankenhaus zu den Ärzten auf Station wurde auch von dem anderen Befragten als positiv beschrieben. Er meinte, dass es ihm wichtig wäre, mit Ärzten im Austausch zu sein, dies konnte er aber nicht immer realisieren, weshalb ihm hier die Brückenfachkräfte eine wichtige Hilfe waren.

c) Sicherstellung der häuslichen Situation

Als Vorteil für die ambulanten Pflegedienste wurde auch die Vorarbeit genannt, die durch die Brückenpflege geleistet wurde, bevor die ambulante Pflege zum Einsatz kam. Beispiele, die hier genannt wurden, waren die Organisation von Hilfsmitteln oder die Sicherstellung der häuslichen Situation, beispielsweise bei Verwahrlosung.

Inhaber PD 1: „Also, als Beispiel als solches im Vorfeld ist der Patient verwahrlost gewesen und dadurch hat die Brückenpflege, die im Einsatz war, diese Verwahrlosung zu Hause beseitigt und danach bin ich dann dazu gestoßen, so als Beispiel. Das war so ein Extremfall [...]“

d) Informationsaustausch bezüglich der Patienten

Des Weiteren erlebten die Befragten die Bereitstellung und den Austausch von Informationen über den Patienten als sehr positiv, beispielsweise bei Übernahme durch den ambulanten Pflegedienst. Ohne die Brückenpflege würden relevante Informationen fehlen, die sie z.B. nicht aus dem Pflegeüberleitungsbogen des Krankenhauses entnehmen konnten. Der Austausch war hier im Allgemeinen sehr positiv, auch wenn ein Patient des ambulanten Pflegedienstes ins Krankenhaus kam, wurden Informationen ausgetauscht, wovon auch die Brückenpflege profitierte.

Inhaber PD 2: „Ähm, ja, die Überleitung allein, die Informationen, die man bekommt von der Brücke, die sind wertvoll für einen ambulanten Pflegedienst. Umgekehrt natürlich auch. Ich habe heute zum Beispiel noch mit der XXX (Name Brückenfachkraft) ein Gespräch geführt, wegen einer Kundin, die gestern ins Krankenhaus gekommen ist, die hat sich auch darüber gefreut, dass ich ihr Informationen gegeben habe. Also Kommunikation ist in dem Bereich alles. Ja, also jedes Wort kann man sagen, jede Diagnose und jedes ähm, jede Information zu Familienstrukturen sind da wichtig, im ambulanten Dienst, aber auch für die Brücke, wenn die Patienten ins Krankenhaus kommen. Sage ich mal so, weil oftmals



die Kunden auch keine Antwort geben, oder auch die Zeit oftmals nicht da ist, eine Information dann auch weiterzugeben.“

e) Verschiebung der Entlassung

Auch eine wichtige Stärke der Brückenpflege war, dass Entlassungen verschoben werden konnten, wie in einem Fall, bei dem ein Patient an Heiligabend entlassen werden sollte, die Entlassung vorgezogen werden konnte.

Inhaber PD 2: „Oh, da kann ich ein ganz gutes Beispiel erzählen und zwar ging es um eine Entlassung kurz vor Heiligabend, da sollte, da hatten die Ärzte eigentlich die Entlassung am 24. abends geplant zu veranlassen. Es war eigentlich schon klar, dann habe ich mich da auch nicht gegen gewehrt, dann habe ich mit der Frau XXX (Name Brückenfachkraft) von der Brücke gesprochen und die konnte dann die Ärzte davon überzeugen, dass es doch besser wäre, den Patienten am 23sten zwölften zu entlassen. Ja, weil die Pflege zu Hause ja dann auch noch organisiert werden muss, Ärzte denken dann auch in dem Augenblick vielleicht auch nicht daran, was auf die Angehörigen, oder auch auf die ambulanten Pflegedienste zu kommt, wenn jemand Heiligabend, am Abend entlassen wird. Also, das ist jetzt noch ein recht aktuelles Beispiel, was mir in Erinnerung geblieben ist, und dann hat sie es ja auch geschafft die Ärzte davon zu überzeugen, den Kunden am 23sten zu entlassen, nachdem die Pflegehilfsmittel alle da waren. Also, das ist mir dann auch, bzw. den Patienten dann auch, bzw. den Angehörigen auch ganz wichtig, dass die Pflegehilfsmittel alle da sind, die notwendig sind, der Kunde ist im Prinzip in einem anderen Zustand in die Klinik gekommen, mit einer anderen Versorgung, wie nach der Entlassung. Er war dann tatsächlich bettlägerig und vor dem Krankenhausaufenthalt sind wir nur zwei Mal am Tag hingekommen und haben Insulin gespritzt, also das war eine komplett andere Situation und das ist dann natürlich auch ein Wust an Organisation und Planung, gerade auch vor den Feiertagen. Da war uns der eine Tag auch schon wichtig, zumal die Mitarbeiter auch noch was vom Heiligabend haben wollten.“

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Brückenpflege vielfältige Stärken auch für die ambulanten Pflegedienste hatte. Ein Punkt, der beschrieben wurde, war die Sicherstellung der Medikamente bei einer Entlassung vor dem Wochenende und die Vorarbeit, welche von der Brückenpflege im Rahmen der Entlassung der Patienten geleistet wurde, wie Organisation von Hilfsmittel und Sicherstellung der häuslichen Situation. Außerdem als positiv erlebt wurde der Informationsaustausch über den Patienten bei Aufnahme des Pflegedienstes und auch bei Einweisung ins Krankenhaus. Generell war durch die Brückenpflege ein Kontakt ins Krankenhaus gewährleistet, welcher vorher nicht gegeben war.

4.4.3 Schwächen der Brückenpflege

Als Schwächen der Brückenpflege wurde angegeben, dass die zuständigen Brückenfachkräfte den Befragten nicht ausreichend bekannt waren. Hier merkte ein Befragter an, dass es sinnvoll fände, wenn es regelmäßige Treffen mit den Verantwortlichen gäbe.

Interviewer: „Okay [...] gibt es denn Defizite oder Verbesserungsvorschläge, die Sie hätten in Bezug auf die Brückenpflege?“

Inhaber PD 2: „Dass man sich einmal im Jahr trifft und sich austauscht, um vielleicht ein paar Sachen zu verbessern und das man auch mal Gesichter präsent hat, also so ein jährliches Treffen.“

Die fehlende Öffentlichkeitsarbeit wurde hier ebenfalls in diesem Zusammenhang als Schwäche angemerkt.

4.4.4 Brückenpflege als Konkurrenz oder Doppelstruktur

4.4.4.1 Sozialdienst als Doppelstruktur

Bei der Frage, ob die Brückenpflege eine Doppelstruktur darstellte, deren Arbeit durch bereits vorhandene Strukturen kompensiert werden konnte, gaben die Befragten an, dass die



Brückenpflege eine Doppelstruktur im Krankenhaus selber darstelle, weil Tätigkeiten des Sozialdienstes durch die Brückenpflege übernommen würden.

Inhaber PD 2: „Also, es gibt ja zurzeit durch die Brücke, wenn ich das so sagen kann, doch auch Doppelstrukturen innerhalb der Sana Klinik, weil die haben ja einen Sozialdienst, der ja vorher im Prinzip das Entlassungsmanagement in Händen hielt, ich weiß jetzt nicht, wie da die die Verteilung funktioniert. Aber ansonsten hängt es natürlich von den Personen ab, das steht und fällt mit demjenigen, der es macht, und die Ansichten, die derjenige vertritt und wie fair er ist, gegenüber den Diensten.“

4.4.4.2 Konkurrenzsituation zwischen ambulanter Pflege und Brückenpflege

Die Frage danach, ob die Brückenpflege und die ambulante Pflege eine Konkurrenzsituation darstellen, wurde verneint, da die von der Brückenpflege geleisteten Tätigkeiten, wie Bereitstellung der Medikamente, nur für einen kurzen Zeitraum durchgeführt wurden und dann von der ambulanten Pflege übernommen wurden. Es konnten jedoch teilweise Überschneidungen bei den Tätigkeiten der Brückenpflege und der ambulanten Pflege festgestellt werden, die jedoch toleriert wurden. Außerdem sprachen die Befragten von einem sehr hohen Arbeitsaufkommen durch sehr viele Patienten, und dass sie froh waren, eine solche Unterstützung zu haben.

Inhaber PD 2: „Also das muss man differenziert betrachten, wenn diese medizinischen Leistungen, die erbracht werden über die Brückenpflege, nur kurzfristig sind, dann spricht da eigentlich nichts gegen, weil der Kontakt zwischen Patient und Brückenpflege war natürlich schon da und dann wünschen wahrscheinlich dann auch die Patienten, dass die Brückenpflege weiterhin kommt. Ja, ähm und wenn dann der Pfleger hinreichend bekannt ist, dann umso mehr, aber die Brücke wird es dann natürlich nicht auf Dauer leisten können. Von dem her wird dann doch irgendwann mal der Pflegedienst hinzugeholt, also sagen wir mal, wenn es um das Richten der Medikamente geht, das kann die Brücke dann einmal machen, aber die werden dann nicht 53 Wochen am Stück die Boxen bestücken. Das können die gar nicht leisten, also wird dann doch früher oder später ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen.“



5 Ergebnisse (Quantitative Erhebung)

5.1 Beschreibung der Stichproben

An der Studie beteiligten sich N=83 Personen, die im Evaluationszeitraum das Angebot der Brückenpflege in Anspruch genommen haben. Dies entspricht ca. der Hälfte der in diesem Zeitraum betreuten Patienten. Von 17 dieser Fälle liegt ausschließlich eine Fremdbeurteilung durch die betreuende Brückenfachkraft vor, aber kein Patientenfragebogen und somit auch keine Daten zu den untersuchten Outcomes der Studie. Die Stichprobengröße in der Kontrollgruppe liegt bei N=53 Personen.

Für die im Folgenden dargestellten Ergebnisse werden daher drei Gruppen unterschieden. Für auf die Outcomes bezogene Gruppenvergleiche wird in die Interventionsgruppe (N=66) und die Kontrollgruppe (N=53) unterschieden. Für die Beschreibung der Charakteristika der Brückenpflege- Klientel sowie zur Charakterisierung der Intervention werden zusätzlich Ergebnisse auf Basis von N=83 Fällen (Interventionsgruppe plus reine Fremdbeurteilungen) dargestellt.

5.1.1 Alter und Geschlecht

Das Alter der Brückenpflege- Fälle lag im Mittel bei $79,6 \pm 9,1$ Jahren, bei den N=66 Fällen der Interventionsgruppe lag das Alter bei $79,6 \pm 8,4$ Jahren. Die Patienten der Kontrollgruppe sind im Mittel etwas älter und hinsichtlich der Altersverteilung auch homogener ($82,4 \pm 6,0$ Jahre). Die Verteilung der Altersangaben sowie die Mediane zeigen die Boxplots in Abbildung 1. Der Altersunterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ist signifikant ($p=0,028$, t- Test für unabhängige Stichproben).

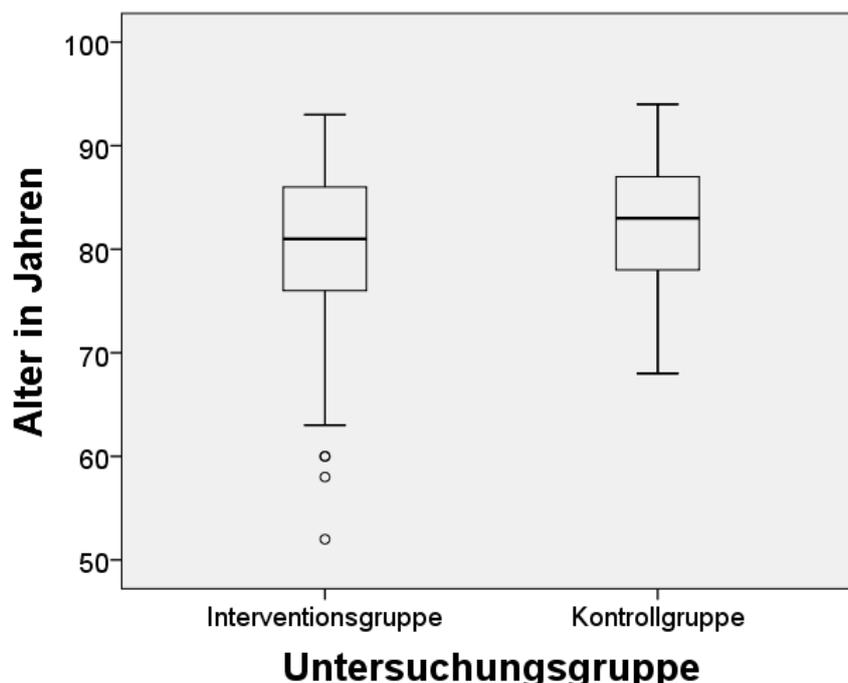


Abbildung 1: Boxplots der Altersverteilungen nach Untersuchungsgruppe

Knapp zwei Drittel der Brückenpflege- Klientel ist weiblichen Geschlechts (63,8%), der Anteil ist in der Kontrollgruppe fast identisch (63,5%). in der Interventionsgruppe (ohne reine Fremd-beurteilungen) ist der Anteil weiblicher Patienten allerdings etwas niedriger (60,9%), der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ist aber nicht signifikant ($p=0,848$, exakter Test nach Fisher). Die Altersverteilung in den Untersuchungsgruppen illustriert Abbildung 2.

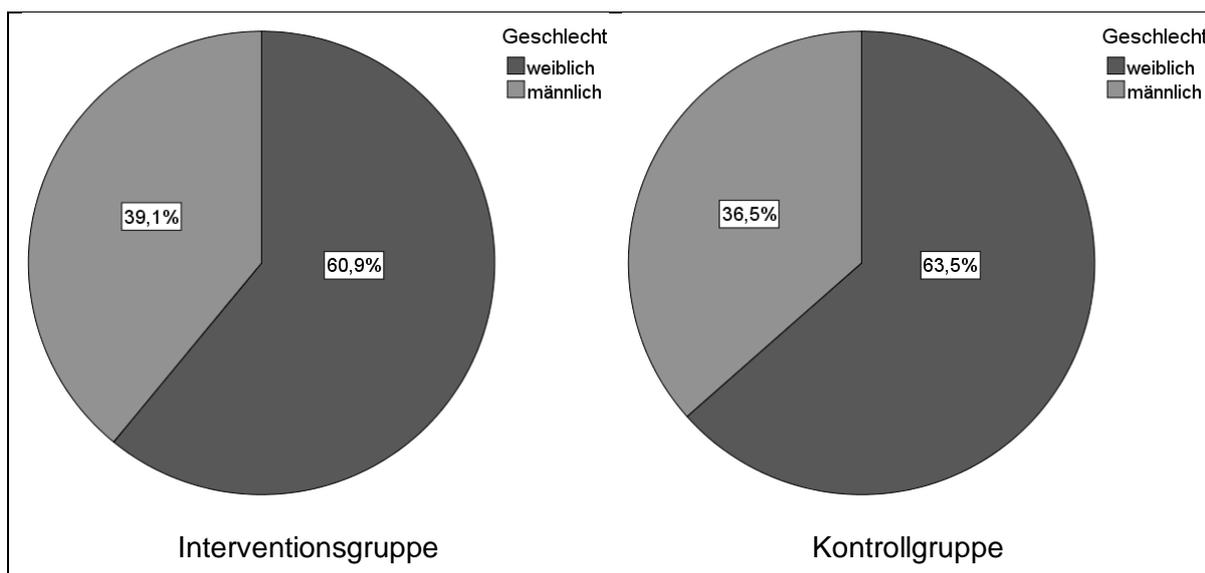


Abbildung 2: Geschlechterverteilung nach Untersuchungsgruppe

5.1.2 Diagnosen und Medikamente

Unter den Hauptdiagnosen am Entlassungstag sind unter den Brückenpflege- Fällen (Interventionsgruppe plus reine Fremdbeurteilungen) Krankheiten des Kreislaufsystems (28,9% der Fälle) und Verletzungen/ Vergiftungen (21,7%) mit deutlichem Anstand am häufigsten vertreten. Jeder zweite Fall weist eine Hauptdiagnose aus diesen beiden Gruppen auf (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Anteil der ICD-10- Diagnosegruppen an den Haupt- Entlassungsdiagnosen (Interventionsgruppe plus reine Fremdbeurteilungen)

Diagnosegruppe ICD-10	Anteil in %	
Neubildungen	C	4,8
Krankheiten des Nervensystems	G	8,4
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H	1,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	I	28,9



Krankheiten des Atmungssystems	J	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems	K	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L	1,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M	4,8
Krankheiten des Urogenitalsystems	N	3,6
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R	9,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S, T	21,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Z	2,4

Um einen Gruppenvergleich zu ermöglichen, wurden die Hauptdiagnosen in fünf Kategorien zusammengefasst: die vier häufigsten Diagnosegruppen und eine Kategorie „andere“. Die Verteilung in Kontroll- und Interventionsgruppe zeigt. Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($p=0,747$, χ^2 - Unabhängigkeitstest).

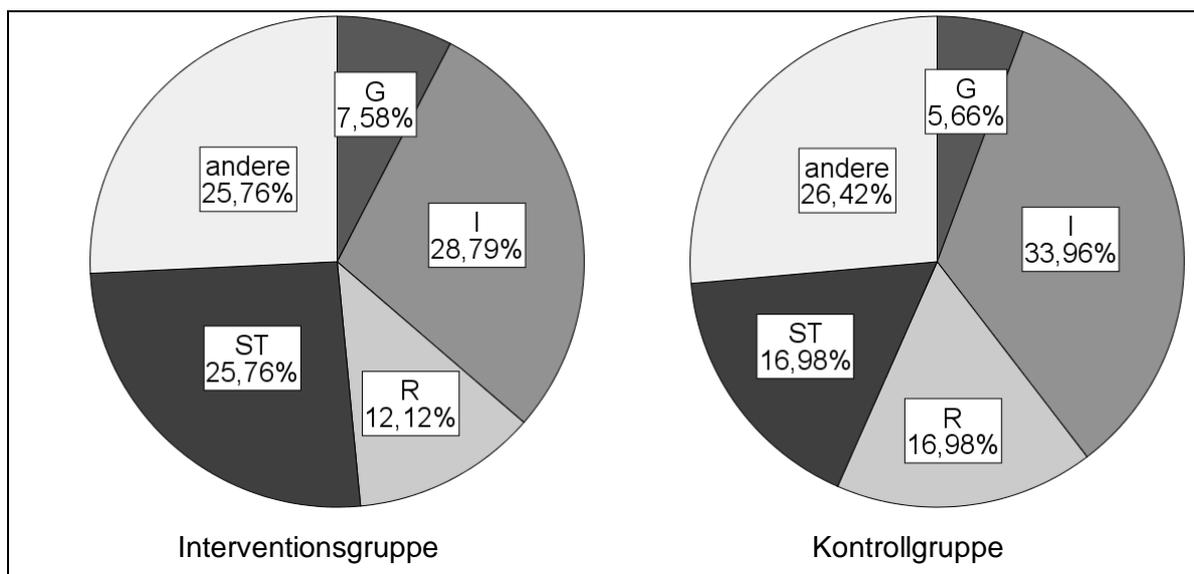


Abbildung 3: Verteilung der häufigsten ICD-10 Diagnosegruppen (Hauptdiagnosen, Entlassungstag) in Interventions- und Kontrollgruppe

Auch in der Gesamtzahl der medizinischen Diagnosen unterscheiden sich die Fälle der Interventionsgruppe (im Mittel $9,54 \div 3,95$ dokumentierte Diagnosen) nicht signifikant ($p=0,386$, t-Test für unabhängige Stichproben) von der Kontrollgruppe ($7,81 \div 2,75$ dokumentierte Diagnosen).



Die Interventionsgruppe nimmt durchschnittlich $9,35 \pm 3,44$ verordnete Medikamente ein, in der Kontrollgruppe liegt das arithmetische Mittel bei $8,83 \pm 2,96$ Medikamenten. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,0443$, t- Test für unabhängige Stichproben).

5.1.3 Weitere Fallcharakteristika

Die deskriptiven Kennwerte sowie die p- Werte der Gruppenunterschiede sind in Tabelle 4 (für metrisch skalierte Merkmale) und in Tabelle 20 (dichotome Merkmale) zusammengestellt. Lediglich zwei Personen der Interventionsgruppe (3,0%) weisen keines der genannten Charakteristika auf.

Die Patienten der Interventions- (18,71 Tage) und der Kontrollgruppe (18,46 Tage) weisen eine fast identische durchschnittliche Verweildauer für ihren Krankenhausaufenthalt auf. Aufgrund der größeren Streuung in der Kontrollgruppe besteht aber ein signifikanter Unterschied in der Verweildauer ($p=0,028$, t- Test für unabhängige Stichproben). Die durchschnittliche Schmerzintensität an t_0 liegt auf einer von 0-10 Punkte reichenden numerischen Ratingskala bei $3,00 \pm 2,87$. Hinsichtlich dieser drei Charakteristika bestehen keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe.

Der Median des motorischen FIM- Summenscores liegt sowohl in der Interventionsgruppe bei 74 Punkten und in der Kontrollgruppe bei 75 Punkten. Im Mittel sind die Fälle beider Untersuchungsgruppen also in eher geringem Maße motorisch eingeschränkt. Allerdings ist der Anteil der Patienten mit stärkerer motorischer Beeinträchtigung unter den Brückenpflege- Fällen höher, so dass sich die Untersuchungsgruppen im arithmetischen Mittel unterscheiden. Die Interventionsgruppe ist in dieser Hinsicht auch deutlich inhomogener (SD 17,35 gegenüber 8,79 in der Kontrollgruppe), wie auch aus dem Boxplot in Abbildung 4 deutlich wird. Dadurch unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander ($p=0,030$, t- Test für unabhängige Stichproben).

Ähnlich verhält es sich hinsichtlich des kognitiven FIM- Summenscores, bei dem beide Untersuchungsgruppen einen Median von 32 Punkten aufweisen, im Mittel also nur geringfügig kognitiv beeinträchtigt sind. Die Interventionsgruppe weist aber einen höheren Anteil von Fällen mit stärkerer kognitiver Beeinträchtigung auf und ist inhomogener (siehe Abbildung 4). Auch dieser Gruppenunterschied ist signifikant ($p=0,005$, t- Test für unabhängige Stichproben).

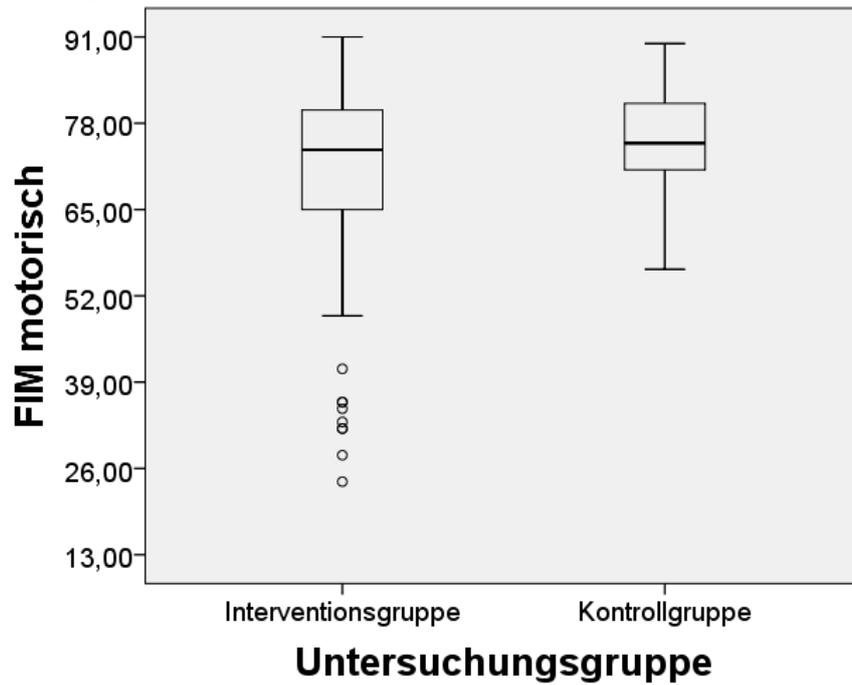


Abbildung 4: Boxplot der Verteilung des motorischen FIM-Summscores nach Untersuchungsgruppen

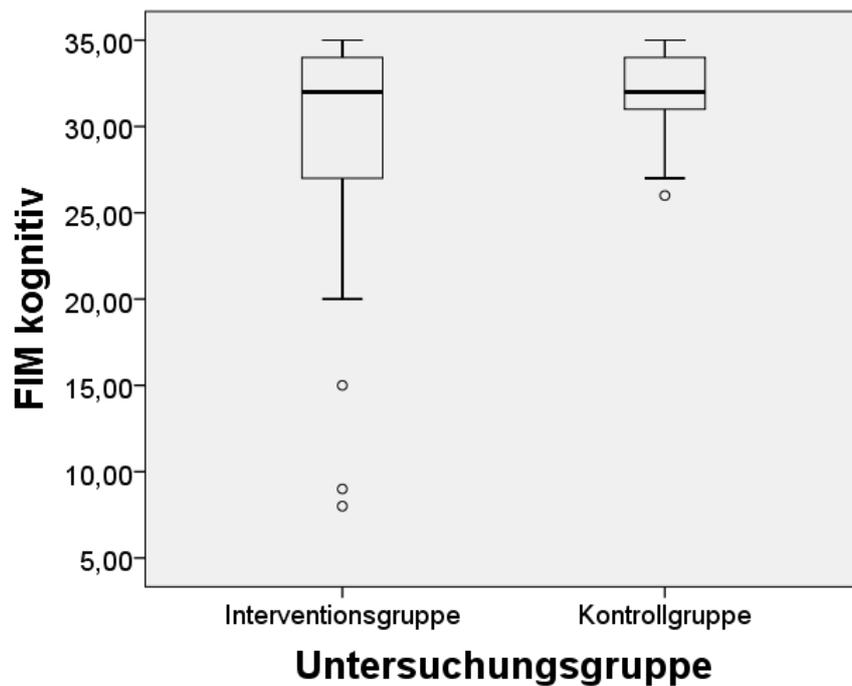


Abbildung 5: Boxplot der Verteilung des kognitiven FIM-Summscores nach Untersuchungsgruppen



Hinsichtlich instrumenteller Lebensaktivitäten ist die Interventionsgruppe mit durchschnittlich 2,78 von 8 Punkten signifikant unselbstständiger ($p=0,001$, t- Test für unabhängige Stichproben) als die Kontrollgruppe, die im Mittel 5,27 Punkte erreicht.

Tabelle 4: Charakteristika der Patient/-innen nach Untersuchungsgruppen (metrische Variablen)

	Gruppe	min	max	arithm. Mittel	SD	Median	Sig.
Dauer Krankenhaus-Aufenthalt in Tagen	KG	2	34	18,46	9,18	19	0,028
	IG	3	38	18,71	8,41	20	
FIM motorisch (13-91)	KG	56	90	74,91	8,79	75	0,030
	IG	24	91	64,42	17,35	74	
FIM kognitiv (5-35)	KG	26	35	32,12	2,21	32	0,005
	IG	8	35	29,80	5,91	32	
iADL (0-8)	KG	2	8	5,27	1,87	5	<0,001
	IG	0	7	2,78	1,84	3	
Schmerzintensität (0-9)	KG	0	8	2,43	2,76	0	0,280
	IG	0	9	3,00	2,87	3	

auf 0,05 Niveau signifikante Gruppenunterschiede (t- Test für unabhängige Stichproben) sind fett markiert

Kennzeichnend für die Klientel der Brückenpflege ist das Vorhandensein einer Gangunsicherheit, die 90,2% der Fälle in der Interventionsgruppe aufweisen. 69,7% sind zudem in den sechs Monaten vor Beginn der Brückenpflege gestürzt, 79,7% haben eine Sehschwäche. Jeweils mehr als die Hälfte der Fälle leidet unter mindestens geringen Schmerzen (60,0%) und unter Schwindel (54,2%).

Dekubitalulcera (6,3%) und Stuhlinkontinenz (10,9%) zeigen sich nur bei einem geringen Teil der Fälle.

Ein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe besteht lediglich hinsichtlich des Auftretens von Schwindel ($p=0,049$, exakter Test nach Fisher).

Die Untersuchungsgruppen sind durch Multimorbidität gekennzeichnet. 71,2% der Fälle in der Interventionsgruppe bzw. 81,1% der Fälle in der Kontrollgruppe weisen fünf oder mehr der in Tabelle 20 aufgeführten Charakteristika auf. Lediglich zwei Personen der Interventionsgruppe (3,0%) weisen keines der genannten Charakteristika auf.



Tabelle 5: Charakteristika der Patient/-innen nach Untersuchungsgruppen (dichotome Variablen)

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

auf 0,05 Niveau signifikante Gruppenunterschiede (exakter Test nach Fisher) sind **fett** markiert

5.2 Charakteristika der Intervention

Bei allen Fällen der Interventionsgruppe wurden mindestens zwei Hausbesuche durchgeführt, der Median liegt ebenfalls bei zwei Besuchen. Das arithmetische Mittel liegt mit $2,77 \pm 1,07$ Besuchen etwas höher, um im Maximum wurden sechs Hausbesuche geleistet.

Die Einsatzzeit lag im Mittel $4,97 \pm 2,18$ Stunden pro Fall bei einer Spannweite zwischen 2,5 und 12 Stunden.

Der Zeitraum der Intervention, zwischen erstem Hausbesuch und Abschluss der Brückenpflege, betrug durchschnittlich $10,12 \pm 4,75$ Tage, der Median lag bei acht Tagen. Der kürzeste Zeitraum lag bei zwei Tagen, der längste bei 27 Tagen. Die deskriptiven Kennwerte sind in Tabelle 21 zusammengestellt.



Tabelle 6: Umfang der Intervention

	min	max	arithm. Mittel	SD	Median
Anzahl der Hausbesuche	2	6	2,77	1,07	2
Zeitraum Brückenpflege (in Tagen)	2	27	10,12	4,75	8
Gesamtdauer Hausbesuche (Einsatzzeit in Stunden)	2,5	12	4,97	2,18	4

Einen Schwerpunkt der Intervention stellten Beratungen dar, die zu den Themenbereichen Medikamenteneinnahme (97,0% der Fälle), gesundheitsgerechtem Verhalten (95,5%), Ernährung (95,2%), Hilfsmittelgebrauch (93,8%) und Selbstpflege (93,7%) bei fast allen Patienten geleistet wurden. Beratung zur Wundversorgung wurde mit 30,6% seltener, aber bei fast jedem dritten Fall geleistet.

Unterstützung bei der Beantragung bzw. Höherstufung einer SGB XI- Pflegestufe (respektive eines Pflegegrades) gehörte bei fast jedem dritten Fall (31,3%) zum Spektrum der Intervention, bei einem ähnlich hohen Anteil der Patienten fand eine Unterstützung bei der Organisation eines ambulanten Pflegedienstes statt (30,3%). Bei annähernd jedem zweiten Fall unterstützten die Brückenpflegekräfte bei der (Re-) Organisation der hauswirtschaftlichen Versorgung und bei 60,3% der Fälle bei der Organisation sonstiger Hilfen wie Nachbarschaftshilfe, Einkaufshilfen oder sozialer Betreuung.

Tabelle 7: Erbrachte Leistungen in der Interventionsgruppe

	zutreffend in %
Antrag auf Neueinstufung SGB XI	31,3%
Organisation...	
eines ambulanten Pflegedienstes	30,3%
der hauswirtschaftlichen Versorgung	48,4%
sonstiger Hilfen (Einkaufen, soziale Betreuung etc.)	60,3%
Beratung zu...	
Selbstpflege	93,7%
Hilfsmittelgebrauch	93,8%
gesundheitsgerechtes Verhalten	95,5%
Ernährung	95,2%
Wundversorgung	30,6%
Medikamenteneinnahme	97,0%

5.3 Outcomes

5.3.1 Transitionsqualität

Der durchschnittliche CTM-15 Score betrug am Entlassungstag (Baseline) in der Kontrollgruppe bei 60,99 von 100 möglichen Punkten. Zum Messzeitpunkt t_1 sank der Score geringfügig ab auf 57,78 Punkte (siehe auch Abbildung 6). Die Interventionsgruppe wies am Entlassungstag mit 57,36 Punkten einen etwas niedrigeren CTM-15 Score auf als die Kontrollgruppe (siehe Abbildung 6). Der Baseline- Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen war in der ANCOVA nicht signifikant ($p=0,109$). Nach Abschluss der Brückenpflege (t_1) stieg der CTM-15 Score in der Interventionsgruppe auf 89,12 an. Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich an t_1 , kontrolliert um die Baseline- Unterschiede, in der ANCOVA signifikant ($p<0,001$).

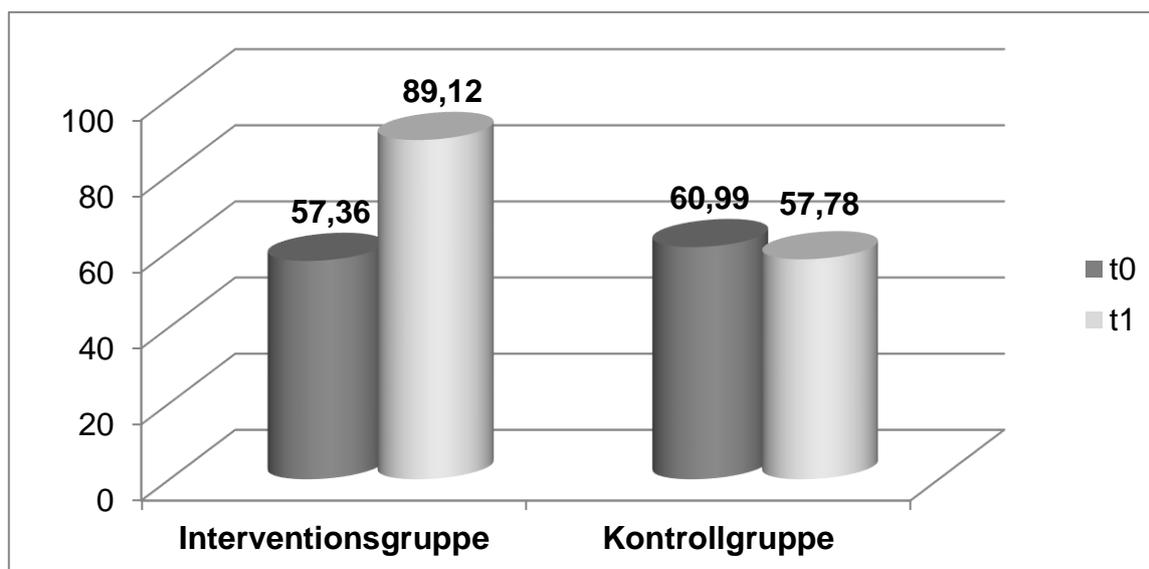


Abbildung 6: Scores des CTM-15 an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)

Ein detaillierterer Blick auf die fünfzehn Einzelitems des CTM-15 (siehe Tabelle 8) verdeutlicht dass die Patient/-innen beider Untersuchungsgruppen durchschnittlich am Entlassungstag den Aussagen der meisten Items „eher zustimmen“. Eine geringere Zustimmung fanden in beiden Gruppen die Aussagen zur Kenntnis der Nebenwirkungen der verordneten Medikamente sowie zum Vorliegen einer leicht verständlichen Liste anstehender Arzttermine und Untersuchungen. Während sich in der Kontrollgruppe der Median der Zustimmung für keines der Items an t_1 verbesserte, stieg er in der Interventionsgruppe für 14 der 15 Items auf „stimme voll zu“ an. Die einzige Ausnahme bildet das Item „*Ich habe eine schriftliche Planung für meine weitere Versorgung erhalten*“.



Tabelle 8: Vergleich der Mediane der Einzelitems des CTM-15 nach Untersuchungsgruppe und Messzeitpunkt

	IG		KG	
	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁
Mit mir wurden klare Ziele zu meiner Gesundheit vereinbart und es wurde besprochen, wie diese nach der Entlassung erreicht werden können.	3	4	3	3
Mein Bedarf an ärztlicher und pflegerischer Versorgung für die Zeit nach der Entlassung wurde geklärt. Dabei wurden meine Vorstellungen und die meiner Familie berücksichtigt.	3	4	3	3
Mit mir wurde geklärt, welche Maßnahmen ärztlicher und pflegerischer Versorgung ich nach der Entlassung erhalten soll. Dabei wurden meine Vorstellungen und die meiner Familie berücksichtigt.	3	4	3	3
Ich habe alle erforderlichen Informationen, um für mich selbst und meine Gesundheit zu sorgen	3	4	3	2
Ich weiß, wie ich mich um meine Gesundheit kümmern muss.	3	4	3	3
Ich weiß, auf welche Warnsignale und Symptome ich achten muss.	3	4	3	3
Ich habe eine schriftliche Planung für meine weitere Versorgung erhalten.	3	3	2	3
Ich weiß über meinen Gesundheitszustand Bescheid und was ihn verbessern oder verschlechtern könnte,	3	4	3	3
Ich weiß gut darüber Bescheid, für welche Dinge ich, bezogen auf meine Gesundheit, selbst verantwortlich bin.	3	4	3	3
Ich weiß darüber Bescheid, was ich, bezogen auf meine Gesundheit, tun muss.	3	4	3	3
Ich bin zuversichtlich, dass ich die Dinge, die, bezogen auf meine Gesundheit, erforderlich sind, auch umsetzen kann	3	4	3	3
Ich habe eine lesbare und leicht verständliche Liste für Arzttermine oder Untersuchungen, die in der nächsten Zeit durchgeführt werden sollen.	2	4	2	2
Ich weiß für jedes meiner Medikamente, zu welchem Zweck ich es einnehme.	2,5	4	3	3
Ich weiß für jedes meiner Medikamente, wie ich sie einnehmen soll, insbesondere wie viel davon und wann.	3	4	3	3
Ich weiß für jedes meiner Medikamente, welche Nebenwirkungen auftreten können.	2	4	2	2

1: stimme gar nicht zu; 2: stimme eher nicht zu; 3: stimme eher zu; 4: stimme voll zu

5.3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Auf der visuellen Analogskala des EQ5D, auf der die Befragten ihre tagesaktuelle Gesundheit zwischen der schlechtesten (0 Punkte) und der besten, die sie sich vorstellen können (100 Punkte) frei angeben, gaben die Patient/-innen der Kontrollgruppe am Entlassungstag im arithmetischen Mittel 52,17 Punkte an. Der Wert, der im Mittel an t_1 angegeben wurde, war mit 54,92 Punkten nahezu unverändert. Die Patient/-innen der Interventionsgruppe gaben am Entlassungstag im Mittel mit 35,73 Punkten einen deutlich niedrigeren Wert an als jene der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 7). Dieser Baseline- Unterschied ist in der ANCOVA signifikant ($p < 0,0001$). Nach Abschluss der Brückenpflege stieg der Mittelwert in der Interventionsgruppe auf 51,05 Punkte, also in etwa auf das Niveau der Kontrollgruppe (siehe auch Abbildung 7). Der Unterschied der Scores an t_1 , ist in der ANCOVA, bei der auf die Baseline- Unterschiede kontrolliert wird, signifikant ($p = 0,002$).

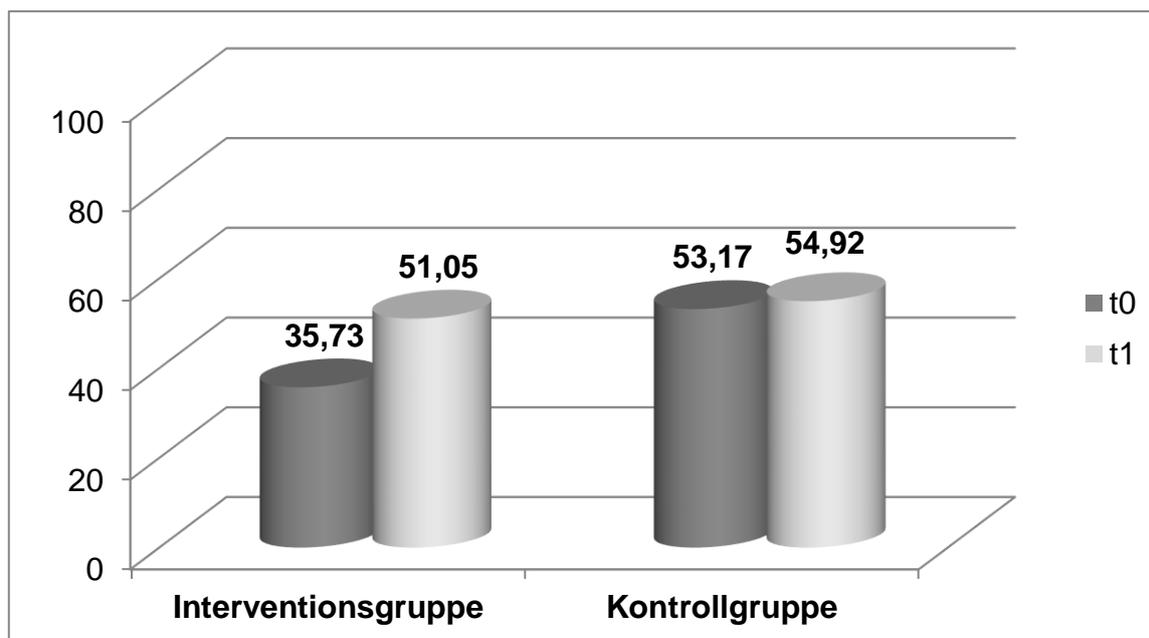


Abbildung 7: Scores des EQ5D-VAS an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)

5.3.3 Habituelles Wohlbefinden

Auf der Subskala Stimmungsniveau der Habituellen Wohlbefindensskala (Wertebereich: 1-6) errichten beide Untersuchungsgruppe mittelhohe Wertausprägungen. In der Interventionsgruppe stieg der durchschnittliche Score von 3,36 an t_0 auf 3,84 an t_1 an (siehe auch Abbildung 8). Die Kontrollgruppe zeigte an t_0 ein höheres Stimmungsniveau als die Interventionsgruppe (3,65 Punkte), veränderte sich zu t_1 aber fast nicht (3,61 Punkte). Der Baseline- Unterschied an t_0 ist in der ANCOVA signifikant ($p = 0,004$). Der Unterschied der Scores an t_1 , ist in der ANCOVA, bei der auf die Baseline- Unterschiede kontrolliert wird, ebenfalls signifikant ($p < 0,0001$).

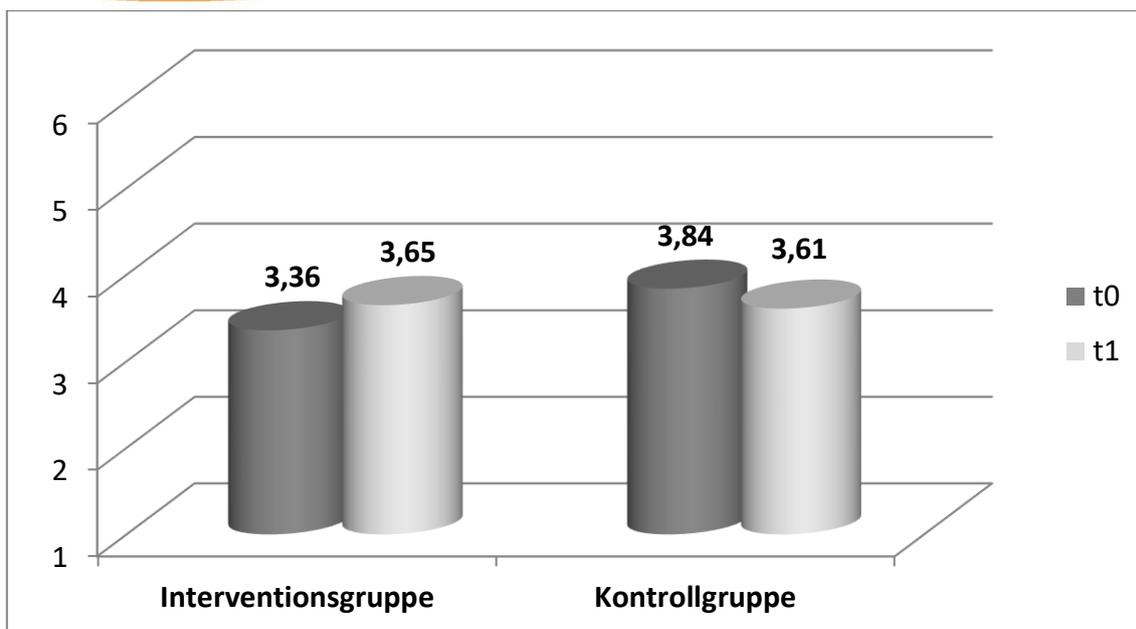


Abbildung 8: Scores der Skala Stimmungsniveau der HSWBS an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)

Auch auf der Subskala Allgemeine Lebenszufriedenheit der Habituellen Wohlbefindensskala (Wertebereich ebenfalls 1-6) erreichten beide Untersuchungsgruppen mittelhohe Werte. Auch auf dieser Skala verbesserte sich der Mittelwert der Kontrollgruppe von t_0 zu t_1 von 3,86 auf 4,18 Punkte (siehe auch Abbildung 9). Der Mittelwert der Kontrollgruppe hingegen verschlechterte sich von t_0 zu t_1 von 4,31 auf 4,14 Punkte. Der Baseline- Unterschied an t_0 ist in der ANCOVA signifikant ($p=0,002$). Der Unterschied der Scores an t_1 , ist in der ANCOVA, bei der auf die Baseline- Unterschiede kontrolliert wird, ebenfalls signifikant ($p<0,0001$).

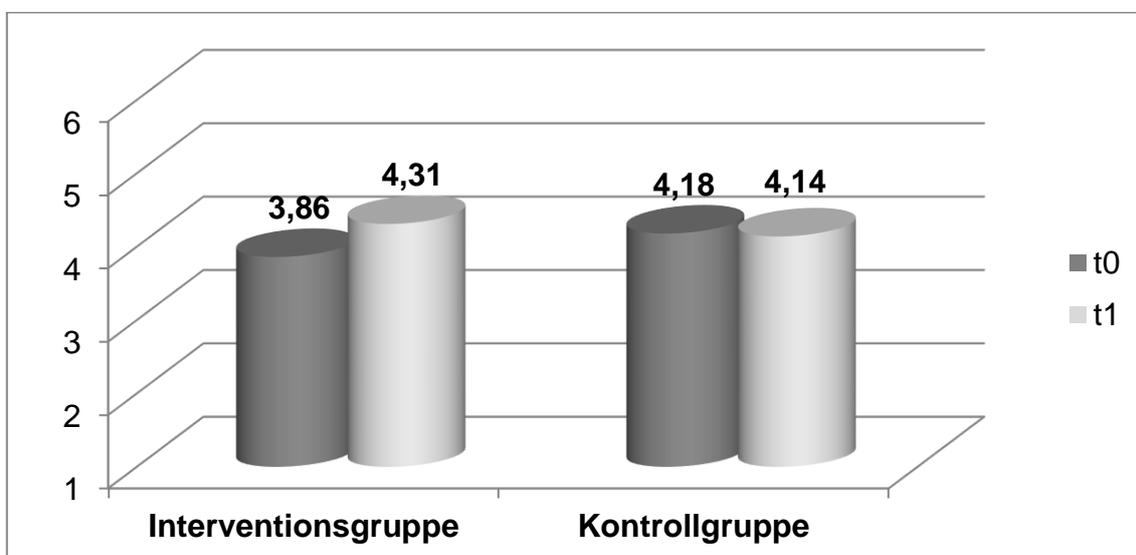


Abbildung 9: Scores der Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit der HSWBS an den beiden Messzeitpunkten (Interventions- und Kontrollgruppe)



5.3.4 Wiedereinweisungen und Notfälle

In der Interventionsgruppe wurden fünf Patienten (7,7%) während des Brückenpflege- Zeitraums für mindestens eine Nacht erneut stationär in einem Akutkrankenhaus aufgenommen. In der Kontrollgruppe traf dies auf 3 Fälle (5,7%) zu. In der Notaufnahme waren in diesem Zeitraum 8 Fälle der Interventionsgruppe (12,5%) gegenüber 3 Fällen (5,7%) der Kontrollgruppe. Die Anzahl der Patienten der Interventionsgruppe mit mindestens einem Notfall- Arztkontakt lag ebenfalls bei 8 (12,7%), in der Kontrollgruppe traf dies nur auf einen Fall zu (1,9%).

Da davon auszugehen ist, dass sich die Angaben zu diesen drei Items zumindest in einigen Fällen auf das jeweils gleiche Ereignis beziehen, wurde zusätzlich untersucht, bei welchen Patienten mindestens eines der drei Ereignisse auftrat. In der Interventionsgruppe war dies bei 11 Patienten (17,5%) der Fall, in der Kontrollgruppe bei drei Patienten (5,7%). Der Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ist nicht signifikant ($p= 0,084$, exakter Test nach Fisher).

5.3.5 Zufriedenheit mit der Brückenpflege

Die Patienten der Interventionsgruppe äußerten bezogen auf die acht Items zur Zufriedenheit mit der Brückenpflege eine sehr hohe Zustimmung. Jeweils über 90% der Befragten stimmten den positiv formulierten Items „voll zu“ bzw. dem negativ formulierten Item „gar nicht zu“. Bezogen auf fünf der acht Items äußerten sämtliche antwortende Patient/-innen eine tendenzielle Zufriedenheit. Einzelne tendenziell unzufriedene Befragte finden sich, bezogen auf den erfolgreichen Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zur Brückenpflegekraft (eine Person „stimme gar nicht zu“), die Unterstützung beim Verstehen der eigenen Krankheiten (eine Person „stimme eher nicht zu“) und bezogen auf die Unterstützung beim Verstehen der Medikation (zwei Personen „stimme eher nicht zu“).

In Tabelle 9 sind detaillierte Angaben zu den Zufriedenheits- Items zusammengestellt.

Tabelle 9: Angaben der Interventionsgruppe zur Zufriedenheit mit der Brückenpflege

	N	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Ich wurde von meiner Brückenpflegekraft immer respektvoll behandelt	66	0,0%	0,0%	1,5%	98,5%
Ich habe meine Brückenpflegekraft als fachlich kompetent wahrgenommen.	66	0,0%	0,0%	1,5%	98,5%
Manchmal fühlte ich mich im Kontakt mit meiner Brückenpflegekraft unwohl.	65	90,8%	9,2%	0,0%	0,0%
Ich konnte zu meiner Brückenpflegekraft ein Vertrauensverhältnis aufbauen.	64	1,6%	0,0%	1,6%	96,9%
Meine Brückenpflegekraft hat mir geholfen, meine Krankheiten besser zu verstehen	61	0,0%	1,6%	8,2%	90,2%
Meine Brückenpflegekraft hat mir sehr dabei geholfen, meine Medikation zu verstehen.	62	0,0%	3,2%	4,8%	91,9%



Meine Brückenpflegekraft hat mir sehr dabei geholfen, mein Leben zuhause zu organisieren.	63	0,0%	0,0%	9,5%	90,5%
Auf meine Fragen hat mir meine Brückenpflegekraft immer verständliche Antworten gegeben.	66	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Die Mediane sind **fett** markiert.



6 Diskussion (Qualitative Ergebnisse)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Befragung diskutiert. Zunächst erfolgt eine Gegenüberstellung der Sichtweisen der Befragten, da sich bei den befragten Berufsgruppen unterschiedliche Einstellungen zeigten. Anschließend werden die Befragungsergebnisse mit der vorhandenen Literatur diskutiert und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede dargestellt.

6.1 Gegenüberstellung der verschiedenen Sichtweisen der Befragten

Bei der Befragung der verschiedenen Akteure, die am Entlassungsprozess beteiligt waren, fiel auf, dass verschiedene Aussagen nicht mit einander übereinstimmten und dass es hier Widersprüchlichkeiten gab. Diesbezüglich werden im nächsten Abschnitt widersprüchliche Aussagen der Befragten in bestimmten Themenbereichen diskutiert.

6.1.1 Profil der Brückenpflege

Die Befragten Brückenfachkräfte nannten als ihre Leistungen in den meisten Fällen Beratung, Anleitung oder Organisation von möglichen Hilfen vor Ort. z.B. Wohnumfeldberatung, Beratung beim Umgang mit Erkrankungen oder Medikamenteneinnahmen. Außerdem war es wichtig im Rahmen von Gesprächsführung den Patienten Sicherheit zu geben. Die Aussagen der Brückenfachkräfte über ihr Leistungsspektrum stimmten mit denen der Patienten, der Angehörigen und des Sozialdienstes überein. Bei den Hausärzten und den kommunal Verantwortlichen war auffällig, dass diese die Brückenpflege einem anderen Tätigkeitsbereich zuordneten. Einige Hausärzte waren der Meinung, dass die Brückenpflege im Rahmen von Behandlungspflege zur Wundversorgung nach Operation zuständig wäre. Ein Befragter meinte, dass die Brückenpflegekräfte für die Sicherstellung der medizinischen Behandlung bei akuter Entlassung verantwortlich wären. Die Hausärzte und die kommunal Verantwortlichen wiesen darauf hin, dass das Leistungsspektrum der Brückenpflege nicht ausreichend bekannt war und unterschiedlich wahrgenommen wurde.

6.1.2 Abgrenzung zu anderen Tätigkeiten im Rahmen des Entlassungsmanagements

Bei der Überschneidung des Tätigkeitsbereiches der Brückenpflege und des Sozialdienstes gab es einige widersprüchliche Aussagen. Ein Teil der Befragten des Sozialdienstes war der Meinung, dass sie bei Patienten, die ein Entlassungsmanagement benötigten, immer informiert wurden. Sie leiteten die Patienten dann an die Brückenpflege weiter. Andere waren der Auffassung, dass die Verantwortlichkeiten variierten. Außerdem sah ein Teil der Befragten Überschneidungen im Tätigkeitsbereich der Brückenpflege und berichteten z.B. von doppelten Beratungen. Andere gaben an, dass die Beratung im häuslichen Umfeld wenig mit der Beratung im Krankenhaus, die durch den Sozialdienst umgesetzt wurde, zu tun hatte. Auch befragte Hausärzte und Inhaber von ambulanten Diensten waren der Meinung, dass die Brückenpflege Aufgaben des Sozialdienstes übernahm.

6.1.3 Stärken der Brückenpflege

- a) Gute Kommunikation zwischen den Berufsgruppen

Als Stärken wurden von einigen Brückenfachkräften, aber auch von Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes, die gute Kommunikation und der Austausch untereinander angegeben. Andere bezeichneten den Austausch aber auch als Schwäche, weil sie der Meinung waren, dass dieser zu optimieren wäre und sie wenig Kontakt mit den Brückenfachkräften hätten.



b) Doppelstrukturen und/oder Konkurrenzsituation zu bereits vorhandenen Strukturen

Bei der Frage nach möglichen Doppelstrukturen, die durch die Brückenpflege geschaffen wurden, waren die Aussagen ebenfalls widersprüchlich. Ein Teil der Befragten, besonders die Hausärzte, waren der Meinung, dass keine Struktur vorhanden war, die sie nutzen konnten, um Patienten nach Entlassung adäquat zu versorgen. Deshalb könnte die Brücke keinesfalls eine Doppelstruktur darstellen. Andere Befragte äusserten, dass durch Tätigkeiten der Brückenpflege, die im Bereich Behandlungspflege oder Wohnraumberatung lagen, Doppelstrukturen geschaffen wurden. Auch die Konkurrenzsituation zu ambulanten Diensten wurde von einigen Befragten beschrieben. Von einigen wurde die Brückenpflege als Ergänzung erlebt, da die ambulanten Dienste überlastet wären oder zusätzliche Patienten gewinnen konnten.

6.2 Analyse Befragungsergebnisse vor dem Hintergrund des Forschungsstandes

6.2.1 Stärken für Patienten und Angehörige

a) Kompensation von Unsicherheit und Informationslosigkeit in der Situation des Übergangs vom Krankenhaus in die Häuslichkeit

Unsicherheit von Patienten beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung stellt ein Hauptproblem bei Entlassung dar (Grundböck, et al., 2005; Spiller et al., 2005; Wingenfeld, 2010;). Die Brückenfachkräfte beschrieben ebenfalls, dass eine hohe Unsicherheit bei den begleiteten Patienten und Angehörigen vorhanden war, welche sie diesen im Rahmen der Intervention nehmen konnten. Wichtig war in diesem Zusammenhang die Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen.

Unsicherheit von Angehörigen bei der Entlassung wurden auf mangelnde Informationen bei der Überleitung in die Häuslichkeit zurückgeführt (Williams et al. 2006, Dossa et al., 2012; Foust et al., 2015). Die befragten Brückenfachkräfte berichteten, dass sie Sicherheit für begleitete Angehörige schaffen konnten, indem sie diesen ein Feedback über ihre durchgeführten Tätigkeiten gaben und ihnen entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. Diesbezüglich berichteten sie über eine Verbesserung der psychischen Situation der Angehörigen, die sie durch Aufklärung über das Krankheitsbild der Patienten und die Information über mögliche Hilfsangebote erreichen konnten. Unsicherheit von Patienten wurde von den Brückenfachkräften meist durch ausführliche Gespräche mit diesen reduziert. In diesem Zusammenhang war es für Patienten und auch Angehörige wichtig, dass sie einen kontinuierlichen Ansprechpartner hatten. Alle befragten Berufsgruppen sahen das Gewährleisten von Sicherheit für Patienten und die Bearbeitung von Ängsten und Sorgen als Stärken der Brückenpflege.

Wingenfeld beschrieb die Zeit nach der Krankenhausentlassung als instabile Zeit, in der den Patienten erst die Bedrohlichkeit ihrer Krankheit bewusst wurde (Wingenfeld, 2010). Ähnliche Erfahrungen berichteten die befragten Patienten, sie erlebten die Zeit nach Entlassung als instabil und einem Teil der Befragten wurde seine Hilfsbedürftigkeit erst in der Häuslichkeit bewusst. In diesem Fall nahmen die Befragten die Brückenfachkräfte als wichtige Stütze war, die sie auf ihre Hilfsbedürftigkeit aufmerksam machte und Kompensationsmöglichkeiten aufzeigte. Die psychisch belastende Situation der Patienten wurde durch die Anwesenheit der Brückenfachkraft stabilisiert, sie wurde als Hilfe erlebt und die Patienten berichteten von emotionalem Beistand und Bewältigung von Ängsten in Form von Gesprächen.

b) Patientenperspektive im Fokus

Bräutigam et al. und Janzen stellten fest, dass die Patientenperspektive im Rahmen der Pflegeüberleitung eine untergeordnete Rolle spielte, somit fand selten eine Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen statt (Bräutigam et al., 2005; Janzen 2014). Durch die besondere



Form der Begleitung der Brückenpflege stand die häusliche Situation der Patienten im Mittelpunkt. Somit wurde ein zentraler Fokus auf die Lebenswelt der Patienten gelegt.

- c) Rollenwechsel, Informationsbedürfnisse und psychosoziale Betreuung von pflegenden Angehörigen

Shyu, Plank und Giosa und Kollegen kamen in ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass der Rollenwechsel von pflegenden Angehörigen für viele eine problematische Situation darstellte. Die Informationsbedürfnisse unterschieden sich in der Zeit nach der Krankenhausentlassung stark und fokussierten in der ersten Zeit nach Entlassung auf krankheitsbezogene Informationen, danach auf den Umgang mit den Angehörigen. Erst zu einem späteren Zeitpunkt wurde Stressbewältigung wichtig (Shyu, 2000; Plank et al., 2012 und Giosa et al., 2014). Die Brückenfachkräfte konnten die notwendigen krankheitsbezogenen Informationen zur Verfügung stellen, leisteten außerdem psychosoziale Unterstützung und waren in Notsituationen ständig erreichbar. Die Sicherstellung der weiteren Versorgung, beispielsweise die zukünftige Wohnsituation, hatten die befragten Angehörigen in den meisten Fällen bereits selbst organisiert.

6.2.2 Schwächen

- a) Bekanntheit und Profil der Brückenpflege

Alle befragten Berufsgruppen nannten die fehlende Bekanntheit der Brückenpflege als Schwäche. Diese führte dazu, dass nur wenige Brückenpatienten erreicht wurden, oder aber externe Stakeholder kannten das Profil der Brückenpflege nicht und verwechselten deren Tätigkeiten mit anderen Angeboten.

- b) Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation

In der Forschungsliteratur wurde über ein konzeptloses Entlassungsmanagement berichtet, welches wenig standardisiert ablief. Als Hauptprobleme wurde hier eine fehlende Festschreibung der Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen im Entlassungsmanagement gesehen. Jede Berufsgruppe handelte nach ihren eigenen Vorstellungen. Darüberhinaus liegen Hinweise auf eine schlechte oder mangelnde interdisziplinäre Kommunikation vor (Davis et al., Janzen 2014; Schönlau et al., 2005; Spiller et al., 2005; 2012 ;). Bei der Befragung des Sozialdienstes wurde deutlich, dass die Verteilung der Zuständigkeiten im Entlassungsmanagement auch hier nicht eindeutig geregelt war. Die Frage der Vermittlung der potentiellen Brückenpatienten wurde unterschiedlich gelöst. Ein Teil der befragten Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes sah die Verantwortlichkeit bei den Pflegekräften auf Station, andere meinten, dass sie selber immer zuerst informiert wurden und dann an die Brückenpflege vermittelten. Außerdem vermischten sich die Tätigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen miteinander. Der Sozialdienst führte Beratung vor Ort durch, die Brückenfachkräfte berieten über ähnliche Themen im häuslichen Umfeld. Weiterhin agierten noch Fallmanager im Krankenhaus, die ebenfalls zuständig für das Entlassungsmanagement waren. Die befragten Experten waren sich außerdem uneinig darüber, ob die Brückenpflege als Teil des Entlassungsmanagements gesehen werden konnte oder nicht.

Hier wurde deutlich, dass eine klare Konzeption über das Vorgehen im Fall eines notwendigen Entlassungsmanagements fehlte. Teilweise wurde auch von Kommunikationslücken zwischen Brückenfachkräften und Sozialdienst gesprochen, in anderen Fällen wurde die Kommunikation aber als sehr positiv beschrieben.

Über eine schlechte interdisziplinäre Kommunikation im Rahmen des Überleitungsprozesses von Patienten in die Häuslichkeit berichteten auch die Hausärzte und die ambulanten Pflegedienste. Sie erlebten die Kommunikation mit den Verantwortlichen im Krankenhaus als



schwierig. Allerdings waren sie der Meinung, dass die Brückenpflege eine Lösung für dieses Problem darstellte, indem ein besonderer Kontakt ins Krankenhaus ermöglicht wurde.

6.2.3 Doppelstrukturen und Überschneidung von Tätigkeitsfeldern

Bei einigen Befragten der verschiedenen Berufsgruppen wurde von möglichen Doppelstrukturen oder einer geschaffenen Konkurrenzsituation durch die Brückenpflege gesprochen. Hier wurde spezifisch auf die Arbeit des Sozialdienstes und die der ambulanten Pflegedienste Bezug genommen. Ursache für die unklare Konkurrenzsituation in der ambulanten Pflege waren abweichende Leistungen der Brückenfachkräfte je nach Bedarfslage und Fachgebiet. Beispielsweise wurde Wundversorgung durchgeführt, weil dies situativ erforderlich war, aber Behandlungspflege war eigentlich nicht Inhalt der Leistungen der Brückenpflege. Eine fehlende Bekanntheit des Angebotes der Brückenpflege führte wahrscheinlich zur Verwechslung mit anderen Angeboten, wie der Übergangspflege für onkologische Patienten, welche medizinische und behandlungspflegerische Leistungen beinhaltet. Viele der befragten Berufsgruppen beobachteten keinerlei Doppelstruktur bei dem Angebot oder Konkurrenzsituation bei dem Angebot der Brückenpflege. Auch dies machte deutlich, dass das Profil der Brückenpflege von den verschiedenen Befragten unterschiedlich interpretiert wurde.



7 Diskussion (Quantitative Ergebnisse)

7.1 Zusammenfassung und Einordnung der quantitativen Befunde

Zunächst lässt sich feststellen, dass der Anspruch, die Intervention auf eine geriatrische Klientel zu implementieren, erreicht wird. Empfänger der Brückenpflege sind bis auf wenige Ausnahmen älter als 65 Jahre und multimorbide. Funktional und kognitiv ist die Klientel im Durchschnitt eher moderat eingeschränkt, wobei sich allerdings eine große Streuung zeigt. Deutliche Einschränkungen wiesen die Empfänger der Brückenpflege allerdings in instrumentellen Alltagsaktivitäten auf. Folgerichtig liegt bei der Unterstützung beim Aufbau eines Netzwerks von Hilfs- und Unterstützungsangeboten der Schwerpunkt auf hauswirtschaftlichen Hilfen und sonstigen, informellen, Unterstützungsangeboten als auf der Etablierung professioneller ambulanter Pflege oder der Beantragung einer Einstufung der Pflegebedürftigkeit (wenngleich auch letzteres auf fast jeden dritten Fall zutrifft).

Die Patienten, die Brückenpflege in Anspruch genommen haben, sind mit dem Angebot hochzufrieden. Den Brückenfachkräften gelingt es, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und sich den Patienten gegenüber verständlich auszudrücken. Die Patienten geben an, beim Verständnis ihrer Krankheiten, ihrer Medikation sowie in der Gestaltung ihres Alltags und ihrer Versorgungssituation große Unterstützung erhalten zu haben.

Die mittels des CTM-15 gemessene Transitionsqualität verbessert sich stark, um über 40 Punkte. Eine Verbesserung in dieser Größenordnung findet sich in keiner anderen Studie, die dieses Instrument einsetzt. Allerdings weisen in anderen Studien die Patienten typischerweise auch höhere Baseline-Scores auf, die Transitionsqualität an t_0 ist im Vergleich unterdurchschnittlich und weist auf Verbesserungspotenziale im Entlassungsmanagement hin. In dieser Hinsicht ist zudem bemerkenswert, dass sich der CTM-15-Score in der Kontrollgruppe nach der Krankenhausentlassung nicht verbessert. Die kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass Defizite im Entlassungsmanagement, etwa mangelnde Kenntnisse über das eigene Krankheitsbild und über die verordnete Medikation, verbesserungswürdige Selbstmanagementkompetenz oder die Planung der nachstationären Versorgung, nicht durch andere Akteure wie Hausärzte oder ambulante Pflegedienste kompensiert werden. Die Brückenpflege-Intervention ist offenbar imstande, genau dies zu leisten. Offen bleibt allerdings die Frage, in wie weit ähnliche Effekte auch durch Interventionen während des Krankenhausaufenthalts bzw. im Rahmen des Entlassungsmanagements zu erreichen wären bzw. welche in welchen Konstellationen dies eher im Rahmen von Hausbesuchen erreicht werden kann. Ebenso wie in den bisherigen internationalen Studien zu Programmen zur Verbesserung des Transitionsprozesses kann nicht beantwortet werden, welche Elemente der Intervention (Organisation von Hilfsdiensten, psychosoziale Unterstützung, pflegfachliche Beratung, Patientenedukation, Schulung/Anleitung von Pflegepersonen) im Einzelnen wirksam sind oder ob sich die positiven Effekte vor allem auf das Zusammenspiel als komplexe multimodale Intervention zurückzuführen sind.

Positive Effekte zeigen sich auch bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie bezogen auf das Stimmungsniveau.

Auch wenn bezogen auf Notfälle und Wiedereinweisungen kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe besteht, so ist der Anteil solcher Ereignisse unter den Brückenpflegepatienten doch markant erhöht, was vordergründig im Gegensatz zu den ansonsten positiven Effekten und auch zu den internationalen Befunden aus der Literatur steht. Dies ist zum einen möglicherweise dadurch erklärbar, dass die Fälle der Interventionsgruppe funktional und kognitiv beeinträchtigt sind als die Kontrollgruppe. Eine andere Deutung wäre, dass gerade die durch die Intervention erzielten Effekte hinsichtlich einer verbesserten Gesundheitskompetenz



(Verständnis der Krankheitsbilder, Erkennen von Symptomen) sowie der bestehende Kontakt zur Brückenfachkraft zu einer erhöhten Sensibilität und damit im Zweifel eher zu einem notfallmäßigen Arztkontakt, zu einem Aufsuchen der Notaufnahme und in der Folge auch zu einer stationären Wiederaufnahme führen. In diesem Zusammenhang besteht Bedarf an weiterer Forschung mit größeren Fallzahlen und, bezogen auf Wiedereinweisungen, auch mit später nach der Krankenhausentlassung angesiedelten Messzeitpunkten. Zudem sollten Effekte auf die Endpunkte Mortalität und Heimeinzug untersucht werden



8 Empfehlungen

In diesem Kapitel werden im ersten Schritt zunächst Empfehlungen im Hinblick auf den Verein „Unsere Brücke e.V.“ formuliert. Dessen Arbeit ist aber letztlich mit der Klinik untrennbar verbunden. Von daher sollte die Klinik in Biberach das Thema „Brückenpflege“ stärker in den eigenen Fokus nehmen. Auch hier werden einige Empfehlungen formuliert. Um letztlich dauerhaft Sicherstellung und Weiterentwicklung der Brückenpflege zu ermöglichen, münden unsere Empfehlungen in dem Aufbau eines Modells einer „Public Private Partnership“ zwischen Verein, Klinik und Kasse.

Im Lichte der Gesamteinschätzung und aufgrund der Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Befragung kann unsere erste Empfehlung formuliert werden, die wie folgt lautet:

Wir empfehlen die Weiterführung der Tätigkeit des Vereins „Unsere Brücke e.V.“. Die qualitative Befragung der Brückenkräfte und verschiedenen Stakeholder zeigte, dass die Brückenpflege eine zentrale Rolle bei der Bearbeitung von Ängsten und Unsicherheiten sowie Informationsdefiziten der Patienten und Angehörigen beim Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit spielte. Durch Begleitung und Anleitung in der Häuslichkeit von Patienten konnten Wiedereinweisungen verhindert werden. Übergangszeiten in weiterversorgende Einrichtungen, z.B. wie Rehabilitation, konnten mit Hilfe der Brückenpflege überbrückt werden und die Patienten konnten in dieser Zeit in ihrer Häuslichkeit verbleiben. Die quantitative Erhebung zeigte eine signifikante Verbesserung der Transitionsqualität und eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem Angebot.

Dennoch muss die Arbeit des Vereins „Unsere Brücke e.V.“ - vor allem im Hinblick auf konzeptionelle, organisatorische und qualifikatorische Aspekte - weiterentwickelt werden. Ebenfalls sehen wir Weiterentwicklungsbedarf im Hinblick auf die stärkere Einbindung der Klinik und der Krankenkassen.

Aus diesem Grunde sehen wir **Veränderungsbedarfe**, die wir in **Empfehlungen** kondensieren und wie folgt begründen möchten:

8.1 Fokus auf den Verein „Unsere Brücke e.V.“

- a) **Die erste und wichtigste Empfehlung bezieht sich auf die Entwicklung eines allgemeinen Profils für die Brückenpflege.** Sowohl das wahrgenommene Aufgabenspektrum, die konkrete Durchführung, wie auch Zeitpunkt und Gestaltung des Endes der Aktivitäten der Brückenpflegekräfte unterscheiden sich, wie aus den qualitativen Ergebnissen zu entnehmen war. In der konkreten Umsetzung ließen sich ebenfalls Unterschiede erkennen. Darüber wurde über Überschneidungen mit dem Aufgabenspektrum des Sozialdienstes einerseits und den Sozialstationen in den Interviews berichtet. Die Gefahr bestand, dass die Brückenpflege mit Modellen der Krebsnachsorge, die Ende der 1980er Jahre in Baden-Württemberg zur besseren Betreuung Schwerkranker im häuslichen Bereich entwickelt wurden, verwechselt wird. Bei der Brückenpflege in Biberach wurden meist keine Krebspatienten betreut, sondern geriatrische, alleinstehende Patienten. In den Interviews mit verschiedenen Berufsgruppen wurde die Tätigkeit der Brückenpflege besonders von Hausärzten häufig mit Weiterbehandlung von bereits begonnenen Therapien, oder Unterstützung bei der Wund- und Behandlungspflege assoziiert. Der Fokus der sozialen Betreuung war hier im Hintergrund, vermutlich deshalb, weil die Brückenpflege in Biberach nicht umfassend bekannt war und deshalb mit dem älteren Brückenpflegekonzept für Krebspatienten gleichgesetzt wurde. Hier ist eine genaue Abgrenzung der Tätigkeiten der Brückenpflege zu weiteren Professionen oder Modellen erforderlich. Mögliche behandlungspflegerische Leistungen, wie Wundversorgung, die im Rahmen der Brückenpflege situativ erforderlich sein



können, machen eine rechtliche Haftungsprüfung erforderlich, welche wir ebenfalls dringend empfehlen. Behandlungspflegerische Tätigkeiten ohne Arztanordnung liegen in einem haftungsrechtlichen Grauzonenbereich und müssen daher geprüft und abgesichert werden. Die Profilentwicklung sollte bis 31. Juli 2018 abgeschlossen sein.

- b) In Verbindung mit der Profilentwicklung ergibt sich eine zweite Empfehlung, die das **Konzept der Brückenpflege** im engeren Sinne fokussiert. Es sind Ziele, Leistungen und Interventionen des Vereins „Unsere Brücke e.V.“ zu konkretisieren, haftungsrechtlich zu prüfen (und entsprechend abzugrenzen). Neben Leistungen sollten auch organisatorische Aspekte optimiert und festgelegt werden. In den qualitativen und quantitativen Erhebungen fiel auf, dass die Brückenschwestern keine direkte Urlaubsvertretung hatten, sodass beispielsweise auf bestimmten Stationen keine Patienten akquiriert wurden, wenn die dortige Brückenfachkraft im Urlaub war. Eine Urlaubsvertretung in diesem Fall ist dringend sicherzustellen. Das zu entwickelnde Konzept sollte diskursiv erarbeitet werden und am 30.09.2018 vorliegen.
- c) Unsere dritte Empfehlung lautet: **Es sind weitere Investitionen in Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung vorzunehmen**. Es ist unerlässlich, dass externe Stakeholder und mögliche Kooperationspartner die Brückenpflege (genauer) kennen. Ein Befund der qualitativen Befragung war, dass einem Großteil der befragten ambulanten Dienste und Hausärzte die Brückenpflege nicht bekannt war oder mit einem anderen Leistungsspektrum assoziiert wurde. Hier ist es wichtig, dass gemeinsame Treffen organisiert werden, ein Netzwerk initiiert wird, die Beteiligten voneinander profitieren können. Ein entsprechendes Netzwerktreffen soll bis 31.12.2018 durchgeführt werden. Zu diesem Treffen sollen alle ambulanten Dienste und Hausärzte der Region Biberach, sowie alle weiteren Stakeholder, wie Vertreter der Krankenkassen, Vertreter des Seniorenbüros, Vertreter der Nachbarschaftshilfe und Vertreter der Caritas Biberach eingeladen werden. Bei diesem Treffen soll das Leistungsspektrum der Brückenpflege konkretisiert und vorgestellt und sich über mögliche Kooperationsmöglichkeiten ausgetauscht werden.

Aus unserer Sicht ist die **Organisation systematischer Fortbildungseinheiten** zwingend. Zur weiteren Profilierung der Arbeit des Vereins „Unsere Brücke e.V.“ sind Fortbildungen unverzichtbar. In der qualitativen Befragung wurde deutlich, dass keine klare Abgrenzung des Aufgabenspektrums der Brückenpflegekräfte von der Tätigkeit im Krankenhaus (und der eigenen Freizeit) erkennbar war. Unverzichtbare Bestandteile der Fortbildungen sind Themen wie z.B. Selbstreflexion, Stressbewältigung, Vereinbarkeit von Arbeit und Beruf. Auch gerontologisch-geriatriische Themenfelder, Kommunikation (mit einem Schwerpunkt auf den Umgang mit herausforderndem Verhalten) sollen neben rechtlichen Themen, die bereits gelehrt werden, verbindlich in den Fortbildungsplan integriert werden. Es sind Fachdozenten wie auch Supervisoren zu beteiligen. Diese Fortbildungseinheiten sollen im Rahmen der Brückenpflege-tätigkeit, oder auch vorher verpflichtend absolviert werden, sodass jede Brückenfachkraft nach spätestens einem Jahr alle Fortbildungseinheiten nachweisen kann. Hier sollen einzelne Einheiten erarbeitet werden, die sich alle drei Monate wiederholen, sodass alle Brückenfachkräfte die Möglichkeit haben trotz unterschiedlicher Dienstzeiten an diesen Angeboten teilzunehmen. Wir raten an, einen entsprechenden Fortbildungsplan (inklusive der Dozent/innen) bis 31. Juli 2018 zu erstellen und entsprechend umzusetzen.

8.2 Fokus auf das Sana Klinikum in Biberach

- a) Zwar verdeutlichen insbesondere die standardisierten Evaluationsergebnisse die positiven Auswirkungen auf die Transitionsqualität der Patienten. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Befunde zunächst einmal Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Outcomes des Entlassungsmanagements insgesamt aufzeigen. Die



Empfänger/-innen der Brückenpflege profitieren derzeit hinsichtlich einer besseren Gesundheitskompetenz bezogen auf ihre Krankheitsbilder, hinsichtlich der Berücksichtigung ihrer Präferenzen weiteren Versorgungsplanung sowie hinsichtlich einer besseren Gewährleistung eines adäquaten Medikamentenmanagements. Wir empfehlen mit Nachdruck, dass das Krankenhaus **Veränderungsprozesse im Entlassungsmanagement** einleitet, die zum Ziel haben, diese Outcomes für alle Patienten zu optimieren.

- b) Brückenpflege und Entlassungsmanagement agieren derzeit zum Teil nebeneinander, u.a. wegen z.T. paralleler Strukturen (Entlassungsmanagement, Brückenpflege, Stationspersonal, Sozialdienst). Zugleich unterscheiden sich sowohl die Bekanntheit des Angebots als auch der Erfolg der Akquise von Patient/-innen zwischen verschiedenen Abteilungen bzw. Station des Krankenhauses. Wir empfehlen, parallele Strukturen auflösen. Als ein Aspekt einer Re-Organisation des Entlassungsmanagements sollte die **Aufgabe der Akquise potenzieller Brückenpflegepatienten dem Entlassungsmanagement zugeordnet** werden. Dabei sollte der bereits in der Klinik etablierte Kontakt zwischen Brückenpflegekräften und Patient/-innen unbedingt erhalten bleiben, weshalb die Brückenpflegekräfte der jeweiligen Abteilungen/ Stationen in den Akquiseprozess eingebunden bleiben sollten.
- c) Als Prozess im Rahmen des Entlassungsmanagements sollte eine **bedarfsgerechte gestufte Einleitung von Maßnahmenpaketen** (Information zu Krankheitsbild und Symptomen, Planung der poststationären ärztlichen und pflegerischen Versorgung, Beratung, Unterstützung bei der Organisation formeller und informeller Hilfen, Information und Schulung hinsichtlich der Medikation und des Medikamentenregimes) erfolgen. Eine dieser Maßnahmen, die alle genannten Aspekte umfasst und zum Teil in der Häuslichkeit der Patient/-innen bearbeitet, wäre dann die Brückenpflege.
- d) Die im Rahmen des Entlassungsmanagements mit dieser Aufgabe befassten Mitarbeiter/-innen sollten jene **Fälle identifizieren, die von der besonderen Leistung des Angebots der Brückenpflege profitieren** (z.B. Notwendigkeit der Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation vor Ort, Erforderlichkeit eines individuell abgestimmten informellen Unterstützungsnetzwerks, Bedarf an Schulung, Anleitung und Beratung im Haushalt lebender Pflegepersonen). Für diese Fälle könnten Teile der Aufgaben des Entlassungsmanagements von der Klinik in die Häuslichkeit der Patient/-innen und somit auf die Brückenpflege verlagert und so zugleich die Mitarbeiter/-innen des Entlassungsmanagements bei diesen Fällen von entsprechenden Aufgaben entlastet werden.
- e) Die bei den Empfehlungen mit Fokus auf den Verein bereits thematisierte Sicherstellung zuverlässiger **Vertretungsregelungen** gilt bei diesem Ansatz für die Identifikation potenzieller Brückenpflegefälle analog auch für das Entlassungsmanagement.

8.3 Fokus sozialrechtliche und kommunalpolitische Perspektive ⁹

- a) Das Hauptproblem einer sektorenübergreifenden Versorgung im Alter sind Defizite in der lokalen und regionalen Steuerung optimaler (wohnnaher, abgestufter und zugleich integrierter [medizinisch, pflegerisch, sozial] sowie netzwerkzentrierter) Pflegeversorgungslandschaften. Aus diesem Grunde ist eine **flächendeckende Sicherstellung von Brückenfunktionen** (im Modus einer Vielfalt von äqui-funktionalen Lösungen) als post-stationäre Verlängerung der klinikinternen Sozialarbeit von innen nach außen

⁹ Diese Empfehlungen stellen einen Teil der Expertise dar. Die dem Ministerium zur Verfügung gestellte Expertise wird zusätzlich im Buchhandel erscheinen als Schulz-Nieswandt, F. (2018): Biberacher „Unsere Brücke e. V.“ Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? Baden-Baden: Nomos.



durch das Regelleistungsrecht der GKV mit Blick auf den § 11 (4) SGB V wünschenswert. Eigentlich wäre dies eine Aufgabe der Krankenhäuser als transsektorale und transinstitutionelle Ausweitung des Entlassungsmanagements. Zu prüfen wäre eine Nutzung der Möglichkeiten der zusätzlichen Pflegepersonalausstattungen gemäß Krankenhausstrukturgesetz oder auch (im Sinne eines internen Demographiemanagements in Bezug auf [u. a. gesundheitsfördernde] Laufbahnstrukturen der Fachpflege.

- b) Krankenhäuser müssen ihre eigene Käfigstruktur aufbrechen, die liminalen Zwischenräume zur Lebenswelt der Wohnsettings der Menschen überwinden, den homo patiens nach Hause begleiten und sich an der Generierung einer Sicherstellung sorgender Gemeinschaft beteiligen. Zu prüfen wäre (nicht im Rahmen einer Zulassung, sondern im Sinne einer Ermächtigung) eine **Public Private Partnership** (PPP) zwischen der Kasse als öffentlich-rechtliche Körperschaft (ÖR) und dem freigemeinnützigen Verein „Unsere Brücke e.V.“, d.h. eine ÖR-FG-P (unter Einbindung des Krankenhauses). Ein Selektivvertrag, wie er im § 140a SGB V vorgesehen ist, könnte den e. V. im Rahmen der Satzungsregelungen gemäß § 194 SGB V (höherer Freiheitsgrad als im Fall von § 47 SGB XI) unter Vertrag nehmen. Der e. V. hätte die Sozialkapitalbildung im Kontext der Krankenhausentlassung gemäß § 11 (4) SGB V zu gewährleisten. Eine Finanzierung der Nebentätigkeit bzw. einer Aufstockung von Teilzeitarbeit im Krankenhaus könnte so ebenso getragen werden wie die Qualifizierungsmaßnahmen.
- c) Zu prüfen wäre mit Blick auf die Beratungsleistungen im SGB XI, um eine problemorientierte Integration von SGB V und SGB XI zu erwirken, auch eine **Mischfinanzierung aus SGB V und SGB XI**, eventuell analog zum § 20h SGB V und analog zum § 45d bzw. zum § 82b SGB XI (der sich auf stationäre Einrichtungen fokussiert). Eine permanente Steuerungsgruppe (Kassen, e. V., beteiligte Krankenhäuser) könnte die Arbeit solcher lokalen Netzwerke im Kontext der regionalen Gesundheits- und Pflegelandschaft begleiten. Hier wäre eine tragfähige innovative Auslegungsordnung der §§ sinnvoll. So sollte sich der § 20h SGB V in der Auslegungsordnung in Hinsicht auf die Förderung der Selbsthilfe fortentwickeln. Der § 20h SGB V sollte sich konzentrieren auf die Förderung von Selbsthilfegruppen sowie auf die lokalen Förderstrukturen, wie die der KISS. Die Förderung der sog. Selbsthilfeverbände sollte hier herausgenommen werden. Sollte man die Verbände im Sinne der Förderung der Mitwirkung von Patienten(interessens)verbänden fördern wollen, so wäre dazu – neben dem § 140f SGB V – ein eigenständiger Paragraph im SGB V sinnvoll.
- d) Selbstverständlich kann nicht erwartet werden, der Gesetzgeber habe eine „Sozialversicherung für Alltagsbewältigungsprobleme“ zu bilden. Nicht alle existenziell bedeutsamen Herausforderungen der personalen Daseinsvorsorge sind sozialversicherungsfähig. Der Alltag ist generischer Natur und würde eine strukturelle Anspruchsunersättlichkeit induzieren. Aber in Grenzen ist der vor allem im SGB XI sich abzeichnende Einstieg in die Förderung der Sozialkapitalbildung und der Alltagshilfen zu begrüßen. Es wird Zeit, hier in Grenzen Leistungen vorzusehen. Diese Leistungen, die weder einerseits der Krankheitsbehandlung gemäß ICD noch der Pflegebehandlung gemäß (I)ADL oder auch z. B. gemäß ICF zugeordnet werden können, sind vielmehr als Alltagshilfen im Zwischenraum dieser beiden sozialrechtlichen Pole angesiedelt sind. Der Alltag steht im Lichte der Idee des Hilfe-Mixes des § 8 SGB XI als Ort von Caring Communities (CC) zwischen regionaler Infrastruktur professioneller Art einerseits und informellen Ressourcen und primären Vergemeinschaftungsformen andererseits. Ganz im Lichte des 7. Altenberichts wäre zu fordern, dass **Kassen kommunal aufgehängte Netzwerkbildungen fördern**. Kassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Modus staatsmittelbarer Selbstverwaltung auf die Erfüllung der delegierten



öffentlichen Aufgaben verpflichtet: Kassen haben an der kommunalen Daseinsvorsorge mitzuarbeiten. Sie mögen zwar Versicherungen sein, haben aber auch Steuerungsaufgaben. Dazu können sie die Gestaltungsspielräume von Rahmenverträgen nutzen



9 Literaturverzeichnis

Bender, T. (2013): Kritische Analyse aus Sicht des Patienten/Angehörigen. In: Deimel, D. und Müller M.L. (Hrsg.): Entlassungsmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination, 12-13.

Bonger, A.; Menz, W. (2009): Das theoriegenerierende Experteninterview Erkenntnisinteresse Wissensformen, Interaktion. In: Alexander Bogner (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 61-69.

Bräutigam, C.; Klettke, N.; Kunstmann, W., Prietz, A. und Sieger, M. (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer Teilnehmenden Beobachtung. Pflege, 18, 112-120.

Coleman, E. A.; Mahoney, F.; Parry, E. (2005): Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. Medical Care, 43, (3), 246-55.

Creswell, J. W.; Plano C.; Clark, V. L. (2011): Designing and Conducting – Mixed Methodes Research. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Creswell, J.; Plano, C., Gutman; V.L.; Hanson, W.E. (2013): Advanced Mixed Methodes Research Design. In: Tashakkori, A.; Teddlie C. (Hrsg.): Handbook of Mixed Methodes in Social & Behavioral Research. Thousand Oaks: Sage, 209-240.

Dalbert, C. (1992): Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie; 13, (4), 207-220.

Feltner, C.; Jones, C. D.; Cené, C. W. et al. (2014): Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure. A Systematic Review and Meta-analysis. Transitional Care for Persons With Heart Failure. Annals of Internal Medicine, 160, (11), 774-784.

Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Foust, J. B.; Vuckovic, N.; Henriquez, E. (2012): Hospital to Home Health Care Transition: Patient, Caregiver, and Clinician Perspectives. Western Journal of Nursing Research, 32, (2), 194-212.

Giosa, J. L.; Stolee, P.; Dupuis, S.L.; Mock, S. E.; Santi, S.M. (2014): An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. Canadian Journal on Aging, 33, (2), 137-153.

Gläser, J.; Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Gosch, M.; Heppner, H-J. (2014): Pharmakotherapie, in: Pantel, J. et al. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 642-652.

Grundböck, A.; Rappauer, A.; Müller, G. und Stricker, S. (2005): Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen – Sicht der Patienten und Angehörigen. Pflege, 18, 121-127.



Herdman, M.; Gudex, C.; Lloyd, A.; Janssen, M.; Kind, P.; Parkin, D.; Bonsel, D. und Badia, X. (2011): Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research*; 20, (10), 1727-1736.

Holland, R.; Brooksby, I.; Lenaghan, E. et al. (2007): Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: Heart Med randomised controlled trial. *BMJ*, 334, (7603), 1098.

Jaarsma, T.; Halfens, R.; Huijjer H.; -Saad, H. et al. (1999): Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European heart journal*, 20, (9), 673-682.

Janzen, P. (2014): Was passiert nach dem Krankenhaus? Lebensweltorientierung und die Praxis der Entlassung Pflegebedürftiger. Marburg: Tectum Verlag.

Keith, R.A. (1987): The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 2, 6-18.

Lamnek, S.; Krell, C. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*; 5., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Leppin, A. L.; Gionfriddo, M. R.; Kessler, M. et al. (2014). Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA internal medicine*, 174, (7), 1095-1107.

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 1., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Morisky, D.E.; Green, L.W.; Levine, D.M. (1986): Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24, 67-74.

Naylor, M. D.; Brooten, D. A.; Campbell, R. L. et al. (2004): Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.

Naylor, M. D.; Brooten, D.; Campbell, R. et al. (1999): Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*, 281, (7), 613-620.

Naylor, M.; Brooten, D.; Jones, R. et al. (1994): Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: a randomized clinical trial. *Annals of internal Medicine*, 120, (12), 999-1006.

Phillipi, M. (2015): "Ich hätte also zu Hause gegessen und Trübsal geblasen." Wie erleben alleinstehende und hilfsbedürftige ältere Menschen eine poststationäre Begleitung durch Ehrenamtliche? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, (4), 346-353.

Pilgrim, T.; Kittlick, C. (2013): Kritische Analyse aus Sicht des Versorgungsmanagements. In: Deimel, D. und Müller M.L. (Hrsg.) *Entlassungsmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination*. Stuttgart. Thieme Verlag, 15-18.

Plank, A.; Mazzoni, V.; Cavada, L. (2012): Becoming a caregiver: new family carers experience during the transition from hospital to home. *Journal of clinical nursing*, 21, 2072-2082.

Rich, M. W.; Beckham, V.; Wittenberg, C. et al. (1995): A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 333, (18), 1190-1195.

Rötter-Liepmann, B. (2007): *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für zukünftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim u. München: Juventa.



- Rytter, L.; Jakobsen, H. N.; Rønholt, F. et al.** (2010): Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients: A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of primary health care*, 28, (3), 146-153.
- Schönlau, K.; Kunstmann, W.; Plenter, C.; Sieger, M.** (2005): Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. *Pflege*, 18, 95-104.
- Shyu Y., L.** (2000): The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32, (3), 619-625.
- Spiller, A.; Gittler-Hebestreit, N.** (2005): Pflegeüberleitung – Ein pflegewissenschaftlich begleitetes Projekt zur Einführung und Evaluation am Universitätsklinikum Jena. *Printernet*, 03, 166-174.
- Stewart, S.; Marley, J. E.; und Horowitz, J. D.** (1999): Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet*, 354, (9184), 1077-1083.
- Thompson, D. R.; Roebuck, A.; und Stewart, S.** (2005): Effects of a nurse-led, clinic and home-based intervention on recurrent hospital use in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7, (3), 377-384.
- Uhlmann, B.; Bartel, D.; Kunstmann, W. und Sieger, M.** (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung- die Perspektive von Patienten und Angehörigen. *Pflege*, 18, (2) 105-111.
- Williams, C.; Thrope, R.; Harris, N.; Dickinson, H.; Barrett, C.; und Rorison, F.** (2006): Going home from hospital: The postdischarge experience of patients and carers in rural and remote Queensland. *Australian Journal of Rural Health*, 14, 9-13.
- Wingenfeld, K.** (2011): *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wingenfeld, K.** (2010): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen.* Bern: Huber Verlag
- Witzel, A.** (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Sozialforschung* 1, (1), Art. 2.
- Witzel, A.** (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen.* Frankfurt: Campus Verlag.
- Wottrich, A. W.; von Koch, L.; Than, K.** (2007): the meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Physical Therapy*, 87, (6), 778-788.