



Die praktische Konzeption und die Instrumente im Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“

Studienbrief

Autor/innen:

Prof. Dr. Katharina Gröning

Dorothee Lebeda

Jan-Willem Waterböhr

Bielefeld, im September 2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Die Instrumente des Modellprogramms	6
1.1 Mittelabruf	8
2. Das Prozessschema	8
3. Familiäre Pflege und IT-gestützte Kommunikation als Teil der Entlassungsprozesse im Krankenhaus	10
3.1 Erfassung von Pflegestufe und Demenz in der Aufnahme	11
3.1.1 Die Krankenhausplanungen der Länder nutzen!	13
3.2 Eine vernetzte Dokumentation aufbauen	14
3.3 Zusammenfassung	17
4. Das Erstgespräch	17
4.1 Leitfadengeführtes Erstgespräch	18
4.2 Verhalten beim Erstgespräch	20
4.3 Unterschrift(en)	21
4.4 Mittelabruf	22
5. Pflege trainings	23
5.1 Einzelfallbezogenes Pflege training am Patientenbett	23
5.1.1 Qualitätsmerkmale	25
5.1.2 Durchführung	25
5.1.3 Ablauf eines einzelfallbezogenen Pflege trainings	26
5.1.4 Voraussetzungen	26
5.1.5 Mittelabruf	27
5.2 Aufsuchende Pflege trainings in der Häuslichkeit	27
5.2.1 Ziele	28
5.2.2 Abschluss	29
5.2.3 Mittelabruf	29

6.	Qualitätschecks	30
6.1	Mittelabruf	31
7.	Die Familienberatungsgespräche	32
7.1	Familienberatungsgespräche im Krankenhaus	32
7.2	Familienberatungsgespräche in der Häuslichkeit	35
7.3	Ziele und Umsetzung der Familienberatungsgespräche	37
7.4	Mittelabruf	41
8.	Der Initialpflegekurs	42
8.1	Zum Rahmenkonzept des Initialpflegekurses	43
8.1.1	Zeitstruktur	43
8.1.2	Zielgruppen	43
8.1.3	Ziele	44
8.1.4	Inhalte	45
8.1.5	Die Themen der drei Sequenzen des Initialkurses und ihre Lernziele im Überblick	45
8.2	Initialpflegekurse für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz	48
8.2.1	Zielgruppen	49
8.2.2	Ziele	49
8.2.3	Inhalte	49
8.2.4	Didaktisches Vorgehen	50
8.2.5	Mittelabruf	51
9.	Die Angehörigenbildungsgruppen	51
9.1	Ziele	51
9.2	Ablauf und Struktur der Angehörigenbildungsgruppen	52
9.3	Mittelabruf	53
10.	Literaturverzeichnis	54

Vorwort

Im Dezember 2015 waren in Deutschland 2,86 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als zwei Drittel (72,6 % oder 2,08 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Von diesen erhielten 1,38 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld – das bedeutet, dass sie in der Regel allein durch Angehörige gepflegt wurden (Statistisches Bundesamt 2017).

Und dies, obwohl sich die Profile der Pflegebedürftigkeit in den vergangenen 30 Jahren sehr gewandelt haben. So sind immer mehr Menschen mit Demenz pflegebedürftig, deren Versorgung andere und größere Herausforderungen an die Angehörigen stellt als viele somatische Pflegen. Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass heute auch Menschen mit schwerer Pflegebedürftigkeit – z. B. nach einem Hirntumor – überleben und versorgt werden müssen. Angesichts der demografischen Entwicklung wird sich dieser Trend weiter fortsetzen. Laut Statistischem Bundesamt würde bundesweit, unter der Annahme, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten unverändert bleiben und sich die Bevölkerung entsprechend der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung entwickelt, die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 auf 4,7 Millionen steigen. Damit wären sechs Prozent der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig, ein doppelt so hoher Anteil wie heute. Unter der Überschrift „Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland bis 2030 und in den Bundesländern bis 2020“ prognostiziert das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen von heute ca. 547.833 auf mehr als 700.000 Personen im Jahr 2030.

Im Kontext des Projektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ wird die Pflege eines Angehörigen als Entwicklungsaufgabe und Phase im Lebens- und Familienzyklus betrachtet. Diese Blickrichtung wendet sich von der defizitorientierten Sichtweise ab, die häufig ausschließlich die vielfältigen Belastungen der Pflegesituationen in den Fokus nimmt. In den Blick genommen und entwickelt werden hier die Kompetenzen, die Angehörige benötigen, um die individuelle Pflegesituation für sich als bewältigbar sowie erfolgreich zu erleben. An der Stabilisierung und Unterstützung der Angehörigen sind Sie im Überleitungsmanagement im Idealfall intensiv beteiligt und die individuelle Lebenssituation, die Ressourcen und das soziale Umfeld der Patientin/des Patienten und der Angehörigen werden berücksichtigt. Die Entlassungsplanung wird mit der Patientin/dem Patienten und der Familie abgestimmt. Mit einem Qualitätscheck vor und nach Entlassung wird die organisatorische Planung mit der Lebenswelt der Familien abgeglichen und wenn nötig nachgesteuert. Je nach Bedarf werden Gruppenpflegekurse oder Einzeltrainings angeboten, die die Angehörigen vorbereiten und befähigen sollen, die Pflege zu Hause zu bewältigen. Letztlich realisieren die pflegenden Angehörigen die Pflegesituation mit den spezifischen Anforderungen und Veränderungen bezüglich der Lebenssituation jedoch erst im Alltag – in der häuslichen Situation. Die Übernahme der Pflegeverantwortung gleicht damit oftmals einer Entscheidung „am grünen Tisch“. Un-

terstützende Angebote, die den Pflegealltag begleiten, sind daher dringend geboten. Nach Sander/Radtke-Röwekamp/Hansla (2011) ergeben sich im Pflegealltag für die pflegenden Angehörigen zahlreiche Anforderungen, die ihnen im Vorhinein hinsichtlich der Quantität und Qualität nicht vollständig bewusst sind. Neben zeitlichen Belastungen sind die emotionalen Belastungen durch die spezifische Pflegesituation und die Veränderungen in der Familienstruktur zu nennen. Durch die Anforderungen an Sorge und Pflege und die häufige „24-Stunden-Zuständigkeit“ werden soziale Beziehungen vernachlässigt. Die Pflegenden sind in der Gefahr, die eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen und geraten in die Isolation. Körperliche Belastungen ergeben sich aufgrund der unzureichenden pflegerischen Handlungskompetenz. Die geringe gesellschaftliche Anerkennung von Pflege und Sorge, die sich auch im fehlenden finanziellen Ausgleich ausdrückt, birgt zusätzliche Stressoren. Eine Reflexion der Pflegesituation ist demnach im Alltag angezeigt. Der vorliegende Studienbrief möchte Sie im Einzelnen mit den Instrumenten und ihren Konzepten des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ bekannt machen. Er orientiert sich an den idealtypischen Abläufen des Modellprojekts im Überleitungsmanagement bzw. Entlassungsmanagement der Krankenhäuser.

Nach unserem Evaluationsbericht von 2016 beteiligten sich im Jahr 2016 insgesamt 412 Krankenhäuser (Bestandshäuser sowie neu aufgenommene Häuser) am Projekt, davon 175 Häuser in Westfalen-Lippe, 163 im Rheinland, 24 Häuser in Hamburg und 50 Häuser in Schleswig-Holstein. Darüber hinaus beteiligten sich sieben Bildungseinrichtungen, eine Angehörigenschule, zwei Pflegewerkstätten und mehrere freie Kursleitungen am Projekt, da einige Krankenhäuser so genannte Entwicklungspartnerschaften mit diesen Einrichtungen bzw. im Projekt qualifizierten Personen gegründet haben (hauptsächlich zur Durchführung der Initialpflegekurse). 24 Krankenhäuser sind im Jahr 2016 in das Projekt neu aufgenommen worden, davon 17 Häuser in Westfalen-Lippe, 2 Häuser im Rheinland, ein Haus in Hamburg, sowie 4 Kliniken in Schleswig Holstein.

Im Rahmen der Projektangebote und der Entwicklungspartnerschaften konnten über die Pflegetrainer/innen in den Krankenhäusern allein im Jahr 2016 insgesamt 32.337 Angehörige erreicht werden!

1. Die Instrumente des Modellprogramms

Das Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ setzt an der Erfahrung der ersten Pflegekrise im Krankenhaus an, wenn Pflegebedürftigkeit ansteht oder sich die gesundheitliche Situation der Patientin/des Patienten verschlechtert hat. Im Mittelpunkt stehen Bildungs- und Beratungsangebote sowie Angebote zur Begleitung, Information und Kompetenzförderung pflegender Angehöriger. Durch Bildung und Beratung, möglichst der ganzen Familie, soll die Pflege und Betreuung erleichtert werden sowie gerechter verteilt und darüber zu bewältigen sein.

Durch Angebote, die nicht nur funktional auf Verrichtungen bezogen sind, sondern auch die psychosoziale Situation einbeziehen und zu verbessern helfen, sollen die pflegebedingten körperlichen und seelischen Belastungen unter Kontrolle gehalten werden. Das Modellprojekt basiert auf der im Mai 2006 geschlossenen Vereinbarung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK NORDWEST, dem damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und der Universität Bielefeld.

Das vorliegende Projekt knüpft an der Einsicht an, dass weiterentwickelte Bildungs- und Beratungsangebote am Übergang aus dem Krankenhaus direkt und zeitnah nötig sind, um Pflegekrisen nach der Krankenhausentlassung zu vermeiden. Der Alltag in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen soll gelingender gestaltet und die Pflegesituation stabilisiert werden. Schließlich soll die Sorge für ein erkranktes Familienmitglied als sinnhafte, wenn auch schwierige Lebensphase, in die eigene Biografie und die Paar-/Familiengeschichte integriert werden können. Dafür wurden im Projekt, im Rahmen des Entlassungsmanagements, verschiedene Bildungs- und Beratungsangebote sukzessiv entwickelt, die von den beteiligten Krankenhäusern auch im Jahr 2016 angeboten wurden. Die Instrumente des Projekts umfassen heute:

- Erstgespräche mit den pflegenden Angehörigen zur Situationsklärung und Kontraktierung der Teilnahme am Modellprogramm;
- Familienberatungsgespräche zum Aufbau eines Pflegenetzwerkes und zur Förderung der innerfamiliären Gerechtigkeit;
- einzelfallbezogene Pflegetrainings im Krankenhaus;
- aufsuchende Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung;
- Qualitätscheck (QS) vor der Entlassung zur Gestaltung stabiler Pflegesettings, bezogen auf Hilfsmittel und Gestaltung der häuslichen Umgebung sowie ein QS nach der Entlassung zur Prüfung ggf. Heilung der gelungenen Überleitung aus dem Krankenhaus in die Familie;
- somatisch ausgerichtete Initialpflegekurse;
- Initialpflegekurse mit dem Schwerpunkt Demenz;
- Initialpflegekurse für pflegende Angehörige im Übergang von der Psychiatrie in die Familie;
- Angehörigenbildungsgruppen.

Diese Bausteine und Instrumente sind interdependent konzipiert und aufeinander bezogen. Im Mittelpunkt aller Angebote steht eine Alltags- und Lebensweltorientierung als Fokus von Bildung und Beratung mit folgenden Zielen:

- Stärkung von Alltagskompetenzen,
- Erlernen pflegerischer Kompetenzen und Anleitung zu Pflegetechniken,
- Bewältigung individueller und intergenerationaler Entwicklungsaufgaben durch Reflexion der persönlichen Situation,
- Stärkung der Person,
- Wissensvermittlung/Aufklärung,
- Aufbau eines Pflegenetzwerkes,
- Ermutigung zu rechtzeitiger und gezielter Inanspruchnahme erforderlicher, individuell sinnvoller Hilfen,
- Förderung von Ressourcen.

(vgl. Sander/Radtke-Röwekamp/Hansla 2011).

1.1 Mittelabruf

Der Mittelabruf aller Projektangebote erfolgt über die Universität Bielefeld, die die Projektmittel der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NORDWEST treuhänderisch verwaltet und die Ergebnisse wissenschaftlich evaluiert. Die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK NORDWEST stellen jährlich die erforderlichen Mittel aus dem SGB XI bereit, und zwar unabhängig von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten.

2. Das Prozessschema

Das folgend abgebildete Prozessschema zeigt grafisch, wie die Förderinstrumente des Modellprogramms aufeinander bezogen sind. So wird deutlich, welche Schnittstellen das Modellprogramm im Krankenhaus bildet und welche Möglichkeiten es für die Pflegetrainer/innen gibt, den Prozess zur Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen zu planen.

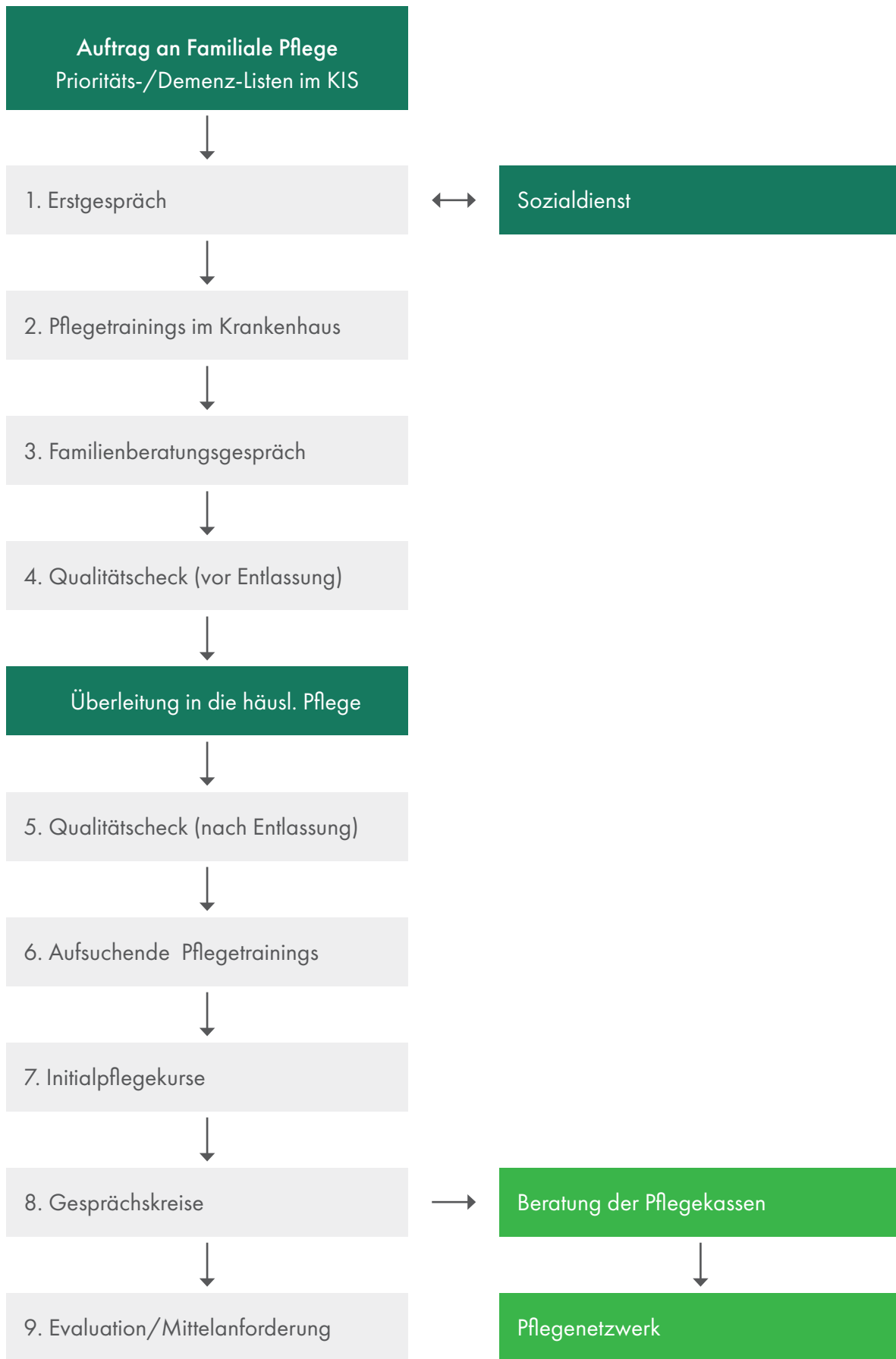


Abb. 1: Prozessschema „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“

3. Familiäre Pflege und IT-gestützte Kommunikation als Teil der Entlassungsprozesse im Krankenhaus

Mit dem in dem Prozessschema aufgeführten Systembaustein „Auftrag an Familiäre Pflege“ (Abb. 1) ist die komplexe Prozessgestaltung zur Erfassung der (zu erwartenden) dauerhaften Pflegebedürftigkeit¹ von Patient*innen projiziert, an dessen Ende die Beauftragung der Pflegetrainer*innen steht. Das folgende Kapitel stellt die Strategieempfehlungen des Modellprogramms vor, welche die IT-gestützte Kommunikation für die Familiäre Pflege im Krankenhaus ermöglichen soll. Im Fokus stehen die Möglichkeiten der frühen Kontaktaufnahme zu pflegenden Angehörigen mit Blick auf die systemischen Herausforderungen für Krankenhäuser und Psychiatrien in Folge des demografischen Wandels und der Demenz (dazu Gröning/Lienker/Sander 2016; Blumenkamp/von Kamen/Lagedroste/Seifen 2014; Gröning/Lagedroste/Weigel 2015; Gröning/Lagedroste/von Kamen 2015; Tezcan-Güntekin 2016). Das Krankenhausinformationssystem (KIS) spielt in der Prozessgestaltung eine unterstützende und zentrale Rolle. Der Aufbau eines effizienten Meldewesens und einer geeigneten und vernetzten Dokumentation der Familialen Pflege im KIS wird ermöglicht. Die meist aufwändigste und zeitintensive Kontaktaufnahme der Pflegetrainer*innen zu pflegenden Angehörigen vor der Entlassung ist häufig auf ein unzureichendes Informationsmanagement zur Pflegebedürftigkeit der Patient*innen zurückzuführen. Die Folge sind hohe Systemkosten für das Entlassungsmanagement und die Beauftragung der Pflegetrainer*innen:

1. Die Familiäre Pflege ist Teil des Entlassungsprozesses aus Krankenhaus und verantwortet arbeitsteilig die pflegerische Überleitung in die Häuslichkeit (nach §45 SGB XI).
2. Die (pflegenden) Angehörigen treten bisher in den Behandlungs-, Pflege- und Entlassungsprozessen nicht auf. Sie übernehmen jedoch eine entscheidende Rolle in der poststationären Versorgung und müssen im System Krankenhaus abgebildet werden.
3. Die Pflegetrainer*innen sind in den meist ungeplanten Entlassungsprozessen anderer Berufsgruppen (z.B. dem Sozialdienst) nachgeschaltet. Sie sind folglich abhängig und werden meist erst beauftragt, wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus kurz bevorsteht.
4. In Folge der Einführung der Fallpauschalen (G-DRG) und der zunehmenden Beschleunigung der Prozesse, haben sich auch die Liegezeiten der Patient*innen drastisch verkürzt, sodass die Handlungskorridore für die Pflegetrainer*innen geschrumpft sind. Ferner werden für die Entlassung bedeutende Informationen (z.B. lebensweltlich-orientierte Pflege) bisher nur selten erhoben².

¹ Nach §14 SGB XI.

² Ab dem 01.07.2017 gilt der Rahmenvertrag „Entlassmanagement“

Die späte Beauftragung der Pflegetrainer*innen im Entlassungsprozess gefährdet nicht nur die Refinanzierung des Modellprogramms im Krankenhaus, der verkürzte Zeitkorridor zur Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen führt aufgrund des nicht stabilisierten Pflegesettings in der häuslichen Versorgung zu pflegerisch induzierten und

ökonomisch kontraproduktiven Wiedereinweisungen („Drehtüreffekte“).

Es ist daher Ziel, jene Patient*innen schon in der Aufnahme zu identifizieren, die eine (zu erwartende) dauerhafte Pflegebedürftigkeit aufweisen. Dieses schließt insbesondere die Sekundärdiagnose Demenz ein. Dabei sind die (entstehenden) Systemkosten zu berücksichtigen: Zur Identifikation der (zu erwartenden) dauerhaften Pflegebedürftigkeit sind vorhandene Prozesse (z.B. Pflegeanamnese) zu nutzen und mit Blick auf die Entlassungsprozesse zu systematisieren. Ebenso sind die Krankenhausplanungen Nordrhein-Westfalens und Schleswig Holsteins sowie der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009) zu berücksichtigen: Bis spätestens 24 Stunden nach Aufnahme (vgl. DNQP 2009: 29f), besser schon in der administrativen Aufnahme soll die vorhandene dauerhafte Pflegebedürftigkeit (d.h. Pflegegrade 1-5) digital erfasst sein, an die sich die Beauftragung der Familialen Pflege anschließt³.

Es entsteht ein effektives Meldesystem im KIS, welches die frühzeitige Partizipation der Pflegetrainer*innen im Entlassungsprozess sicherstellt und so die Risiken von Kontinuitätsbrüchen in der Überleitung in die häusliche Pflege minimiert. Die nachfolgenden Strategieempfehlungen unterstützen den Aufbau.

3.1 Erfassung von Pflegestufe und Demenz in der Aufnahme

Die Aufnahme ist ein neuralgischer Punkt für die Beauftragung der Pflegetrainer*innen. Im Fokus der Familialen Pflege stehen jene Patient*innen, die nicht aus einer dauerhaften stationären Einrichtung aufgenommen werden. Den Aufnahmeprozess gilt es durch die folgenden Informationen zu ergänzen:

- a) Ist eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit vorhanden? – Systematische Erfassung eines vorhandenen **Pflegegrads 1-5** oder der **Sekundär diagnose Demenz** im KIS.
- b) Ist eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit zu erwarten? – Systematische Durchführung von (geriatrischen) Screenings und Assessments

(http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf, Stand 06.03.2017), der Entlassungsmanagement nach §39 Satz 1a SGB V normiert. Das Entlassungsmanagement im Krankenhaus beginnt möglichst frühzeitig und berücksichtigt die vorstationäre Versorgungssituation.

³ Der Expertenstandard legt fest, dass innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme eine „kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durchgeführt“ wird. Dieses schließt die Erhebung eines vorhandenen Pflegegrades sowie die Einschätzung über eine zu erwartende (dauerhafte) Pflegebedürftigkeit mit ein.

Die folgende Abbildung zeigt diesen Prozess schematisch:

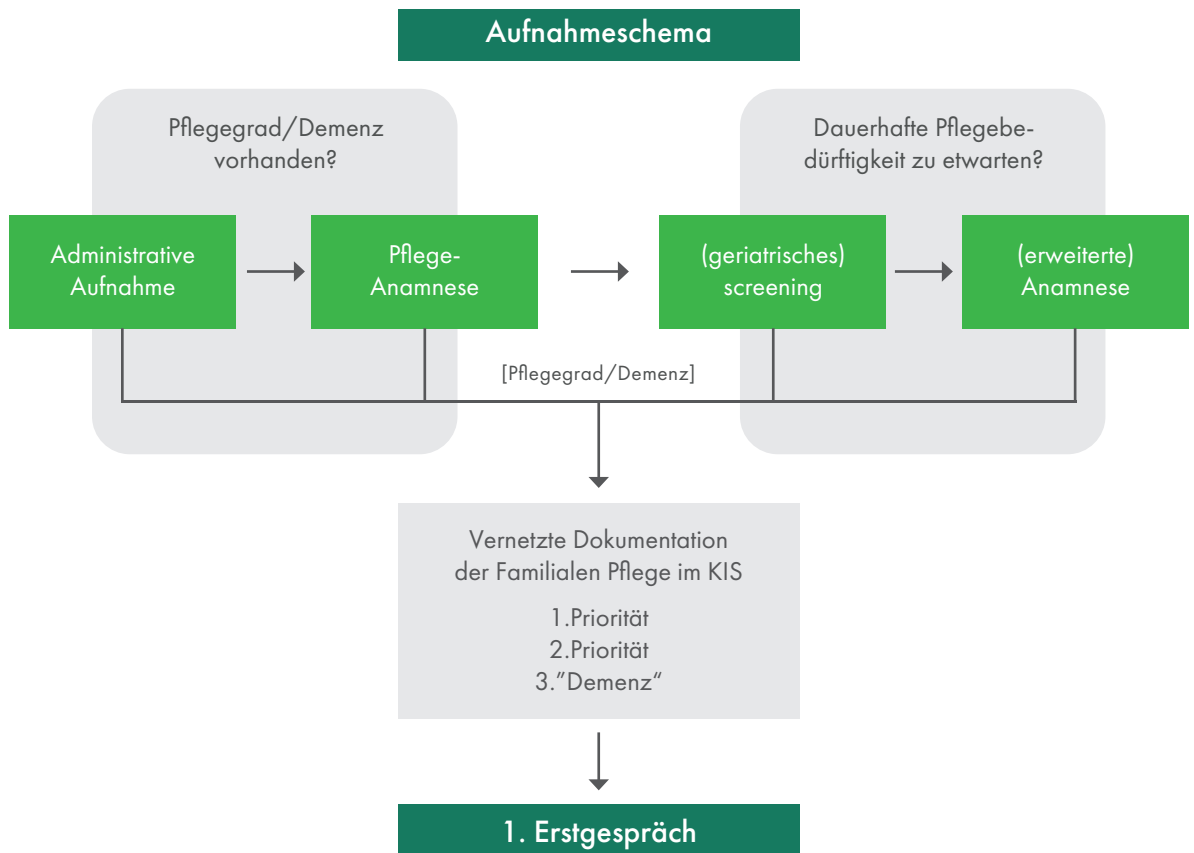


Abbildung 1: Aufnahmeschema

Als Ergebnis des Aufnahmeprozesses entstehen drei Prioritätslisten⁴ für die Pflegetrainer*innen im KIS:

Liste 1. Priorität: Liste der Patient*innen mit pflegfachlich festgestellter (zu erwartender) dauerhafter Pflegebedürftigkeit (Konsile),

Liste 2. Priorität: Liste der Patient*innen mit dokumentiertem (zu erwartendem) Pflegegrad,

Liste „Demenz“: Liste der Patient*innen mit dokumentierter (wahrscheinlicher) Sekundärdiagnose Demenz, jedoch ohne Pflegegrad.

Die Listen 2. Priorität und Demenz ergänzen dabei die Liste 1. Priorität, falls die aktiv-gesteuerte Beauftragung der Pflegetrainer*innen (z.B. über Konsile) ausbleibt.

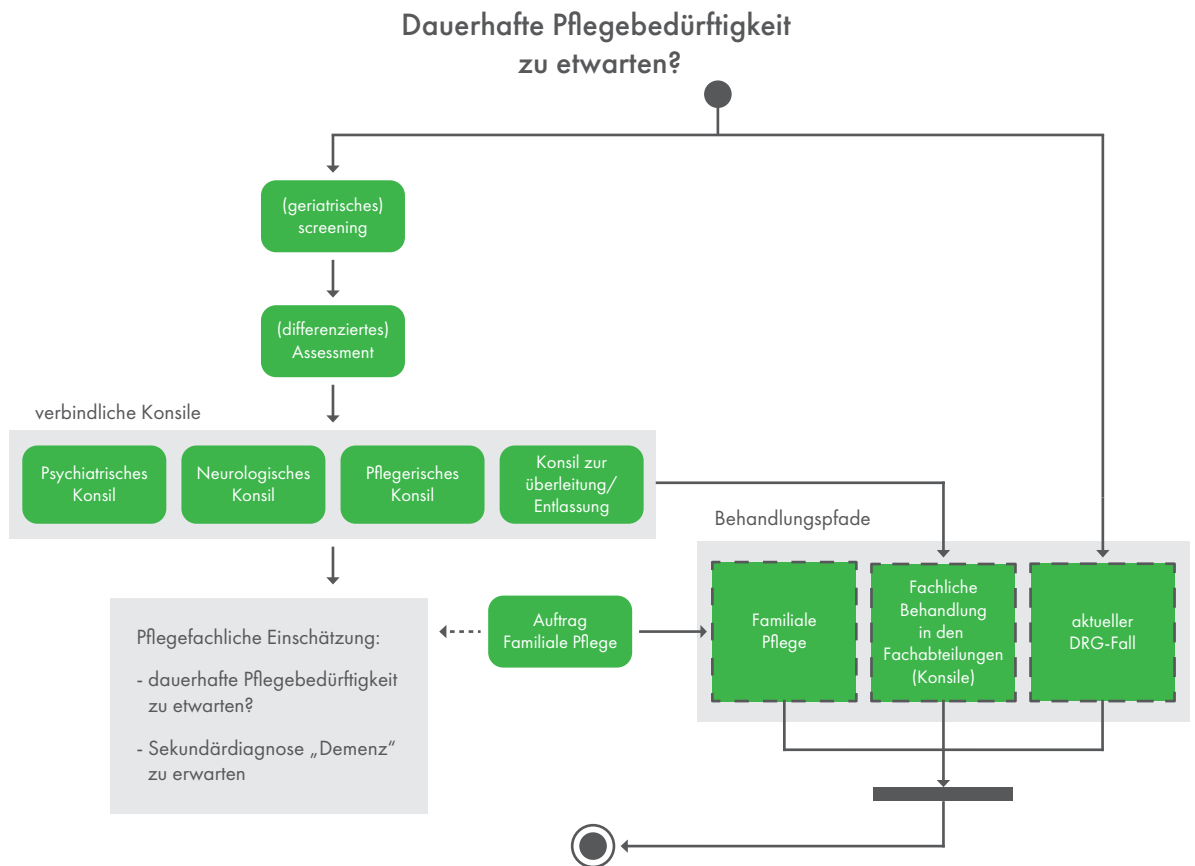
⁴ Die folgenden Listen sind mit somatischen Krankenhäuser entwickelt worden. Listen für psychiatrische und rehabilitative Krankenhäuser oder Stationen entstehen entsprechend der spezifischen Pflegebedürftigkeit. Für Psychiatrien könnten folgende Listen möglich sein: 1. Priorität: pflegfachlich festgestellte, dauerhafte Pflegebedürftigkeit/Demenz (Konsil); 2. Priorität: dokumentierter Pflegegrad; 3. Priorität: Auswertung der Screenings und Assessments bzgl. zu erwartender Pflegebedürftigkeit.

3.1.1 Die Krankenhausplanungen der Länder nutzen!

Die zu erwartende dauerhafte Pflegebedürftigkeit (u.a. Demenz) von Patient*innen systematisch aufzudecken, findet in der krankenhäuslichen Praxis nur selten statt. Der Krankenhausplan NRW 2015 (KHP 2015) schreibt daher für alle Patient*innen ab 75 Jahren ein Screening zur Identifizierung geriatrischer Versorgungsbedürfnisse vor. Als Mindeststandard gilt das kanadische Screening „Identification of Seniors at Risk“ (ISAR). Dem sollen sich den Auffälligkeiten geeignete Assessments anschließen und via Konsiliar- und/oder Liaisondienste innerhalb des geriatrischen Versorgungsverbunds eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden (KHP 2015, S. 94f).

Ähnliche Vorgaben macht der Krankenhausplan SH 2017 (KHP SH 2017): „Alle Patient*innen, die 70 Jahre oder älter sind und die eine ‚typische‘ geriatrische Multimorbidität aufweisen, erhalten ein geriatrisches Screening. Die ‚positiv‘ gescreenten Patient*innen sollen anschließend von dem geriatrischen Versorgungsverbund aus voll- und teilstationären sowie ambulanten Einrichtungen profitieren“ (KHP SH 2017: 40).

Aus Sicht des Modellprogramms ist diese Art der Identifizierung von geriatrischen Versorgungsbedürfnissen an die oben beschriebene Zielformulierung anschlussfähig; dabei gilt es zu beachten, dass die Identifikation von geriatrischen Versorgungsbedürfnissen (geriatrisches Screening und anschließendes Assessment) hier als beispielhafte Tiefenbohrung angesehen und auf andere Bereiche (Psychiatrie, Kardiologie, Neurologie etc.) entsprechend übertragen werden kann. Anhand der Identifikation von geriatrischen Versorgungsbedürfnissen lassen sich Einschätzungen zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit vornehmen, ebenso wie zu Risiken eines Delirs oder zu weiteren, speziellen Pflegebedürfnissen. Von entscheidender Bedeutung ist die konsiliarische Weiterverwendung der Screening- und Assessmentergebnisse, die den G-DRG-Fall ergänzen. Die Beauftragung der Pflegetrainer*innen schließt sich an die Konsilstellungen an, sobald ersichtlich ist, dass eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist. Das gilt ebenso für eine zu erwartende Stellung der Sekundärdiagnose „Demenz“ während des Krankenhausaufenthalts. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht den Prozess:



Pflegebedürftigkeit? - Teilkonkretisierung des Aufnahmeschemas

3.2 Eine vernetzte Dokumentation aufbauen

Neben der Steuerung der Aufnahmeprozesse und der Konsilstellung als Folge der Screenings- und Assessments ist eine vernetzte Dokumentation im KIS in den Blick zu nehmen, um die Arbeit der Pflegetrainer*innen zu vereinfachen und zu optimieren. Die Herausforderung besteht in der gezielten Verteilung der vorhandenen Informationen der Patient*innen im Krankenhaus. Auch hier spielt das KIS eine zentrale Rolle. Das mühsame Suchen pflegerelevanter Informationen kann so minimiert werden.

Für den Informationsfluss zur Familialen Pflege sind zwei Fragekomplexe zu klären:

1. Welche Informationen werden für die Dokumentation der Familialen Pflege benötigt?
2. Wo sind diese Daten vorhanden? Wer dokumentiert diese Daten? Wann werden sie dokumentiert?

Die benötigten Informationen sind mit der EDV-Abteilung in Gesamt- und Teilübersichten sinnvoll zu erstellen, sodass eigene Datenblätter und Dokumentationsbögen im KIS entstehen. Vorhandene Dokumentationsstrukturen wie systemeigene Dokumentationsbögen und die Nachweisbögen der Uni Bielefeld können strukturbildend sein. Es folgt ein dreiteiliger Vorschlag, wie die einzelnen Datenblätter aufgebaut sein könnten:

Gesamtübersicht/Arbeitsliste

Die Gesamtübersicht sollte alle aktuellen und gemeldeten Fälle beinhalten (Arbeitsliste „Familiale Pflege“: Listen erster und zweiter Priorität sowie Demenz), die den Zugriff auf die relevanten Informationen zu den Patient*innen, ihren Angehörigen, die geplanten und durchgeführten Projektinstrumente sowie das (vorläufige) Entlassungsdatum schnell ermöglicht.

Erfassung der Patient*innen

Es sollten neben den Patient*innendaten (Name, Alter, Ehestatus, Pflegestufe, pflegerische und weitere Diagnosen sowie Sekundär Diagnosen, Mobilisation, vorhandene Hilfsmittel) auch Kontaktdaten zu den pflegenden Angehörigen, Angaben zum sozialen Netzwerk und ob ein Pflegedienst beauftragt wurde, schnell abrufbar sein. Eine Übersicht der mit den Angehörigen geplanten und durchgeführten Projektinstrumente ist an dieser Stelle hilfreich.

Dokumentation einzelner Projektinstrumente

Geplante und durchgeführte Projektinstrumente sollen einen Typ (Erstgespräch, Pflege trainings, Familienberatungsgespräche, Qualitätschecks etc.), Datum, Zeit, Teilnehmende, kurze Inhalte und ggf. offene Fragen beinhalten⁵. Eigene Ergänzungen können in der Erstellung vorgenommen werden.

Häufig sind viele Daten schon im KIS vorhanden. Auch die zu dokumentierenden Daten durch die Pflegetrainer*innen können von anderen Funktionsbereichen (Entlassungsmanagement, Sozialdienst, Physiotherapeuten) benötigt werden. Es empfiehlt sich daher zu überlegen, wo benötigte Patient*innendaten dokumentiert sind und in anderen Bereichen ebenso benötigt werden, um Redundanzen und so zusätzlichen Arbeitsaufwand, Doppeldokumentationen und folglich Systemkosten zu vermeiden (z. B. mit Sozialdienst, Physiotherapie).

Ferner sollte die anschließende Verwendung der Daten für die Mittelanforderung und Nachweise beachtet werden. Es gilt auch Fragen des Datenschutzes zu beachten. Dazu sollten die EDV-Abteilung und die Datenschutzbeauftragten des Krankenhauses in die Planung miteinbezogen werden. Die folgende Grafik veranschaulicht eine mögliche Vernetzung der Patient*innendaten aus der Aufnahme und anderen Dokumentationen mit der Dokumentation der Familialen Pflege im KIS.

⁵ Siehe hierzu die Nachweise des Modellprogramms Familiale Pflege.

Vernetzte Dokumentation der Familialen Pflege im KIS

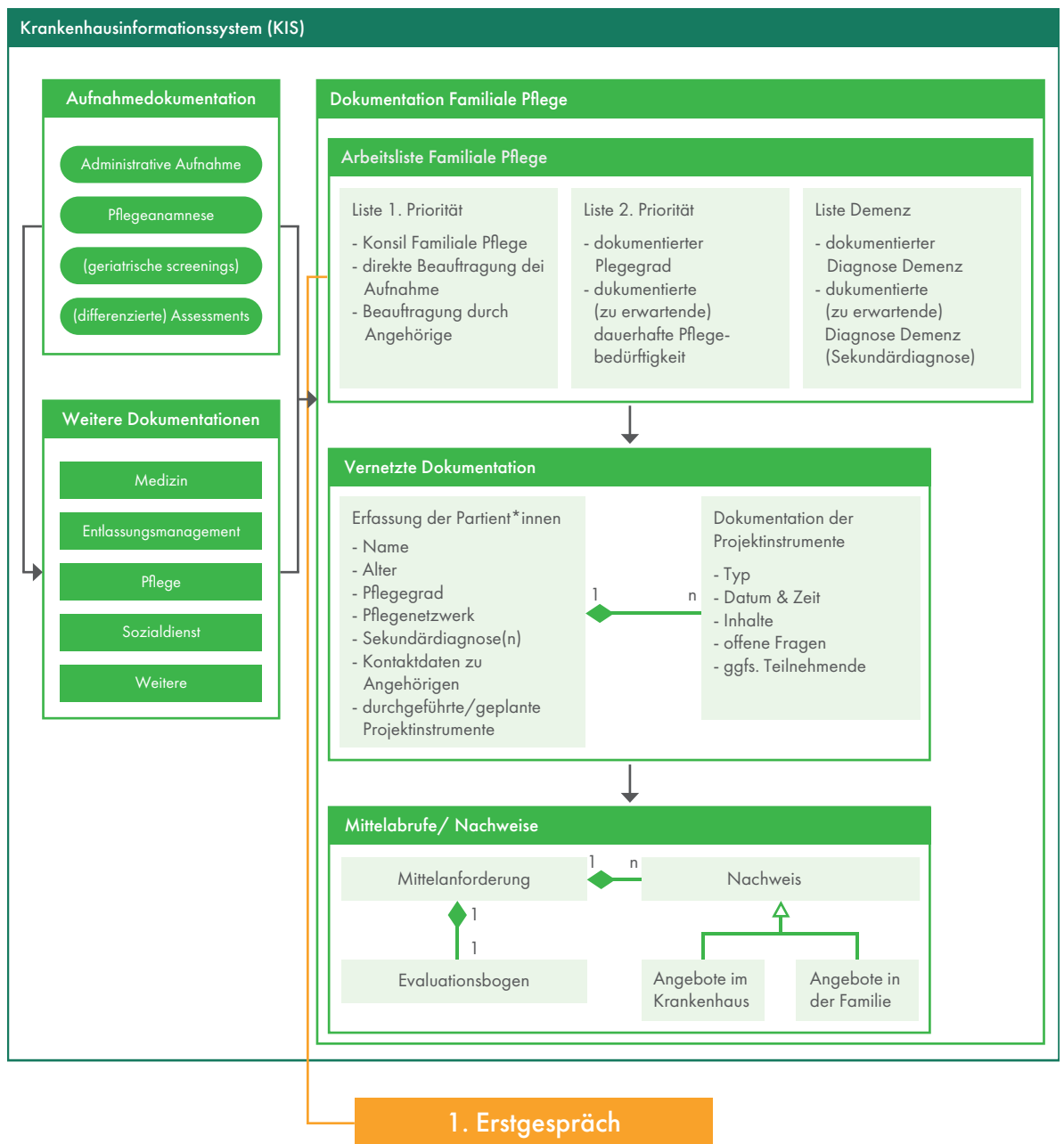


Abbildung 3: (zu erwartende) dauerhafte Pflegebedürftigkeit? - Teilkonkretisierung des Aufnahmeschemas

Der Aufbau einer vernetzten Dokumentation (mit anderen Funktionsbereichen sowie der Mittelanforderung und den Nachweisen für die Universität Bielefeld) ist eine komplexe Aufgabe. Es empfiehlt sich daher Arbeitsnetzwerke und -Bündnisse zur EDV-Abteilung, der Pflegedirektion und Pflegedienstleitung, dem Sozialdienst sowie dem gesamten Entlassungsmanagement und weiteren Funktionsbereichen aufzubauen. Es gilt gemeinsame Interessenslagen zu verknüpfen, Absprachen zu treffen sowie weitere Entwicklungsaufgaben zu planen und zu vereinbaren.

3.3 Zusammenfassung

Die Nutzung des KIS ermöglicht die Dokumentation der durchgeführten Projektinstrumente und deren Verknüpfung mit der anschließenden Abrechnung über die Universität Bielefeld sowie die Kommunikation in größeren Teams. Eine erhebliche Zeitersparnis ist zu erwarten. Es entsteht ferner eine effiziente Schnittstelle zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Die Strategie der gesteuerten Aufnahmeprozesse und die folgend frühen Beauftragungen der Pflegetrainer*innen mittels dokumentierter, (zu erwartender) dauerhafter Pflegebedürftigkeit, die im KIS eine Arbeitsliste „Familiale Pflege“ entstehen lässt, erweist sich als notwendig, um Systemkosten zu reduzieren. Darüber hinaus werden Abhängigkeiten und Nachschaltungen der Familialen Pflege gemindert und die unmittelbare Integration in den Entlassungsprozess gefördert.

Nebeneffekte sind die entstehenden Arbeitsbündnisse zwischen Familialer Pflege, EDV-Abteilung und Pflegedirektion/Pflegedienstleitung. Sie gilt es seitens der Pflegetrainer*innen zu erweitern und anschließend zu pflegen, auch um auf allgemeine und institutionelle Veränderungen reagieren und systemische Widerstände minimieren zu können. Folglich wird sich die Familiale Pflege einerseits durch die Nutzung des KIS, andererseits durch den Ausbau der Arbeitsnetzwerke im Krankenhaus weiter institutionalisieren. Pflegerisch- sowie sozial-induzierten Drehtüreffekten als Folge einer riskanten pflegerischen Anschlussversorgung in der Häuslichkeit wird entgegenwirkt.

Weitere Informationen zum IT-Entwicklungsprozess sind auf der Webseite des Modellprojekts abrufbar: <http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege/>

4. Das Erstgespräch

Wie im Studienbrief zur Beratung bereits erwähnt, dienen Erstgespräche der Informationsgewinnung, der Planung der Hilfen, vor allem aber der Herstellung eines Arbeitsbündnisses. Das Erstgespräch schließt sich zeitnah an die Ansprache der Angehörigen an. Sowohl bei der Ansprache als auch beim Erstgespräch ist von Misstrauen der Angehörigen auszugehen, da diese häufig befürchten, gegenwärtig geschulten Verkäufern gegenüberzustehen, die gelernt haben, Vertrauen zu gewinnen, Bedürfnisse zu wecken, um dann häufig verdeckt ihr Verkaufsinteresse zu kommunizieren. Vielfach mündet dies in Schamsituationen und Schuldgefühlen. Es ist also zunächst normal, dass Angehörige misstrauisch werden und sich vor einem Angebot schützen möchten, das sie nicht übersehen. Aus diesem Grund sind einige Informationen schon in der Ansprache wichtig:

- Dass Sie vom Krankenhaus selbst kommen und das Angebot ein Angebot des Krankenhauses ist;
- Dass der Mittelabruf von der Pflegeversicherung übernommen wird und das Angebot für die Angehörigen kostenlos ist;
- Dass es allen Versicherten offen steht (einschließlich privat Versicherter);
- Dass es sich um ein Modellprojekt handelt, um Angehörige zu unterstützen;
- Vorstellen des Modellanliegens: z. B. „Ich bin Unser Haus bietet allen Angehörigen, aus Respekt für ihren pflegerischen Einsatz zu Haus Unterstützung an komplett kostenlos.“;
- Erzählen lassen und aktiv zuhören.

Im weiteren Verlauf der Ansprache können Sie Möglichkeiten des Modellprojekts vorstellen und die Angehörigen zu einem Erstgespräch einladen.

Die Beratung, Bildung und Anleitung von Angehörigen ist ein Prozess, der dem Pflegeprozess vergleichbar ist. Er folgt demnach diesen Schritten: Einschätzung der Angehörigen, Planung der Maßnahmen, Durchführung und Evaluation. Dabei ist das Ziel, pflegenden Angehörigen ein ausreichendes Wissen, die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln, die sie benötigen, um die Konsequenzen der Pflegebedürftigkeit in den Alltag zu integrieren.

Das Erstgespräch ermöglicht der Pflegetrainerin/dem Pflegetrainer die Pflegesituation in der Familie zu verstehen. Es dient der Ermittlung des Pflegebedarfes und der Feststellung der pflegerischen Handlungskompetenz der Familien. Beide Aspekte in den Blick zu nehmen ist zur guten Planung (vgl. Ablauf Pflegeplanung) der individuellen Pflegetrainings

wichtig. Sie müssen sich ein klares Bild über die Fähigkeiten und Ressourcen der pflegenden Angehörigen verschaffen. Den Pflegetrainer/innen geht es in dem Gespräch darum, die zukünftige Pflegesituation für die gesamte Familie zuhause zu erfassen. Dazu forschen Sie im Gespräch nach Daten und Hinweisen, die für die Gestaltung des individuellen Pflegesettings wichtig sind. Zu medizinischen Diagnosen, Pflegeproblemen und Umgebungsbedingungen u. ä. erfassen Sie ebenfalls die Pflegemotivationen, Vorerfahrungen, evtl. Wertehaltungen sowie biografische Informationen, die im Gespräch erkennbar sind und im Weiteren für die Pflegeübernahme Bedeutung haben.

Sehr häufig wollen die Angehörigen auch über die Behandlung und Pflege im Krankenhaus sprechen. Es ist sinnvoll, ihnen hier zuzuhören, Kritik zu akzeptieren und Fragen zum Inhalt der Pflegetrainings und zur Organisation einzustreuen.

4.1 Leitfadengeführtes Erstgespräch

Ein Leitfaden kann für das Gespräch, in dem die Pflegesituation gemeinsam exploriert wird, eine gute Unterstützung sein. Er bietet Hilfestellung hinsichtlich der wichtigen Themen und eine mögliche Struktur für die Gesprächsführung. Zwar ähnelt die Exploration der Pflegesituation anhand eines Leitfadens einer Pflegeanamnese bei Patienten zum Ziel der Pflegemaßnahmenplanung, wenn er sich beispielsweise an den ADLs oder Pflege-diagnosen orientiert. Dennoch unterscheidet er sich, weil es hier nicht ausschließlich um eine möglichst vollständige Sammlung von Informationen geht. Vielmehr nutzen Sie den Leitfaden darüber hinaus, um aus den Inhalten des zunächst eher intuitiv geführten Gesprächs, gemeinsam Entscheidungen für weiterführende Beratungen bzw. Trainings zu treffen.

Gehen Sie folgendermaßen vor: Ermutigen Sie die Angehörigen zunächst von der eigenen Situation und ihrem pflegebedürftigen Angehörigen frei zu erzählen. Hören Sie aktiv und aufmerksam zu. Wertschätzen Sie bisher Geleistetes ausdrücklich. Dieser erste Gesprächsteil darf auch schon mal bis zu 30 Minuten dauern (einen zeitlich längeren Rahmen sollten Sie in diesem Schritt jedoch vermeiden). Anschließend gehen

Sie mit den Angehörigen einen Schritt weiter, indem Sie Gesagtes (oder zwischen den Zeilen Gesprochenes) beginnen gemeinsam zu ordnen. Notieren Sie sich weiterhin die wichtigen Informationen. Nutzen Sie Ihre Mitschrift, um mit den Angehörigen zu überlegen, welche Pflegetrainings oder andere Modellbausteine für diese familiäre Pflege vorstellbar sind. (Ihnen persönlich dienen diese Notizen auch zur Reflexion der Gesprächssituation und des „Falls“.) Der dritte Schritt ist die Vereinbarung weiterer Termine, Kontakte, Trainings u. a.

Im Erstgespräch zu erfassen und/oder zu erfragen ist grundsätzlich:

- der geplante Entlassungstermin,
- Allgemeines zur häuslichen Situation: Seit wann wird gepflegt? Wer wird gepflegt? Welchen Pflegegrad gibt es? Seit wann? Welche Pflegehandlungen sind erforderlich? Welche Probleme gibt es bei der Pflege? Gibt es evtl. Situationen, vor denen Sie Angst haben? Wie ist das familiäre Netzwerk? Wie ist die Wohnsituation? Welche Hilfen (z.B. auch Pflegehilfsmittel) wurden bisher in Anspruch genommen? Gibt es jemanden, auf den sich die Pflegeperson verlassen kann? Wie sieht der Pflegebedürftige die häusliche Pflege?
- Was ist den pflegenden Angehörigen besonders wichtig und soll erhalten bleiben („Worauf sind Sie stolz?“ „Wer oder was gibt Ihnen Kraft, wenn Sie bisher in neuen Situationen waren oder Krisen erlebt haben?“) Erwartungen und Wünsche an das Programm,
- Medizinische Diagnosen,
- Pflegediagnosen und geplante Hilfsmittel: Was soll gelernt werden? Positionieren, Mobilisation, Mundpflege, Dekubitusprophylaxe, Pneumonie Prophylaxe, Kontrakturen Prophylaxe, Kontinenzförderung, Inkontinenzversorgung, Hautpflege, PEG oder PORT Kommunikation mit Menschen mit Demenz, Kriseninterventionen u. Ä. (vgl. Striebosch 2005).

Zum Erstgespräch gehören der Austausch von Adressen und Telefonnummern sowie die Verabredung von Terminen. Es ist positiv, wenn Sozialdaten der Patientin/des Patienten sowie medizinische und pflegerische Diagnosen aus Assessment und Anamnese der Pflegetrainerin/dem Pflegetrainer schon vor dem Erstgespräch bekannt sind. Wie Angehörige und Patienten Diagnose und Prognose gefühlsmäßig verarbeiten, kann ein wichtiges Thema des Erstgesprächs sein. Weitere Bezugspunkte für das Gespräch können vorhandene oder benötigte pflegerische Kompetenzen sein oder der mit dem Krankheitsbild einhergehende, voraussichtliche Pflegebedarf (siehe oben). Zu berücksichtigen ist, dass die Angehörigen in Sorge um ihr erkranktes Familienmitglied sind, Fragen zur Erkrankung und zum weiteren Verlauf haben, im Hinblick auf die nächsten richtigen Schritte verunsichert sind und oft auf deutliche Besserung des Gesundheitszustands hoffen. Bevor die Pflegetrainerin/der Pflegetrainer den Erstkontakt herstellt, haben die Angehörigen u. a. schon mit Ärztinnen und Ärzten, mit Kranken- und Gesundheitspfleger/innen, Physiotherapeuten/innen und Krankengymnasten/innen gesprochen. Die Mehrzahl dieser Gespräche – insbesondere jene zur Anamnese – folgen professionell gesteuerten, stark routinierten Abläufen. Oft haben Angehörige (und Patientin/Patient) eine Vielzahl von Informationen gegeben und erhalten. Deutlich seltener haben sie Gelegenheit, eigene Überlegungen, Sorgen und Ängste mit den Professionellen im Krankenhaus zu thematisieren.

4.2 Verhalten beim Erstgespräch

Folgende Verhaltensweisen sind bei einem Erstgespräch zu beachten:

- Empathisches zugewandtes Gespräch führen, das für Sorgen und Nöte der Angehörigen offen ist.
- Wertschätzung für die bisher geleistete Pflege gegenüber Angehörigen, die schon pflegen.
- Die aktuelle häusliche (Pflege-) Situation explorieren, ohne sofort Lösungen zu formulieren (mögliche Leitfragen können sein: „Wer könnte Sie unterstützen?“ „Müssen Sie mit körperlichen Einschränkungen umgehen?“ „Wie finden Sie Erholung?“).
- Soziales Netzwerk erschließen, um eine Totalisierung und Dualisierung der Pflege zu vermeiden: Wenn das Erstgespräch allein mit der Hauptbezugsperson stattfindet, dann nach Söhnen, Töchtern, Geschwistern, Nachbarn und Bekannten fragen, die Aufgaben übernehmen oder für Abwechslung sorgen können.
- Angehörige, ihren Alltag, ihre Gedanken und Gefühle sowie ihre Sicht auf die Pflegesituation verstehen.
- Verlässlichkeit und Sicherheit bieten („Sie dürfen mich anrufen, wenn Sie Fragen haben. Wenn der Anrufbeantworter läuft, rufe ich zurück.“ „Gerne komme ich morgen wieder vorbei...“).
- Initiierung eines Beratungs- und Bildungsprozesses.
- Auf die Angehörigen eingehen. Bei Bedarf Verständnis und Trost anbieten.
- Das Gute stärken („Gut ist, dass...“) und für Schwieriges Lösungen suchen („Sie haben die Möglichkeit ...“ „Wir können zusammen üben.“ „Wir können für Sie beantragen.“).
- Negative oder schwierige Aspekte erwähnen, um das Denken zu erlauben („Sie wollen Ihren Kindern nicht zur Last fallen ...“).
- Die eigene Sprache an die Sprache der Angehörigen (und des Patienten) anpassen (keine Fachtermini im Erstgespräch, außer ein Angehöriger hat sie eingebracht).

- Über das Unterstützungsangebot informieren: Familienberatungsgespräche zum Pflegenetzwerk; Pflegetrainings im Krankenhaus; Qualitätscheck vor und nach der Entlassung in Bezug auf die häusliche Situation oder die verordneten Hilfsmittellieferungen sowie deren Schulung, aufsuchende Pflegetrainings bis sechs Wochen nach der Entlassung; Initialpflegekurs; Angehörigenbildungsgruppen.
- Zum Abschluss Ziele vereinbaren für die Pflegetrainings und für die Familienberatung oder Bedenkzeit sowie spätere Kontaktmöglichkeit anbieten.
- Flyer oder Visitenkarte überreichen und nächste Kontaktaufnahme absprechen („Gerne würde ich Sie morgen noch einmal anrufen...“ oder „Ich bin morgen wieder auf Station ...“).

4.3 Unterschrift(en)

Die Angehörigen werden im Erstgespräch gebeten, die Projektteilnahme in den „Nachweisen im Krankenhaus“ einmalig zu unterzeichnen. In den dafür vorgesehenen Feldern geben sie ihre Adresse an, in welchem Verhältnis sie zu den Pflegebedürftigen stehen, sowie Datum und Unterschrift. Nehmen mehrere Angehörige teil, ist es erforderlich, dass alle Angehörige sich eintragen und unterzeichnen. Werden in den sechs Wochen nach der Entlassung aufsuchende Trainings durchgeführt, muss der „Nachweis über Pflegetrainings in der Familie“ von allen dort geschulten Angehörigen erneut unterschrieben werden. Auf die notwendigen Unterschriften hinzuweisen, wird von den Pflegetrainern und Pflegetrainerinnen oft als sensibel beschrieben. Zum einen wird es als fremde, ungewohnte Tätigkeit für die Pflege im Krankenhaus erlebt. Zum anderen versichern sich manche Angehörige bei diesem Anlass erneut, ob das Projekt für sie tatsächlich kostenfrei ist, auch wollen sie wissen, wohin ihre Daten gegeben werden. Manchmal vermuten Pflegetrainer/innen dem liege Misstrauen Ihnen gegen- über zugrunde. Jedoch haben Sie hier die Gelegenheit erneut auf den Projektrahmen hinzuweisen und ihr Arbeitsbündnis durch Transparenz zu stärken:

- Den Angehörigen wird durch die Pflegeversicherung kostenfreie Unterstützung zusichert. Sie können den Angehörigen hier ihr Recht auf Schulung, Beratung und Begleitung deutlich machen. Dieser Anspruch wird durch das Modellprojekt schon im Krankenhaus möglich gemacht.
- Flyer, die den Projektrahmen/Projektpartner in Kürze beschreiben und die Kostenfreiheit des Angebots ausweisen, sind hilfreich.
- Machen Sie ganz klar, dass die Daten ausschließlich zur Evaluation in diesem Projekt genutzt werden. Vielleicht erklären Sie („um zu zählen, wie viele

Männer und Frauen, Ehemänner oder Söhne bereit sind zu pflegen“ oder „um nachzuweisen, dass die Unterstützung der Angehörigen schon im Krankenhaus sinnvoll und nötig ist.“).

- Gut verständlich ist es auch für die Angehörigen, dass die gezählten Unterschriften ein Nachweis für die von Ihnen durchgeführte Tätigkeit darstellt (speziell bei aufsuchenden Trainings).

4.4 Mittelabruf

Ein Erstgespräch von 45 Minuten wird einmalig mit 47 Euro gefördert. Dokumentationszeiten sind in der Zeit enthalten. Der Fördersumme liegt, mit Vorbereitungszeit (wie z.B. Informationssammlung auf der jeweiligen Station) eine Zeitstunde (60 min) zugrunde. Abgerechnet wird das Erstgespräch durch die Dokumentation in der Rubrik „Nachweis des Erstgesprächs“ im Nachweisformular „Angebote im Krankenhaus“. Das Erstgespräch ist auch dann abrechenbar, wenn kein Pfeletraining und wenn keine Teilnahme an einem weiteren Unterstützungsangebot folgen. Anders verhält es sich bei Erstgesprächen, die telefonisch geführt wurden. Damit diese zur Abrechnung gebracht werden können, muss sich ein Pfeletraining anschließen. Ausschließlich telefonische Beratung von Angehörigen ist nicht anrechenbar. Erfolgt die Entlassung zu einem Zeitpunkt, bis zu dem noch kein Kontakt zur familialen Pflege aufgenommen werden konnte, die Angehörigen wünschen/benötigen aber eine Teilnahme am Projekt, kann das Erstgespräch auch aufsuchend durchgeführt werden. Ziel des Projektes ist es jedoch, dass die Begleitung der Familien im Krankenhaus beginnt. Die Erstberatung aufsuchend in der Familie durchzuführen sollte demnach die Ausnahme bleiben. Falls eine Erstberatung dennoch erst aufsuchend stattfinden kann, wird das Erstgespräch in der Familie mit dem gültigen Satz für Erstgespräche (47 Euro) gefördert. Zur Dokumentation muss die Seite 2 dem Nachweis „Angebote im Krankenhaus“ entnommen werden und hinter die Seite 1 in „Angebote im Krankenhaus“ hinzugefügt werden. Aufsuchende Angebote werden pro Anfahrt mit einer Aufwandspauschale von 16 Euro vergütet.

5. Pfeletrainings

Angesprochen sind Familien, die gegenwärtig oder künftig zu Hause allein verantwortlich oder mit professioneller Unterstützung einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegen (werden). Im Fokus stehen vor allem auch Pflegepersonen, die hinsichtlich der häuslichen Versorgung unsicher sind und sich überfordert fühlen sowie Familien in der Anfangssituation der Pflege bzw. nach Veränderung der Pflegebedürftigkeit (Höherstufung). Erwartet

wird, dass vor allem Ehepartner/innen die Pflegetrainings nachfragen, da diese naturgemäß eine Heimeinweisung ihrer pflegebedürftigen Partnerin/ihres Partners ablehnen und für diese/n selbst sorgen möchten. Für Ehepartner bedeutet die häusliche Pflege zugleich die Aufrechterhaltung ihrer Lebensgemeinschaft, wodurch sie zur bevorzugten Zielgruppe gehören.

Daneben richtet sich das Angebot gleichermaßen an pflegende Kinder und andere Verwandte oder Angehörige des sozialen Umfeldes der pflegebedürftigen Person.

Das Krankenhaus legt einen bestimmten Personenkreis von Fachpflegekräften fest, die die Pflegetrainings gemäß der im Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ entwickelten Konzeption durchführen.

5.1 Einzelfallbezogenes Pflegetraining am Patientenbett

Die einzelfallbezogenen Pflegetrainings am Patientenbett stehen an einer herausgehobenen Stelle im Lernprozess für die häusliche Pflege. Zusammen mit den Initialpflegekursen und der Beratung stellen sie den Anfang einer Kompetenzentwicklung für die Pflege zu Hause dar. Damit wird die familiäre Pflegesituation von Beginn an unterstützt und es können für das Krankenhaus teure Drehtüreffekte vermindert werden. Mit dem Angebot der einzelfallbezogenen Pflegetrainings soll Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden, sicherer im Umgang mit bestimmten, für sie notwendigen Pflegehandlungen zu werden, um so spätere mögliche Pflegefehler von Beginn an zu vermeiden.

5.1.1 Qualitätsmerkmale

Als besondere Qualitätsmerkmale der einzelfallbezogenen Pflegetrainings gelten:

- die Orientierung an den fachlichen Pflegestandards des jeweiligen Krankenhauses (denen, die aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen grundgelegt sind), die für die Pflegetrainings von der Pflegetrainerin/dem Pflegetrainer für die häusliche Pflege übersetzt werden,
- die Kontextualisierung der einzelfallbezogenen Pflegetrainings als personenbezogene und familienbezogene Hilfeprozesse,
- die Ansprache der ganzen Familie, um die Risiken der innerfamilialen Isolation und Nicht-Anerkennung der häuslichen Pflege frühzeitig zu minimieren.

5.1.2 Durchführung

Im günstigsten Fall verfügt das Krankenhaus über ein zentrales Case-Management, eine zentrale Überleitung oder einen integrierten Pflege- und Sozialdienst. Diese operative Einheit nimmt dann die Differenzierung der Pflegebedürftigen und ihrer Netzwerke in entsprechende Zielgruppen vor und weist sie unterschiedlichen Hilfesystemen (einzel-fallbezogenes Pfegetraining, Initialpflegekurs, ambulante Pflege, Beratung, Pflegeheim, Reha) zu. In anderen Fällen muss im Krankenhaus festgelegt werden, über welche Stellen Interessentinnen/Interessenten für die einzelfallbezogenen Pfegetrainings gemeldet werden. Der Bildungs- und Beratungsbedarf pflegender Angehöriger kann in ganz unterschiedlichen Situationen während des Krankenhausaufenthaltes sichtbar werden. Daher erscheint es sinnvoll, einen breiten Zugang zum Meldewesen der Pfegetrainer zu schaffen. Instrumente wie Konsile oder IT-gestützte Meldebögen in bekannte Anforderungsverfahren im Haus zu integrieren, hat gute Erfolge gezeigt. Verbunden mit Screenings wird es sichtbar als integraler Teil des Aufnahme und Entlassungsprozesses im Krankenhaus (siehe Kapitel 3).

Die inhaltliche und fachliche Ausgestaltung der Pfegetrainings soll hier den einzelnen Häusern selbst überlassen werden. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass die Krankenhäuser die Inhalte der Pfegetrainings nach ihrem Leitbild, ihren allgemeinen pflegewissenschaftlichen Auffassungen und ihren jeweiligen Standards und Qualitätsvorstellungen selbst entscheiden können.

5.1.3 Ablauf eines einzelfallbezogenen Pflertrainings

1. Kontaktaufnahme
2. Vorwissen der pflegenden Angehörigen zum vereinbarten Thema feststellen und nach Einschränkungen oder Vorbehalten fragen
3. Vorläufige Kontraktierung mit den Angehörigen-Fern- und Feinziele vereinbaren
4. Ersttraining:
 - Wissen ergänzen (materialgestützt),
 - vereinbartes Thema didaktisch demonstrieren („vormachen“, gemeinsame Übung, alleine handeln lassen, individuelle Fragen beantworten, wiederholen und korrigieren, üben lassen, reflektieren),
 - Aushändigen von Informationsmaterial,
 - Überprüfen von vereinbarten Zielen,
 - Feedback bezüglich des Trainings (was fand der Angehörige gelungen oder hilfreich, wie kann er gut lernen, wie passt der Rahmen und das Material, was möchte er nochmal wiederholen oder im Thema weitergehen ...).
5. Vereinbarung neuer Trainings und ggf. Anpassung der Ziele und Terminabsprache
6. Dokumentation
7. Sind die Ziele erreicht, alle Trainings durchgeführt: Evaluation und Überleitungsgespräch.

5.1.4 Voraussetzungen

Abgerechnet werden können Pflertrainings nur dann, wenn eine Pflegebedürftigkeit der Patientin/des Patienten nach SGB XI vorliegt bzw. wenn diese sich zukünftig abzeichnet. Ebenso sind nur solche Trainings abrechenbar, die mit Angehörigen bzw. mit Angehörigen und Patient/innen gemeinsam durchgeführt werden. Ein Pflertraining allein mit Patient/innen ist nicht abrechenbar.

5.1.5 Mittelabruf

Ein einzelfallbezogenes Pflege training im Krankenhaus wird mit 47 Euro pro Training (à 45 Minuten) gefördert. Der Fördersumme liegt, mit Vorbereitungszeit (wie z.B. Übungsmaterialien vorbereiten) eine Zeitstunde (60 min) zugrunde. Vor- und Nachbereitung sowie andere Aufwendungen werden nicht gesondert in Rechnung gestellt, sondern sind in der Pauschale enthalten. Abgerechnet werden die Pflege trainings mit dem „Nachweis für Angebote im Krankenhaus“.

5.2 Aufsuchende Pflege trainings in der Häuslichkeit

Die Voraussetzung für die Durchführung der aufsuchenden Pflege trainings in der Familie ist der zeitnah vorangegangene Krankenhausaufenthalt und eine vorliegende Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Die Pflege trainings im häuslichen Bereich können bis maximal sechs Wochen nach der Krankenhauserlassung durchgeführt werden. Zeitintervalle und Anzahl hängen einerseits vom Krankheitsbild und andererseits vom Alter sowie von den (Vor-) Kenntnissen der pflegenden Angehörigen ab. Wie bei den einzelfallbezogenen Pflege trainings gilt das Angebot grundsätzlich für alle Pflegepersonen des familialen und privaten sozialen Netzwerks, die sich für die Pflege und Versorgung im häuslichen Bereich entschieden haben.

Das Angebot ist unabhängig davon, ob die Pflege alleinverantwortlich oder mit Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes durchgeführt wird. Aus Gründen der Trägerneutralität können die aufsuchenden Pflege trainings nur von den Krankenhäusern selbst durchgeführt werden.

Pflege trainings in der Familie dienen der pflegerischen Kompetenzentwicklung der Angehörigen, um den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege zu optimieren, die familiale Pflege von Beginn an zu stabilisieren und Drehtüreffekte zu vermeiden.

5.2.1 Ziele

Kompetenzerweiterung im häuslichen Bereich:

- Pflegende Angehörige können Unsicherheiten und Belastungen, die während des Krankenhausaufenthaltes noch nicht absehbar waren, ansprechen und klären. Die Pflegetrainerin/der Pflegetrainer berücksichtigt aktuell auftretende Probleme in der Beratung sowie bei der pflegerischen Anleitung. Hierdurch können Pflegefehler, die oft aus Unwissenheit entstehen, frühzeitig erkannt und verhindert werden.
- Die Pflegeanleitung in der Familie bietet die Chance, die Lebenswelt der Familie, das häusliche Umfeld und seine konkreten pflegetechnischen Gegebenheiten in das Training einzubeziehen und Pflegetechniken mit den verordneten Pflegehilfsmitteln zu üben.
- Die fachkundige Begleitung pflegender Angehöriger fördert zudem deren Selbstpflege- und Selbstmanagementfähigkeiten, beugt Unfällen und Erkrankungen vor, die durch die Pflegetätigkeit auftreten können.

Entwicklung eines familialen Pflegenetzes:

- Der Aufbau von familialen Pflegenetzen zur Stärkung und Entlastung der Hauptpflegeperson(en) wird durch die Pflegetrainerin/den Pflegetrainer gefördert.
- Durch die Einbindung von Familienmitgliedern und Personen des sozialen Umfeldes kann eine gute Ausgangssituation geschaffen werden, um eine Überlastung der Hauptpflegeperson(en) und eine Dualisierung der Pflege zu vermeiden.

Förderung der Zusammenarbeit professioneller Netzwerke:

- Die Pflegetrainerin/der Pflegetrainer fördert die Zusammenarbeit zwischen der pflegenden Familie und dem professionellen Hilfesystem und fungiert als „Lotse“ durch das System gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung.
- Bei den Hausbesuchen erfasst die Pflegetrainerin/der Pflegetrainer gegebenenfalls die unvollständige oder nicht korrekte Lieferung von Hilfsmitteln und sorgt für Abhilfe. Desweiteren schult sie/er den gezielten und sinnvollen Einsatz von Hilfsmitteln vor Ort. Dabei prüft sie die Angemessenheit für die Pflege-Situationen und -Personen und kann Alternativen vorschlagen. Ortsfern, von Seiten des Entlassungsmanagements im Krankenhaus ist diese Form der Korrektur nicht möglich.

- Offene Fragen im Hinblick auf Anträge an Kranken- oder Pflegekasse können geklärt werden.
- Die Pflegefachkraft nimmt Veränderungen des Gesundheitszustands des Pflegebedürftigen wahr und vermittelt dadurch notwendige Modifikationen pflegerischer Tätigkeiten.

5.2.2 Abschluss

- Das aufsuchende Pflegetraining in der Familie endet mit dem Erreichen der gemeinsam vereinbarten Ziele: Die pflegenden Angehörigen sollten die pflegerischen Tätigkeiten bewältigen und Veränderungen des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen erkennen lernen.
- Bei Hilfebedarf sollten die pflegenden Angehörigen wissen, an wen sie sich aus dem professionellen Netzwerk wenden können.
- Im Abschlussgespräch reflektieren die Pflegetrainer/innen und die pflegenden Angehörigen den Verlauf der Beratungs- und Pflegeeinheiten.
- Bei weiterem Trainings- und Beratungsbedarf sollten mit Zustimmung der Angehörigen die Pflegeberaterinnen/Pflegeberater der jeweiligen Pflegekasse kontaktiert und durch einen Überleitungsbogen über die aktuelle Pflegesituation und die durchgeführten Trainingseinheiten informiert werden.

5.2.3 Mittelabruf

Ein aufsuchendes Pflegetraining von 45 Minuten Dauer wird mit 47 Euro gefördert und mit dem Mittelabruf „Nachweis der Angebote in der Familie“ eingereicht.

Pro Anfahrt ist ein pauschalisierter Satz von 16 Euro für eine Anfahrtswendung abrechenbar.

Doppeltrainings sind nur abrechenbar, wenn der Grund angekreuzt und/oder unter Bemerkungen erläutert wird. Ein Doppeltraining von über 75 bis 90 Minuten wird mit 94 Euro gefördert und ist in folgenden Ausnahmefällen möglich:

- Die Gründe können sich aus der Pflegesituation heraus ergeben. Beispielsweise ist ein Training zur Ernährung vereinbart und in der Anwesenheit stellt sich der Gang zur Toilette als pflegerisch hohe Anforderung für die Angehörigen heraus. Dann ist ein situatives gestalten einer Anleitungssituation mit Reflexion unbedingt sinnvoll und angezeigt.

- Auch Komplikationen während des Trainings oder andere schwierige Situationen können die Zeit einer Einheit überschreiten und der Grund für die Abrechnung einer Doppeleinheit sein. In diesem Fall ist eine Erläuterung der Situation im Kurzprotokoll notwendig.

Weitere Gründe für die Planung von doppelten Trainingseinheiten können sein:

- Teilnahme von mehreren Angehörigen
- Langer Anfahrtsweg (einiger Angehöriger bzw. der Pflegetrainerin/des Pflegetrainers)
- Doppeleinheiten wegen Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen

Wenn im Ausnahmefall pro Tag mehr als zwei Pflegeeinheiten abgerechnet werden (also mehr als ein Doppeltraining) ist immer eine Begründung in den Bemerkungen gefordert. Eine Verkürzung auf 30 Minuten ist nur im Krankenhaus möglich, wenn z.B. die Belastungsgrenze des Patienten oder der Angehörigen erreicht ist. In diesem Fall ist ebenfalls eine kurze Begründung notwendig.

6. Qualitätschecks

Es ist empfehlenswert, beim ersten aufsuchenden Pflegetraining im Rahmen eines Hausbesuchs einen sog. Qualitätscheck der Pflegehilfsmittel vorzunehmen, da Berichte der Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer darauf hinweisen, dass verordnete Pflegehilfsmittel häufig unvollständig (z. B. Pflegebett ohne Bettaufrichter), falsch (z. B. falsche Größen von Inkontinenzartikeln) oder noch gar nicht geliefert wurden (Transferhilfen). Ebenso ist der Umgang mit den Hilfsmitteln gleich in die Pflegetrainings einzubeziehen. Pflegenden Angehörige wenden häufig ergonomisch ungünstige Pflegetechniken an und sind über das Spektrum unterstützender Hilfsmittel kaum informiert. Sie können aber gut einschätzen, was der Pflegebedürftige akzeptiert und welche Hilfen zu ihnen und ihrem Umfeld passen. So stellt sich häufig erst in der häuslichen Situation der aktuelle Bedarf heraus und es kann zu effektiver Hilfe gefunden werden.

Ab 2016 ist ein 2. Qualitätscheck im Übergang vom Krankenhaus in die Familie möglich. Wobei der erste Qualitätscheck bei komplexen Pflegesituationen noch während des Krankenhausaufenthalts, vor der Entlassung, in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, stattfinden kann. Ziel ist es, Entlassungen in „improvisierte“ Pflegesettings zu vermeiden, die von unerfahrenen, oder in der Planung der neuen Situation noch unsicheren, Angehörigen nicht überschaubar sind. Die geschilderten Erfahrungen der Pflegetrainer zeigen, dass solche Überleitungen oft im Rahmen des Qualitätschecks nach

Entlassung mit großem Aufwand „repariert“ oder „geheilt“ werden müssen. Die Familien beginnen die komplexe Pflegesituation dann mit einem Versagen, erleben sich hilflos, dem Expertenwissen ausgeliefert oder sind frustriert, weil sie mit ihrer häuslichen Einschätzung falsch lagen. Nicht selten fühlen sie sich im Nachhinein falsch oder schlecht beraten, was das Vertrauensverhältnis zu den professionellen Unterstützern schwächt.

Darum gehen die Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer auf Wunsch, bei Bedarf schon vor der Entlassung mit den Angehörigen in die Häuslichkeit, in der bald gepflegt werden soll. Hier kann die zukünftige Pflegesituation „begangen“ und der Lebenswelt nah, gemeinsam geplant werden. Das gibt den Angehörigen Sicherheit in der Gestaltung und ermutigt bei positiven Ergebnissen zur weiteren Hilfeannahme.

Der 2. Qualitätsscheck nach Entlassung dient wie bisher (s.O.) der Überprüfung der gelungenen Überleitung in die Familie. Beschreibungen der Pflegetrainerinnen über die von Ihnen durchgeführten Qualitätsschecks machten deutlich, wie bedeutsam

zudem auch die pflegefachliche Betrachtung der Verordnung bzw. Einnahmebedingungen oder Vorhandensein der Medikamente ist. Ebenso wichtig, aber dennoch bisher wenig im weiterbegleitenden Blick der klinischen Überleitung, ist die tatsächliche (gegenüber der geplanten) Kontaktgestaltung zu den weiterbehandelnden Ärzten, Pflegediensten und Therapeuten. Entstehen hier Lücken, in denen die Angehörigen Begleitung benötigen, vermitteln die Pflegetrainerinnen und -trainer Kontakt zwischen den professionellen versorgenden Institutionen und schlagen damit aktiv eine Brücke. Hier trägt der 2. Qualitätsscheck durch die Pflegetrainerinnen und -trainer erheblich zur Versorgungsqualität und Kontinuität bei.

6.1 Mittelabruf

Ein Qualitätsscheck von 45 Minuten Dauer wird mit 47 Euro gefördert und mit dem Mittelabruf „Nachweis der Angebote in der Familie“ eingereicht. Pro Anfahrt ist zudem ein pauschalisierter Satz von 16 Euro für eine Anfahrtsaufwendung abrechenbar. Werden also Qualitätsscheck und ein weiterer Baustein (z.B. Pflegetraining) an einem Termin in der Familie verbunden, fällt die Anfahrtspauschale auch nur einmal an.

7. Die Familienberatungsgespräche⁶

Idealerweise sollten den pflegenden Angehörigen die Familienberatungsgespräche zur Begleitung und Unterstützung der notwendigen Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse möglichst frühzeitig angeboten werden⁷. Idealtypisch kann der Erstkontakt durch die verantwortliche Pflegekraft der Station oder den Sozialdienst hergestellt werden. Die Pflegefachkraft informiert die Patientin/den Patienten über die Möglichkeiten der Projektangebote und bezieht darüber hinaus die Angehörigen mit ein. Alternativ kann auf die Möglichkeit der Familienberatungsgespräche im Rahmen des Pfegetrainings am Krankenbett oder auch noch bei der Besprechung des Entlassungstermins verwiesen werden. Ist über die (erwartbare) Pflegebedürftigkeit gesprochen worden, wird in der Regel der Sozialdienst eingeschaltet, um die Familie bzw. eine Hauptansprechpartnerin/einen Hauptansprechpartner sozialrechtlich zu beraten. Dieses Gespräch kann genutzt werden, um über die Angebote der Pfegetrainerin/des Pfegetrainers im Rahmen des Projekts zu informieren. Sinnvoll kann unter Umständen ein gemeinsames Gespräch der Sozialdienstmitarbeiterin/des Sozialdienstmitarbeiters und der Pfegetrainerin/des Pfegetrainers sein, damit die notwendigen Informationen auf die jeweilige Familie zugeschnitten und vermittelt werden können.

Eine zusätzliche (zeitlich deutlich spätere) Möglichkeit, auf die Familienberatungsgespräche aufmerksam zu machen, bieten die aufsuchenden Pfegetrainings und/oder der Initialpflegekurs.

7.1 Familienberatungsgespräche im Krankenhaus

Idealerweise kann es bereits im Krankenhaus im Rahmen eines ersten (oder auch zweiten) Kontaktgesprächs Vereinbarungen zu weiteren Gesprächen und zur Beteiligung der Familie geben. Behutsam kann begonnen werden, eine vertrauensvolle Basis für die weitere Zusammenarbeit zu schaffen. Meist erweist sich jedoch zumindest der Erstkontakt zu den Angehörigen und häufig auch die weitere Planung der Termine als deutlich weniger ideal als erwartet, geplant oder gewünscht. Möglicherweise ist die Kooperation mit anderen institutionellen Angeboten (z. B. Sozialdienst) unklar, Angehörige sind (während der Arbeitszeiten der Pfegetrainer/innen) schlecht erreichbar oder die Pfegetrainer/innen erleben ihre begrenzten Ressourcen (Arbeitszeiten, Umfang der Freistellung, Räume etc.)

⁶ Weitere Informationen zum Instrument der Familienberatungsgespräche befinden sich im Studienbrief „Familienberatung in der pflegenden Familie“ (2016). Er führt den Ansatz des Modellprogramms „Familiale Pflege“ weiter und verbindet die Theorie des Projekts mit der Methode der Familienberatung.

⁷ Zu dem Feld der Entwicklungsaufgaben und Lernprozesse der späten Familie gehört im Besonderen das Themengebiet der „Vergeschlechtlichung“ der Pflegesettings, da die Pflege hauptsächlich weiblich (72 %) ist (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 27). Es zeigt sich, dass innerfamiliäre (Macht-) Prozesse zur Bildung von „typischen“ Pflegearrangements beitragen, wodurch vorrangig Frauen die häusliche Pflege übernehmen (vgl. Gröning 2012). Daher ist es ein wichtiges Anliegen des Modellprogramms, eine Netzwerkbildung zu fördern, um dieser Totalisierung und Dualisierung der Pflege vorzubeugen und prekäre Pflegesituationen zu vermeiden.

als beeinträchtigend oder es finden Beratungsgespräche unter mehrfachem Zeitdruck statt (z. B. knappe zeitliche Ressourcen der Pflegetrainer/innen, zeitnah geplante Entlassung und/oder erschwerte Terminfindung für die gesamte Familie etc.).

Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer machen oftmals die Erfahrung, dass ein Hilfeangebot (zunächst!) abgelehnt wird. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Familie aufgrund der als krisenhaft erlebten Situation möglicherweise noch nicht realisiert hat, dass eine anhaltende Pflegebedürftigkeit der Patientin/des Patienten erwartbar und deshalb die Planung des zukünftigen Alltags nötig ist. Der Wunsch und die Hoffnung auf die Gesundung des Angehörigen können hier die Auseinandersetzung mit der neuen Situation erschweren oder verhindern. Einen Zugang zum hilfebedürftigen Menschen und seiner Familie zu finden und aufrechtzuerhalten, ist nicht leicht. Umso wichtiger ist es seitens der Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer, nicht nach dem ersten Kontakt, der Widerstand oder Ablehnung hervorgerufen hat, aufzugeben, sondern den Kontakt erneut zu suchen und als Ansprechpartnerin und Ansprechpartner präsent zu sein.

Als hilfreich kann es sich hier erweisen, wenn die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt möglichst frühzeitig mit dem Ziel einbezogen wird, die Familie auf die zu erwartende Pflegebedürftigkeit der/des Angehörigen vorzubereiten. Der Familie mag es dann leichter fallen, die aktuellen und perspektivischen Veränderungen zu akzeptieren. Ebenfalls unterstützt werden kann die Inanspruchnahme der Familienberatungsgespräche dadurch, dass die für den Patienten bzw. die Patientin zuständige Pflegekraft und/oder die Sozialdienstmitarbeiterin bzw. der Sozialdienstmitarbeiter die Angebote des Projekts bzw. der Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer als empfehlenswerte zusätzliche Unterstützung anbietet. Wenn ein Termin für ein Familienberatungsgespräch vereinbart wird, ist vorher zu klären, ob dies mit oder ohne Beteiligung der Patientin/des Patienten stattfinden soll. Erfahrungen der Pflegetrainerinnen/der Pflegetrainer verweisen darauf, dass es einerseits darauf ankommt, Transparenz herzustellen, also die Patientin/den Patienten in geeigneter Weise über den geplanten Termin und wichtige Ergebnisse zu informieren. Hier wäre zu klären, wer aus der Familie dies ggf. zusammen mit der Pflegetrainerin/dem Pflegetrainer übernimmt. Andererseits betonen die Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer, dass es wichtig ist, den Familienmitgliedern anzubieten, das Gespräch (zunächst) ohne Beteiligung der Patientin/des Patienten zu führen, weil die Beteiligten dann möglicherweise freier und offener sprechen können. Die Rücksichtnahme oder das schlechte Gewissen in Bezug auf Äußerungen, die die Patientin/den Patienten kränken könnten, fällt ebenso weg, wie die häufige Sorge, den Pflegebedürftigen zusätzlich zu belasten. Gleichwohl: Wünscht sich die Familie die Teilnahme der Patientin/des Patienten, ist das zu akzeptieren und in der Planung zu berücksichtigen. Insbesondere zu Beginn der Familienberatungsgespräche brauchen die Angehörigen die Erfahrung, sich aussprechen zu können, Gehör zu finden und ernst genommen zu werden. Das Gefühl „Mir hört endlich mal jemand richtig zu“, erleichtert sowohl den Aufbau einer vertrauensvollen Basis für eine weitere Zusammenarbeit in den Familienberatungsgesprächen als auch die Annahme von (weiteren) Unterstützungsangeboten. Die Pflegetrainerinnen/Pflegetrainer berichten in diesem Zusammen-

hang, dass sie häufig zunächst als „Container“ fungieren, da die Angehörigen „sich erst einmal alles von der Seele reden müssen“. Zu bedenken ist zudem, dass die Familienmitglieder häufig ganz am Anfang der zu gestaltenden Pflegeverantwortung stehen, dass sie sich möglicherweise noch Hoffnungen auf die Gesundheit des Angehörigen machen oder sich gefühlsmäßig mit dem Thema der zukünftigen Pflege „am liebsten“ nicht auseinandersetzen möchten. Hier können hypothetisch formulierte Fragen „Was wäre, wenn ...“, z. B. die Patientin/der Patient nach der Entlassung weiterer Pflege bedarf, oder die Frage, wie die Pflege gestaltet werden würde, Varianten sein, um eine thematische Auseinandersetzung in den Familienberatungsgesprächen zu initiieren.

Für die Pflegetrainerinnen/Pflegetrainer ist ein Einstieg in die thematische Auseinandersetzung innerhalb der Familienberatungsgespräche leichter, wenn bereits einige Fragen vorab (z. B. während der Kontaktaufnahme oder durch die Kooperation mit anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Krankenhaus oder laut Dokumentation) geklärt werden konnten, z. B.:

- Wie sind der Gesundheitszustand und der zu erwartende Pflegebedarf der Patientin/des Patienten einzuschätzen?
- Sind die Angehörigen darüber ausreichend informiert?
- Wurden den Angehörigen Informationen über die Angebote des Modellprojekts innerhalb des Krankenhauses weitergegeben?
- Wann und wie sind die Angehörigen erreichbar?
- Wie viele Angehörige, in welchem verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sind bekannt und ansprechbar?
- Wie ist die Situation bisher aufgenommen worden?
- Wurde schon ein Gespräch mit dem Sozialdienst zur Klärung des weiteren Vorgehens geführt?
- Haben die Angehörigen entschieden, die Pflege zu übernehmen oder sind sie noch im Prozess der Entscheidungsfindung?
- Welche Ärztin/welcher Arzt ist zuständig?

Wenn Familienberatungsgespräche zur Entwicklung eines familialen Netzwerkes im Krankenhaus stattfinden, bieten diese die Chance, bereits zu den Pflegetrainings am Krankenhausbett mehrere Personen einzuladen. Die Beratungsgespräche können dann direkt an ein Pflegetraining anschließen, was aufgrund der oft nur begrenzten Zeit im Krankenhaussalltag sowie der begrenzten zeitlichen Ressourcen auf Seiten der Pflegetrainerinnen/Pflegetrainer und der Angehörigen eine sinnvolle und auch pragmatische Variante sein kann. Diese Variante besticht dadurch, dass durch die gemeinsamen Erfahrungen während des Pflegetrainings am Krankbett schon begonnen wurde, eine Beziehung zu den

pflegenden Angehörigen aufzubauen. Die so gewonnenen ersten Eindrücke voneinander, die Kenntnisse, die in den Gesprächen, aber auch während der Pflegeverrichtungen erworben wurden, können sowohl die Atmosphäre als auch die Gesprächsinhalte und die Intensität der thematischen Auseinandersetzung der anschließend stattfindenden Familienberatungsgespräche beeinflussen. Ebenso sind die gewonnenen praktischen Erfahrungen der Pflegetechniken für die Frage danach, wer zukünftig die direkte Pflege übernehmen wird, eine weitere Entscheidungshilfe.

Es empfiehlt sich jedoch nicht, weitere Bausteine vor oder nach einem Familienberatungsgespräch zu planen, da dies zeitlich und inhaltlich in der Regel eine Überforderung der Familie darstellt, die in der Übergangsphase im Krankenhaus Orientierung und Unterstützung sucht. Wichtige Inhalte und Ergebnisse aus den Bildungs- und Beratungsangeboten gehen in der Verdichtung verloren. Weitere und längere Bildungsprozesse mit den Pflegetrainern und Pflegetrainerinnen werden in der Folge dann oft von den Familien vermieden.

7.2 Familienberatungsgespräche in der Häuslichkeit

Haben im Krankenhaus keine Familienberatungsgespräche stattgefunden, können diese in der Häuslichkeit, z. B. zusammen mit oder zeitlich gestaffelt zu den aufsuchenden Pflegetrainings, durchgeführt werden. Auch diese Variante der Familienberatungsgespräche kann Vorteile haben: Manchmal ist es einfacher für die pflegenden Angehörigen, zu Hause am vertrauten Ort über die persönliche Situation zu sprechen. Mehrere Personen (Familienmitglieder, evtl. Freunde oder Bekannte) in die Gespräche einzubeziehen, kann ebenfalls für sie angenehmer und leichter zu organisieren sein, als das im Krankenhaus der Fall ist. Zudem eröffnen Familienberatungsgespräche in der Häuslichkeit den Pflegetrainerinnen und Pflegetrainern den Blick auf die familiäre Situation sowie auf den alltäglichen Umgang und die Beziehungssituation der Familienmitglieder. Die pflegenden Angehörigen haben darüber hinaus, im Vergleich zu den Gesprächen im Krankenhaus, im Vorfeld etwas mehr Zeit gehabt, sich mit der neuen Situation und ihren Gefühlen auseinanderzusetzen und eigene Ideen zur Gestaltung der Pflege zu entwickeln. Sie haben die ersten Tage oder Wochen der häuslichen Pflege erlebt und einen Eindruck davon bekommen, wie sich der Alltag mit der Pflege darstellt, was zu organisieren und zu erledigen ist. Spezifische Fragen sind aufgetaucht, zunächst Abgesprochenes wird vielleicht als ungünstig oder nicht umsetzbar erkannt oder neuer Entscheidungs- oder Handlungsbedarf ist hinzugekommen.

Das heißt also, dass die Inhalte der Familienberatungsgespräche in der Häuslichkeit durch die ersten Erfahrungen im Alltag beeinflusst werden, sich möglicherweise auf konkretere Anliegen beziehen oder eine erste Überprüfung der bisher ausgehandelten Absprachen möglich machen.

Die Vorbereitung auf ein Familienberatungsgespräch in der Häuslichkeit entspricht weit-

gehend dem oben bereits Genannten. Explizit ist bei der Terminvergabe darauf hinzuweisen, dass das Einbeziehen aller Familienmitglieder sowie ggf. von Freundinnen und Freunden bzw. Nachbarn hilfreich und gewünscht ist.

7.3 Ziele und Umsetzung der Familienberatungsgespräche

Die Familienberatungsgespräche verfolgen erstens das Ziel, die Entscheidungsprozesse, die infolge der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds von den Angehörigen bewältigt werden müssen, zu begleiten.

Das Angebot der Familienberatungsgespräche spricht damit zum einen Familien an, die bereits seit längerem pflegen, deren Pflegesituation sich aber durch einen erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf geändert hat oder sich erwartbar ändern wird oder deren Pflegearrangement aus anderen Gründen nicht mehr stabil ist.

Zum anderen sind in besonderem Maß diejenigen Familien angesprochen, die plötzlich mit der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds konfrontiert sind. Insbesondere für diese Familien ist davon auszugehen, dass die Pflegebedürftigkeit des Familienmitgliedes alle Beteiligten mit einer neuen und zunächst nicht einschätzbaren Situation konfrontiert, die mindestens Unsicherheit auslöst, sich aber zumeist als Krisensituation darstellt und nicht selten dazu führt, dass die Familie sich in einer Art Schockzustand befindet. Bereits das Zulassen des Gedankens, dass die Mutter/der Vater oder die Ehefrau/der Ehemann pflegebedürftig bleiben wird, kann Gefühle der Überforderung und Ängste auslösen. Die weitreichenden Veränderungen des Lebens- alltags, die diese Situation für die Familie mit sich bringt oder bringen kann, können dann weder sofort erkannt werden, noch in ihrer (mittelfristigen) Bedeutung eingeschätzt und deshalb nicht reflektiert werden. Trotz dieser schwierigen Situation für die Pflegebedürftigen und ihre Familien müssen Entscheidungen getroffen werden.

In dieser von Zeit-, Entscheidungs- und Handlungsdruck geprägten Situation bieten die Familienberatungsgespräche den Angehörigen Zeit und Raum, die aktuelle Situation und ihre möglichen Konsequenzen zu realisieren und (vielleicht erstmalig) zu besprechen. Erst auf dieser Basis können tragfähige Entscheidungen getroffen und ggf. mit Unterstützung umgesetzt werden.

Ist eine Entscheidung zur häuslichen Pflege grundsätzlich getroffen, wird mit den Familienberatungsgesprächen zweitens darauf abgezielt, die Pflege im Rahmen eines familialen Netzwerkes zu organisieren und zu gestalten.

Angesichts der bekannten Risiken von Überbelastung, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sozialer Isolation, die häufig schwerwiegenden Folgen einer pflegerischen Haupt- oder Alleinverantwortung sind, gehört hierzu zunächst die Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten unter den erwachsenen Familienmitgliedern.

Aber auch dann, wenn sich einzelne Familienmitglieder nicht an den täglichen pflegerischen Aufgaben beteiligen (können), weil sie z. B. zu weit entfernt wohnen, ist die Gestaltung der Pflege im Rahmen eines familialen Pflegenetzwerkes möglich, indem sich diese Familienmitglieder beispielsweise am Wochenende und zu Urlaubszeiten engagieren oder die Pflegesituation ideell, z. B. durch regelmäßige Telefonate oder finanziell, flankieren.

Familiale Pflegenetzwerke reduzieren jedoch nicht nur die (pflegebedingten) Belastungen erheblich, sondern ermöglichen den Familienmitgliedern vielfach eine weitgehende Kontinuität ihrer Lebensführung. Wichtige Aspekte, die (auch) im Rahmen der Familienberatungsgespräche angesprochen werden können, sind z. B. die Fortsetzung der Erwerbsarbeit oder die Aufrechterhaltung gewohnter Freizeitaktivitäten. Die Konstituierung eines Pflegenetzwerkes, in das neben Familienmitgliedern auch Freund/innen oder Nachbar/innen einbezogen werden können, trägt dann nicht

„nur“ dazu bei, die pflegerische Versorgung der Hilfebedürftigen zu sichern, sondern ermöglicht allen Beteiligten ein möglichst hohes Maß an Zufriedenheit mit der Gesamtsituation. Hinzu tritt, dass eine Integration der Erfahrungen mit der Pflege einer/ eines Angehörigen in die eigene Biografie und die familiale bzw. partnerschaftliche Lebensgeschichte zumeist dann gut gelingt, wenn die Verantwortung für die Pflege in der Familie gerecht verteilt ist. Wenn also die Familie für eine „aktive“ Gestaltung des Pflegenetzwerkes sensibilisiert werden kann, wenn Ressourcen der Familie wahrgenommen werden können, wenn gemeinsam Lösungen zur Gestaltung des zukünftigen Alltags besprochen und die Pflege entsprechend organisiert werden kann, lassen sich die erwartbaren Veränderungen des Alltags mit größerer Wahrscheinlichkeit bewältigen. Die biografischen Pläne einzelner Familienmitglieder müssen nicht aufgegeben werden und das alltägliche Leben der Familienmitglieder kann dann mit – und nicht trotz – der Pflege einer/eines Angehörigen fortgeführt werden.

Die Familienberatungsgespräche im Rahmen des Projekts setzen damit in einer als krisenhaft erlebten Situation ein, in der die Familie es für sich in Erwägung zieht bzw. sich entscheidet, die Pflege eines Angehörigen in der Häuslichkeit zu übernehmen bzw. aufrechterhalten zu wollen. Die Beratung von Angehörigen in dieser von jeder beteiligten Person neu und jeweils unterschiedlich erlebten Lebensphase bedarf einer familiensensiblen, verstehenden und wertschätzenden Begleitung, die sich an der Alltags- und Lebenswelt der Betroffenen orientiert.

Die Familienberatungsgespräche unterstützen die Familienmitglieder jetzt insbesondere dabei, herauszuarbeiten, wie der Pflegealltag zu Hause aussehen könnte und wie er gestaltet werden soll. Besprochen wird, von welchen Personen die Pflege übernommen werden kann und wer die Pflege in welcher Form zusätzlich stützen kann. Besprochen wird auch, welche Unterstützung die Familie ggf. „von außen“ benötigt und welche „externen Hilfen“ zur Verfügung stehen oder mobilisiert werden können. Dabei beziehen die Familienberatungsgespräche möglichst die Perspektiven aller Beteiligten ein und geben den Einzelnen die Gelegenheit, sowohl das eigene Erleben und Empfinden in der

aktuellen Situation darzustellen als auch eigene Vorstellungen zur zukünftigen Gestaltung der Pflege zu entwickeln und zu formulieren.

Damit die Realisierbarkeit der zusammengetragenen Ideen der Beteiligten einschätzbar wird, kann beispielsweise eine Woche stellvertretend durchorganisiert werden. Potenzielle Schwierigkeiten können so bereits im „Planungsstadium“ auffallen, wenn sich z. B. der Sohn bereit erklärt, dienstags Aufgaben zu übernehmen, sich aber bei der konkreten Wochen- oder Tagesplanung herausstellt, dass gerade der Dienstag sein längster Arbeitstag ist oder er abends noch zum Sport gehen möchte.

Der Verlauf eines Gesprächs variiert z. B. je nach Kenntnis über den Wissensstand der Angehörigen, das Ausmaß der Realisierung der aktuellen Situation und ihrer Konsequenzen sowie die Bereitschaft zur gemeinsamen Pflegeübernahme der Beteiligten. Ebenso kann es thematisch auf ein vorheriges Gespräch aufbauen oder der Reflexion der ersten Erfahrungen mit dem gewählten Pflegesetting dienen.

Zumeist beginnt das erste Gespräch mit der Darstellung des Krankheitsbildes der/des Pflegebedürftigen und einer Prognose zum erwartbaren Pflegebedarf. Die Situation des Patienten aus Sicht des Krankenhauses wird einleitend geschildert (Zustand des Patienten, Pflegeprobleme und Zeitaufwand der Pflege). Auf dieser Basis ist zu klären, von welchen Einschränkungen mit hoher Wahrscheinlichkeit vorläufig bzw. dauerhaft auszugehen ist und welche konkreten Hilfestellungen entsprechend notwendig sind, um die/den Pflegebedürftigen im Alltag angemessen zu begleiten. Diese Einschätzung ist möglichst alltagsnah zu treffen, ist ggf. mit Beispielen zu unterlegen und sollte mit Hinweisen auf praktische Hilfen verbunden sein.

Was Pflegefachleute wissen, pflegenden Angehörigen in der Regel aber erst nach und nach bewusst wird: „Chronische Krankheiten kommen um zu bleiben.“ (vgl. Strauss 1975 zit. n. Fischer 2012). Für Angehörige bedeutet das, sich flexibel und kreativ den jeweiligen neuen Anforderungen der Pflegebedürftigkeitsphasen anzupassen. Dazu ist viel Information und Wissen über Krankheit und Verlauf nötig, welches die Angehörigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit noch nicht haben können. Jede Phase der Erkrankung hat einen anderen Versorgungsbedarf! Mit dieser Kenntnis im Hintergrund ist es im Familienberatungsgespräch wichtig, nicht nur die momentane Weiterversorgung nach der Krankenhausentlassung im Blick zu haben, sondern die kontinuierliche. Behutsam sollte das Thema Vernetzung mit ambulanten Akteuren (z. B. Pflegeberater, Pflegekasse, ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen, weitere Modellbausteine) für kommende Fragen und Krankheitsverlaufphasen in das Familienberatungsgespräch eingebracht werden.

Im Weiteren werden zumeist die Erwartungen, Vorstellungen, Bedürfnisse, aber auch Unsicherheiten und Befürchtungen der Einzelnen thematisiert. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die einbezogenen Personen häufig an unterschiedlichen Punkten, bezogen auf den gesamten (Entscheidungs-) Prozess, stehen. Seitens der Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer geht es hier prinzipiell nicht darum, zu bewerten, sondern die Äuße-

rungen der einzelnen Familienmitglieder zu verstehen und sie (zunächst) nebeneinander stehen zu lassen. Erst nachdem sich alle Beteiligten austauschen konnten, werden die Äußerungen der Familienmitglieder für die Planung der Alltagsgestaltung wichtig, weil sich aus ihnen ableiten lässt, wer sich in welchem Maß wofür engagieren kann/möchte – oder auch nicht.

Häufig von Pflegetrainerinnen und Pflegetrainern genutzte Fragen, die eine Diskussion in der Familie eröffnen oder aufrechterhalten können, sind z. B.:

- Wie geht es den Einzelnen zurzeit mit der aktuellen Situation?
- Wie fühlen sich die Angehörigen bei dem Gedanken an die Pflegeübernahme?
- Welche Ideen, Überlegungen sind vorhanden, um den zukünftigen Alltag zu gestalten?
- Zu welchen Zeiten wird welche (Pflege-) Leistung von Familienmitgliedern gebraucht?
- Wer kann wann und in welchem Umfang welche Aufgaben übernehmen?
- Welche Hilfen werden zusätzlich benötigt und wer könnte sie übernehmen?

Neben diesen eher offen formulierten Fragen, die die Gespräche anregen, treten Fragen, die eher auf die konkrete Lösungssuche abzielen, z. B.:

- Welche professionellen Hilfeangebote sind denkbar?
- Wer kümmert sich um die direkte Pflege?
- Wer übernimmt den Einkauf?
- Wer übernimmt Haushaltstätigkeiten?
- Wer sorgt sich um die Beschäftigung der/des Pflegebedürftigen?
- Wer nimmt an den Pflegetrainings teil?
- Wird eine Person zur Koordination der Aufgaben bestimmt?
- In welchen Abständen soll das nun ausgehandelte Pflegesetting reflektiert und gegebenenfalls angepasst und verändert werden?
- Wer vertritt wen, wenn Absprachen nicht eingehalten werden können?

Auf dieser Basis wird in einem weiteren Schritt ein erster Plan für die Organisation des Alltags mit der Pflege entworfen und im Sinne eines erneuten Aushandlungsprozesses mit allen Beteiligten abgestimmt.

Gibt es Personen, die sich nicht nur begründet gegen die Übernahme bestimmter Aufgaben entscheiden, sondern eine Beteiligung am Pflegenetzwerk grundsätzlich zu-

weisen, ist es für die Pfliegertrainerin bzw. den Pfliegertrainer unabdingbar, die bisherige Haltung der „Allparteilichkeit“ aufzugeben und im Sinne einer „zugewandten Konfrontation“ auf Ungerechtigkeiten der bisherigen Absprachen zu verweisen, ohne jedoch die ablehnenden Familienmitglieder „in die Enge zu treiben“ und abzuwerten. Bei der Vorbereitung und Umsetzung eines Familienberatungsgesprächs sind, unabhängig vom Zeitpunkt und dem Ort der Durchführung, z. B. folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Schaffung einer guten Gesprächsatmosphäre (z. B. Ungestörtheit, ausreichend Zeit einplanen);
- Beziehungsaufbau;
- Festlegen von Struktur (insbesondere zeitlich und inhaltlich);
- Transparenz (Zuständigkeit verdeutlichen, Informationsfluss gewährleisten u. ä.);
- Festlegen von Regeln für das Gespräch (einander zuhören, einander ausreden lassen, Vertraulichkeit zusichern etc.);
- Ermitteln des Ist-Zustands;
- Erhalten der Offenheit für die Bedürfnisse, Befürchtungen, Möglichkeiten der Familie;
- Herstellen des Bezugs zum Alltag – Beispiele nutzen;
- Entwickeln von Handlungsstrategien – Ressourcen der Familie ermitteln, aktivieren, stärken;
- Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten, Perspektiven entwickeln;
- Aushandeln und „verbindliches“ Formulieren von einem Plan.

7.4 Mittelabruf

Ein Familienberatungsgespräch zur Entwicklung eines familialen Netzwerkes umfasst eine Dauer von 90 Minuten und ist mit dem Nachweis für Angebote im Krankenhaus und/oder dem Nachweis der Angebote in der Familie abzurechnen. Wird mehr als ein Familienberatungsgespräch in einer Familie geführt, wird eine Begründung in die Nachweise geschrieben.

Jedes im Krankenhaus durchgeführte Familienberatungsgespräch wird mit 94 Euro gefördert und zu jedem im Rahmen eines Hausbesuchs durchgeführten Familienberatungsgespräch kann eine Anfahrtspauschale von 16 Euro in Rechnung gestellt werden, soweit die Anfahrt nicht bereits in einem zum gleichen Termin geplanten

Baustein angerechnet wurde.

8. Der Initialpflegekurs

Der Initialpflegekurs als niedrigschwelliges, präventives Angebot, welches sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen orientiert, ist integraler Bestandteil des Überleitungsmanagements und trägt damit dem zur Unterstützung pflegender Angehöriger notwendigen Ziel der Verbindung von Beratungs- (verankert im Überleitungsmanagement) und Bildungsprozessen (verankert im Initialpflegekurs) Rechnung.

Ausgehend von dem Grundsatz, dass jeder Beratungsprozess in einen Bildungsprozess münden muss, um so die häufig krisenhaften Anfangsphasen einer familialen Pflege zu begleiten, nimmt der Initialpflegekurs eine zentrale Position ein. Mit dem Initialpflegekurs soll dabei ein langfristiger Prozess zur Unterstützung und Begleitung der Angehörigen initiiert werden, der seinen Ausgangspunkt im Überleitungsmanagement nimmt. So intendiert der Initialpflegekurs seinerseits eine Heranführung der Angehörigen an weitere Angebote wie z. B. Pflegekurse und Angehörigengruppen. Dabei stehen jedoch nicht die funktionalen und verrichtungsorientierten Angebote isoliert im Mittelpunkt. Eine Verknüpfung von pflegetechnischen mit beraterischen und psychosozialen/reflexiven Elementen wird angestrebt.

Als Angebot des Krankenhauses ist der Initialpflegekurs formal, institutionell und personell in das Entlassungsmanagement des Krankenhauses eingebunden: Behandelnde Ärzte, Pflegepersonal und der Sozialdienst offerieren pflegenden Angehörigen mit dem Hinweis auf den Initialpflegekurs ein Unterstützungsangebot, das pflegende Familien in der – oft durch Anfangskrisen gekennzeichneten – ersten Pflegephase begleitet. Der Initialpflegekurs schließt inhaltlich an die Klärung von Pflegemotivation und Ressourcen der pflegenden Angehörigen im Rahmen des Überleitungsmanagements an. Die Erfahrungen im Initialpflegekurs befördern in vielen Fällen die Teilnahme an sozialen Netzwerken, wie z. B. Angehörigengruppen, und hält somit die Versorgungskontinuität über die Modellgrenzen hinaus im Blick. So eröffnet sich mit diesem Angebot auch ein Weg aus der sozialen Isolation, die häufig gerade mit Ehepartnerschaftlicher Pflege einhergeht.

Die personelle und institutionelle Verknüpfung und die Dichte der unterschiedlichen Unterstützungs- und Beratungsangebote bieten die Chance, dass die Professionellen innerfamiliale Krisen der Familien im Entlassungsmanagement besser wahrnehmen und auffangen können. Ebenso wird eine Vertrauenskultur gefördert, in der pflegende Angehörige, ihre Familien und Professionelle kooperativ zusammenarbeiten.

8.1 Zum Rahmenkonzept des Initialpflegekurses

8.1.1 Zeitstruktur

Der Initialpflegekurs ist als Intensivkurs in drei Sequenzen à vier Unterrichtsstunden mit einer halbstündigen Pause konzipiert (also insgesamt dreieinhalb Zeitstunden). Drei Termine stellen einen überschaubaren Zeitrahmen dar, bei dem die Angehörigen für drei Vor- oder Nachmittage eine Vertretung zur Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen benötigen.

8.1.2 Zielgruppen

Zielgruppen des Initialpflegekurses sind:

- pflegende Angehörige und ihre Familien, die die Entscheidung getroffen haben, die Pflege ihres Familienmitgliedes allein oder unterstützt durch ambulante Pflegedienste durchzuführen und die am Anfang der Pflege stehen,
- pflegende Angehörige, die schon länger zuhause pflegen, mit oder ohne professionelle Hilfe, deren Pflegesituation sich verändert hat und die nun Kompetenzen zur Gestaltung/Anpassung an die neue Versorgungsphase benötigen,
- Angehörige des sozialen Netzwerkes der Patientin/des Patienten sowie
- interessierte Personen, die sich auf eine eventuelle Pflegesituation vorbereiten möchten.

Die Teilnahme am Initialpflegekurs ist dabei unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit und eines erteilten Pflegegrads.

8.1.3 Ziele

Aufgabe des Initialpflegekurses ist die Klärung des äußeren Rahmens der Pflege durch Information und Erlernen pflegerischer Kompetenzen sowie die Klärung des inneren Rahmens durch Reflexion und Stärkung der innerfamilialen Verhandlungskultur zur Entwicklung eines individuellen, familialen Pflegesettings und Pflegenetzwerkes.

Der Initialpflegekurs verfolgt folgende Ziele:

- Stärkung der Kompetenzen und der Person in der (neuen) Lebensphase, der Fürsorge und Pflege eines Angehörigen,
- Bearbeitung von (Übergangs-)Krisen,
- Stärkung der Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität für sich und gegen- über der/dem Pflegebedürftigen,
- Förderung familialer Pflegenetzwerke,
- Stärkung der Selbsthilfepotenziale und der Selbstpflegefähigkeit,
- Förderung der Bildungsbereitschaft,
- Fachliche Anleitung von Pflegeusername in konkreten Pflegesituationen.

Im Initialpflegekurs gilt es, Informationslücken zu schließen, Orientierungshilfen zu bieten sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mutig und kompetent zu machen für die neue Aufgabe, mit der eine ganze Reihe von Veränderungen und Belastungen auf unterschiedlichen Ebenen einhergehen. Die Initialpflegekurse wollen die Angehörigen befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen und ihr Pflegesetting individuell zu gestalten.

8.1.4 Inhalte

Der Initialpflegekurs gliedert sich in jeder Sequenz in zwei inhaltliche Strukturelemente, die jeweils mit gleichem Zeitanteil thematisiert werden (50 Prozent Pflegeverrichtungen – 50 Prozent prozessorientierte Inhalte):

- Unter dem Thema „Pflege will gelernt sein...“ werden elementare Pflegehandlungen, die so genannten pflegerischen Verrichtungskompetenzen, entwickelt, erprobt und reflektiert, sowie das dazugehörige pflegfachliche Grundwissen vermittelt.
- Der zweite Schwerpunkt liegt auf prozessorientierten Inhalten: Er konzentriert sich auf die Reflexion innerfamiliärer Pflegekrisen, auf die Förderung innerfamiliärer Pflegenetzwerke, zur Hinführung zu Familienkontrakten sowie auf zukunftsorientierte Inhalte mit Informationen zu Hilfsmitteln, Netzwerken und entlastenden Diensten.

8.1.5 Die Themen der drei Sequenzen des Initialkurses und ihre Lernziele im Überblick

1. Sequenz (vier Unterrichtsstunden)

Lernziele:

- Die Teilnehmer/innen lernen, Veränderungen ihrer Lebenssituation durch die Pflege und damit verbundene eigene Gefühle zu reflektieren. Sie lernen, sich eigene Bewältigungsstrategien bewusst zu machen.
- Sie üben elementare Pflegehandlungen zum Thema Mobilisation und Bewegung (Aufrichten des/der Pflegebedürftigen im Pflegebett, Unterstützung beim Bett-zu-Stuhl-Transfer, Aufstehen und Unterstützung beim Gehen). Das Lernen sicherer Techniken zielt auf die Sturzprophylaxe zur Vermeidung von Folgeerkrankungen des/der Pflegebedürftigen. Das Einüben von körper-schonenden Haltungen dient der eigenen präventiven Selbstsorge. Das früh-zeitige und sinnvolle Einsetzen auch von kleinen Hilfsmitteln kann die körperlichen und psychischen Belastungen von Angehörigen erheblich reduzieren.

Inhalte:

- Einführung und Kennenlernen,
- Thema: „Anders als ich gedacht habe“ – Veränderungen meiner Lebenssituation durch die Pflege, Thema: „Pflege will gelernt sein!“ – Demonstration, Einübung und Reflexion elementarer Pflegehandlungen (1. Teil zum Thema: Mobilisation und

2. Sequenz (vier Unterrichtsstunden)

Lernziele:

- Die Teilnehmer/innen sollen sich der Veränderungen im familiären Beziehungsgefüge durch die Pflege bewusst werden. Potenzielle alte und neue Interessens- und Anerkennungskonflikte sowie unterschiedliche Bedürfnisse in der Pflegebeziehung sollen erkannt und damit einhergehende Gefühle verarbeitet werden. Ziel ist es, die mit der Lebensphase intergenerative Fürsorge bzw. eheliche Pflegebeziehung auftretenden Entwicklungskrisen und zu lösende Entwicklungsaufgaben kennen zu lernen.
- Mit einem Pflegedual einhergehende Belastungen und die Bedeutung der Erweiterung des Pflegeduals zu einem familiären Pflegenetzwerk sollen vermittelt werden.
- Die Teilnehmer/innen sollen Ursachen und Formen von Urin- und Stuhlinkontinenz, gezielte Interventionen zur Kontinenzförderung sowie Hilfsmittel zur Inkontinenzversorgung kennen lernen. Dabei wird auch der praktische Umgang mit Toilettenstuhl, Steckbecken, Urinflasche, mit Einlagen und Schutzvorlagen sowie andere Methoden des Alltagsmanagements der Inkontinenzen eingeübt.

Inhalte:

- Thema: Pflegealltag und -beziehung: „Was will ich – und was willst Du?“, Thema: „Wer gehört zum Pflegenetzwerk? Wer unterstützt mich?“, Sozialrechtliche Fragen, Unterstützung durch die Pflegeversicherung werden hier angesprochen, aber vertieft erst in der 3. Sequenz. Hier geht es um das familiäre Netzwerk und die mögliche Aktivierung und Gestaltung.
- Thema: „Pflege will gelernt sein!“ – Förderung von Kontinenz, Versorgung und Umgang mit Inkontinenz unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf Ernährung und Dehydrierung (2. Teil zum Thema: Kontinenzförderung/ Inkontinenzversorgung).

3. Sequenz (vier Unterrichtsstunden)

Lernziele:

- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen lernen, ein eigenes Pflegenetzwerk aufzubauen und durch den Austausch über gelungene Netzwerkaktivitäten Anregungen für weitere Vernetzungsschritte gewinnen.
- Information und Ermutigung zu rechtzeitiger und gezielter Inanspruchnahme erforderlicher und sinnvoller Hilfen.
- Die Teilnehmer/innen sollen lernen, mit den speziellen Anforderungen einer Pflege bei Bettlägerigkeit umzugehen. Dazu sollen sie u. a. die Möglichkeit bekommen, besondere Pflegehandlungen zur Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe – z. B. im Hinblick auf Positionierung der Pflegebedürftigen etc. – einzuüben.
- Die Teilnehmer/innen sollen angeregt werden, ihre Pflegezukunft ressourcen- und bedürfnisorientiert aktiv zu gestalten.

Inhalte:

- Thema: Eigene Ressourcen entdecken und entwickeln,
- Thema: Pflegezukunft gestalten: „Wo stehe ich/wo stehen wir und wie kann es weitergehen?“
- Information zum aktuellen Stand der sozialrechtlichen Ansprüche und kommunalen Hilfeangebote.
- Thema: „Pflege will gelernt sein!“ – Bettlägerigkeit als besondere Belastung und unter Berücksichtigung spezieller Pflegeanforderungen, (3. Teil zum Thema: Bettlägerigkeit). Für die Durchführung der Initialpflegekurse wurde eine Handreichung mit didaktischen und methodischen Vorschlägen entwickelt.

8.2 Initialpflegekurse für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

Zusätzlich zum allgemeinen Initialpflegekurs wird ein zweiter Kurs speziell für Demenzkranke und ihre Angehörigen angeboten. Hier stehen z. B. weniger Pflegetechniken wie Mobilisation oder die besonderen Anforderungen von Bettlägerigkeit im Vordergrund, sondern der Umgang mit der Demenz im Alltag. Dazu gehören folgende Bausteine:

- Milieugestaltung für demenziell erkrankte Personen,
- Kommunikationskompetenzen im Hinblick auf die Demenz,
- Verstehende Zugänge zur Demenz,
- Beobachtung durch DCM,
- Tagesstrukturierung und Beschäftigung,
- Bearbeitung von Trauerprozessen.

Theoretisch baut der Initialpflegekurs Demenz auf den Pflegetheorien von Naomi Feil (2000), Tom Kitwood (2000), Erich Schützendorf (z. B. Schützendorf/Wallrafen-Dreisow 1994; Schützendorf 2000) und Huub Buijssen (z. B. 1994) auf, die allesamt einen pragmatischen, alltagsorientierten und strikt verstehenden Zugang für die Pflege Demenzkranke vorschlagen. Diese Ansätze werden durch Erkenntnisse aus der Bindungstheorie gestützt. Das Konzept des Initialpflegekurses für Demente ist analog zum Kurs für somatisch erkrankte und pflegebedürftige Personen aufgebaut. Zum Teil sind dem Konzept und der Handreichung für den somatisch ausgerichteten Initialpflegekurs auch einige didaktische Elemente zu entnehmen. Daher sind hier vor allem solche Aspekte aufgeführt, die sich vom somatisch orientierten Initialpflegekurskonzept unterscheiden.

8.2.1 Zielgruppen

Zielgruppen der Initialpflegekurse sind:

- pflegende Angehörige von Dementen und ihre Familien, die die Entscheidung getroffen haben, die Pflege ihres Familienmitgliedes durchzuführen und die am Anfang der Pflege stehen,
- pflegende Angehörige von Dementen, die bereits längere Zeit pflegen,
- Angehörige des sozialen Netzwerkes der Patientin/des Patienten sowie interessierte Personen.

Die Teilnahme am Initialpflegekurs ist dabei unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit und eines erteilten Pflegegrads.

8.2.2 Ziele

Aufgabe des Initialpflegekurses für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ist die Einführung in den Erkenntnisstand einer patientenorientierten und alltagsbezogenen Pflege, in deren Mittelpunkt Geborgenheit als zentrale pflegewissenschaftliche Erkenntnis steht.

8.2.3 Inhalte

Der Initialpflegekurs gliedert sich in jeder Sequenz in zwei inhaltliche Strukturelemente:

- Zum einen wird vor allem die Alltagsgestaltung der Pflege von Demenzkranken thematisiert. Im Mittelpunkt dieser Phase steht Biografie, Alltagsstruktur und Kommunikation.
- Der zweite Schwerpunkt liegt auf prozessorientierten Inhalten, d. h. Übungen und Rollenspielen.
- Beide Bereiche sind eng verzahnt und bedingen sich in Anforderung und Auseinandersetzung.

8.2.4 Didaktisches Vorgehen

Die Didaktik folgt dem Grundsatz „Arbeit am Guten“ und „Dekonstruktion des Schlechten“. Dazu gehört es, nicht die Krankheit, sondern die Beziehung in den Mittelpunkt zu stellen. Vor allem die Unterstützung des Guten soll durch validierende Kommunikation und durch eine Einführung in das DCM gefördert werden. Systemische Konfliktanalysen, Referate zum Thema Angst und Scham tragen dazu bei, das „Schlechte zu dekonstruieren“.

Die Themen im Überblick

- Ethische Grundlagen, Angst und Scham, Biografiearbeit
- Einführung zum Thema Kommunikation und Konfliktsituationen mit Dementen
- Einführung in das Dementia Care Mapping (DCM)
- Das familiäre Pflegenetzwerk

Wichtige Grundprinzipien der Pflege und Betreuung, die sich aus dem vorstehend dargestellten konzeptionellen Rahmen unmittelbar ableiten, sollten im Initialpflegekurs Demenz Berücksichtigung finden:

- Angehörige können den Alltag mit Dementen gestalten, wenn sie sich mit ihnen identifizieren können, d. h., es ist notwendig, den Erkrankten zum einen nur über seine Krankheit zu verstehen, zum anderen nur als Person anzusehen (dialektisches Verstehen).
- Eskalationen im Alltag, z. B. Protest, Weglaufen und andere Symptome, werden auf der Folie der Affekte Scham und Angst geprüft.
- Den Erkrankten sollen Sicherheitsgefühle vermittelt werden. Sie müssen „gehalten“ werden.
- Sicherheitsgefühle korrespondieren mit Würde und mit Autonomie. Einschränkungen der Freiheit müssen vor dem Hintergrund des Risikos entschieden werden. Allgemeine Unfall- und Verletzungsgefahren sind alltägliche Risiken.
- Die Kommunikation mit Dementen soll einfühlend sein (validierende Grundhaltung). Der Tagesablauf soll sich an normalen Tagesabläufen orientieren. Insbesondere dem Normalisierungsprinzip kann eine wichtige Funktion bei der erfolgreichen Gestaltung der Pflegebeziehung mit Dementen zugesprochen werden. Allerdings ist auch dies gebunden an ausreichende Angebote und vor allem Betreuungsmöglichkeiten auch während der späten Abendstunden.

8.2.5 Mittelabruf

Ein Initialpflegekurs wird mit 690 Euro für insgesamt 12 Unterrichtsstunden gefördert. Ist aus besonderem Grund ein zusätzlicher vierter Termin notwendig, kann dieser mit 230 Euro abgerechnet werden. Ein zusätzlicher Termin über 4 Unterrichtsstunden kann erfolgen, wenn ein spezieller Mehrbedarf der Teilnehmer zu einem Pflege Thema deutlich wird und es sinnvoll ist mit dieser Gruppe weiter daran zu arbeiten. Dieser Bedarf stellt sich erst im laufenden Prozess des Kurses dar und sollte alle Teilnehmer (oder zumindest den größten Teil der Gruppe) betreffen.

9. Die Angehörigenbildungsgruppen

Mit Gesprächsangeboten nach den Kursen kann die Stabilisierung des Pflegesettings für einen erkrankten Angehörigen erfolgen. Die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppe ist nach den Kursen besonders groß. Einem Abgleiten der Angehörigen in die Isolation soll auf diese Weise vorgebeugt werden. Die Gruppe hat bereits erste Kohäsions- und Solidaritätserfahrungen gemacht. Diesem Bedürfnis möchten wir Rechnung tragen und erhoffen, gekoppelt mit den aufsuchenden Pflegetrainings, eine Stabilisierung.

9.1 Ziele

Die nachfolgenden Punkte sind Ziele der Angehörigenbildungsgruppen:

Informationsfunktion

Als halboffenes Angebot können Gesprächskreise für Angehörige zur Begleitung und Unterstützung im Pflegealltag dienen. Sie bieten Raum für Austausch und Kontakt mit anderen pflegenden Angehörigen. Alltags- und Erfahrungswissen kann mitgeteilt werden. Informationen zu aktuellen Themen, kommunalen Veranstaltungen und gesetzlichen Änderungen werden im Rahmen eines kurzen Informationsblocks durch die Leitung weitergegeben.

Unterstützung bei der Gefühlsverarbeitung

Gleichwertig neben dem Informationserwerb ist auch die Verminderung der psychosozialen Belastungen der Pflegenden eine Funktion der Gesprächskreise. Austausch über und Reflexion der Pflegesituation ermöglicht einem den Blick auf das Setting für Versorgung und Pflege. Die eigene Situation wird überprüft. Isolation, Trauer und (mangelnde)

Anerkennung können realisiert werden. Unterstützungsressourcen und vorhandene oder defizitäre Netzwerke können realisiert werden. Es ist davon auszugehen, dass ein Entlastungseffekt für die Gruppenmitglieder bereits durch die Gespräche mit Personen in gleicher oder ähnlicher Situation entsteht.

Verhandlungen

Im Abgleich mit den Pflegesettings anderer Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden Alternativen erfahren und neue Lösungen können entwickelt und integriert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer profitieren von den Erfahrungen der anderen und können gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeiten. Die Gruppe ermutigt zu Verhandlungen und unterstützt beim Aufbau von Pflegenetzwerken.

9.2 Ablauf und Struktur der Angehörigenbildungsgruppen

Das Gesprächskreisangebot sollte einmal im Monat bestehen. Bei der Ansprache von potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sollte ein Überblick über die Termine des nächsten halben Jahres (entspricht sechs Terminen) gegeben werden können, damit die Angehörigen die Chance zur mittel- bis langfristigen Planung haben und kurzfristiger Terminstress vermieden wird. Empfohlen werden der Zeitraum und der Ort der Initialpflegekurse. Eventuell benötigen die Angehörigen eine Vertretung in der Pflege, um objektiv den Freiraum zur Teilnahme zu haben und ihn sich subjektiv auch gewähren zu können.

Bei der Angebotsentwicklung eines Gesprächskreises finden folgende Rahmenbedingungen Beachtung:

- Der Gesprächskreis wird regelmäßig angeboten. Es gibt eine Terminplanung und Terminübersicht.
- Das Gesprächsangebot sollte die Dauer von drei Stunden nicht überschreiten.
- Die Treffen verlaufen nach einer festen Struktur.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben einen gemeinsamen Background (pflegende Angehörige).
- Die Gruppe sollte nicht mehr als zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben.
- Es soll möglich sein, einen formalen Informationsteil mit einem offenen Angebot zu kombinieren.
- Auf die Funktionen: Information, Gefühlsverarbeitung und Netzwerke ist zu achten.

Der Gesprächskreis wird professionell geleitet und hat eine feste Struktur:

- Anfangsblitzlicht,
- Fallvorstellung – drei einzelne Situationen mit je einer halben bis Dreiviertelstunde Bearbeitungszeit; Festhalten der Ergebnisse,
- Abschlussblitzlicht,
- Informeller Ausklang mit Kaffee, Tee, Gebäck.

9.3 Mittelabruf

Für 3 Unterrichtsstunden (= 135 Minuten) Gesprächskreisangebot für pflegende Angehörige können 141 Euro erstattet werden.

10. Literaturverzeichnis

Buijssen, Huub (1994): Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer Patienten. Beltz-Psychologie Verlags Union, Weinheim.

DGG, ISAR-Screening in der Notaufnahme [online]. URL: http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/ISAR_Screening_in_der_Notaufnahme.pdf [Stand 04.01.2015].

DNQP (Hrsg.) (2009): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“, Osnabrück.

Feil, Naomi (2000): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 6. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Fischer, Wolfram (2012): Chronizität, was ist wirklich möglich? [online]. URL: http://www.dachverband-salutogenese.de/cms/fileadmin/user_upload/redakteur/Mensch45/04_DER_MENSCH_45_Fischer_Chronizitaet.pdf?PHPSESSID=2cbf06ad1589e68c3d2df80c178ee469 [Stand: 21.03.2016].

Kitwood, Tom (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.

KHP (2015): Krankenhausplan NRW 2015 [online]. URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617> [Stand 04.01.2015].

Blomenkamp, Lena/von Kamen, Ruth/Lagedroste, Carina/Seifen, Stephan (2014): Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht, Bielefeld [online]. URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/dokumente/quantitative-studien/Evaluationsbericht_Hilfsmittelversorgung.pdf [Stand 23.01.2015].

Sander, Brunhild/Radtke-Röwekamp, Bianca/Hansla, Alexandra (2011): Allgemeine Ergebnisse im Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Neue Herausforderungen im Übergang von Krankenhaus in die häusliche Pflege“ der Universität Bielefeld gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NordWest. Bielefeld.

Sander, Brunhild/Seifen, Stephan/von Kamen, Ruth (2015): Neue Herausforderungen

im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Evaluation des Modellprojekts. Bericht für den Zeitraum vom 01.01.2014 bis 31.12.2014. Bielefeld.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf;jsessionid=4FOE406332D9130FE5471C1E88E60B18.cae1?__blob=publicationFile [Stand: 22.03.2016].

Striebosch, Daniela (2005): Konzept und Leitbogen zur Anleitung von pflegenden Angehörigen. Unveröffentlichtes Manuskript.

Schützendorf, Erich/Wallrafen-Dreisow, Hartmut (1994): In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

Schützendorf, Erich (2000): Biotope und Schleusen im Meer der Verrücktheit. Anregungen zum Eintauchen und Auftauchen aus anderen Welten. Diakonisches Werk Rheinland, WABe-Druck, Aachen.

