



**20.8.2017**

### **"Unsere Brücke - Biberach" eine Standortbestimmung**

Die Nachwirkungen dieser Gesundheitsreform mit Einführung der Fallpauschale (DRG'S) haben die Zahl und Struktur der Krankenhäuser auch in Baden-Württemberg, vor allem im ländlichen Raum nachhaltig verändert.

Dieser Prozess wird noch weitergehen. Die Liegezeit ist in den Akutkliniken auf ein zuvor nicht für möglich gehaltenes Niveau reduziert worden. Im operativen Bereich werden die kurzen Liegezeiten durch AHB-Kliniken abgemildert, so dass sich die Probleme oftmals erst zeitverzögert bemerkbar machen.

Vor allem im ländlichen Raum macht sich auch der Mangel an Hausärzten immer stärker bemerkbar.

Bei allen diesen Veränderungen sind die Patienten die Leidtragenden. Sie sind oftmals nicht mehr ausreichend versorgt. Gerade bei älteren Patienten hat sich gezeigt, dass oftmals Wochen vergehen, bis der Status quo ante nach einer schweren Erkrankung wieder erreicht wird - wenn überhaupt.

Wir haben uns 2003 überlegt, wie wir die Folgen der Gesundheitsreform für die Patienten etwas abmildern können und haben um das Krankenhaus in Ochsenhausen zur poststationären Nachbetreuung "Unsere Brücke" gegründet.

Nach der überraschenden Schließung des Krankenhauses in Ochsenhausen und Übernahme der verbliebenen Krankenhäuser durch die Sana wurde eine Neugründung "Unserer Brücke" in Biberach notwendig. Zuvor wurde versucht in monatelangen Diskussionen die Brücke in Ochsenhausen (wie jeder Außenstehende erwarten würde) nach Biberach zu verlegen. Alle Versuche in mehreren Mitgliederversammlungen scheiterten, da die Mitglieder nicht wollten, dass die reichlichen Spenden aus dem Ochsenhausener Raum den Biberacher zu gute kommen!

Mit Hilfe einer großzügigen Anschubfinanzierung durch die Kreissparkasse, der Bruno-Frey Stiftung sowie der Bürgerstiftung in Biberach gelange der Start in Biberach problemlos.

Da wir uns mit unseren Leistungen nicht eindeutig im Bereich SGB V oder SGB XI ansiedeln können, sondern dies eine Unterstützungsleistung ist, welche in dieser Form so noch nicht vorliegt, haben wir uns mit unserer Idee für den Innovationspreis Pflege 2014 des Landes Baden-Württemberg beworben.

Über 3 Jahre haben wir vom Sozialministerium Baden-Württemberg einen großzügigen Geldbetrag zur Verfügung gestellt bekommen. Mit dem wir Patienten ohne finanziellen Druck betreuen konnten und Strukturen auch in den Sanakliniken Riedlingen und Laupheim aufbauen konnten.

Die Förderung durch das Land Baden-Württemberg wird im November 2017 beendet sein.

### **Wir fallen dann ein Finanzierungsloch und sind dringend auf Spenden angewiesen.**

Die Förderung durch das Land Baden-Württemberg war an die Bedingung einer wissenschaftlichen Auswertung geknüpft. Diese Auswertung wird durch die Universität in Vallendar durch den Lehrstuhl von Prof. Brandenburg durchgeführt. In Vallendar befindet sich neben der Charité in Berlin die einzige pflegewissenschaftliche Fakultät einer deutschen Universität.

Im Folgenden soll der Ablauf der poststationären Patientenversorgung durch den Förderverein „Unsere Brücke“ kurz dargestellt werden.

Die Patienten erhalten mit den Aufnahmepapieren auch einen Flyer "Unserer Brücke". Seit gut 2 Jahren wird am Ende der stationären Behandlung, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, ein Entlassmanagement mit Krankenschwestern, Sozialarbeiter und wenn notwendig den Stationsärzten durchgeführt. Dabei wird besprochen, ob der Patient noch Hilfen bzw. eine Nachbetreuung bedarf.

Operierte Patienten werden nach kürzest möglicher Zeit einer Anschlußheilbehandlung (AHB) zugeführt. Bei den restlichen Patienten wird entschieden, ob eine Nachbetreuung durch "unsere Brücke" notwendig oder sinnvoll ist.

Die Pflegekraft, welche im Rahmen des stationären Aufenthaltes den Patienten kennt bzw. zuständig ist, nimmt Kontakt auf mit der Koordinatorin für den Verein „Unsere Brücke“. Diese vermittelt dann, je nach Wohnort des Patienten, eine Kollegin des „Brücke-Teams“, welche den Patienten zu Hause betreuen wird. Wichtig dabei ist, dass es nicht darum geht, den Patienten zu Hause zu pflegen, sondern darum, die Genesung zu verfolgen, zu beraten und ggf. Maßnahmen zu veranlassen.

Oft ist es auch einfach nur gut, wenn noch jemand „nach dem Rechten sieht“. Bevor der Patient dann entlassen wird, besucht ihn die Pflegekraft, die dann auch nach Hause kommt, stellt sich vor und nimmt auch - mit Einverständnis des Patienten – Kontakt mit dem Hausarzt auf. Der weiterhin für den Patienten zuständig ist. Alle Entscheidungen werden mit ihm besprochen.

Nach der Entlassung wird der Patient 2 – 4 Wochen insgesamt 4 – 6x besucht. Sollte danach die Versorgung problemlos funktionieren, schließt die Pflegekraft den Fall ab. Bei Problemen kann die Fachkraft Entscheidungen zu weiteren Maßnahmen unterstützen (z.B. Wiedereinweisung durch den Hausarzt oder Zuzug einer ambulanten Pflege oder eine längere Betreuung).

**Der Zeitraum der ist bewusst gewählt. Einer amerikanischen Studie zufolge wird jeder fünfte Patient, der nach einem Krankenhausaufenthalt entlassen wird, innerhalb eines Monats erneut eingewiesen – meist mit einer ganz anderen**

## **Diagnose.**

Möglicherweise ist Ihnen das auch schon einmal aufgefallen: Ein in der Regel älterer Kunde war im Krankenhaus, beispielsweise wegen einer Herzerkrankung, und muss kurze Zeit später wieder stationär behandelt werden – diesmal wegen einer Infektion, einer Lungenentzündung, eines Knochenbruchs oder psychischen Problemen. Der Kardiologe Dr. Harlan Krumholz von der Yale University School of Medicine in New Haven, USA hat dieses als „**Post-Hospital-Syndrom**“ bezeichnete Phänomen anhand von 2,6 Millionen Patientendaten untersucht.

**Es sind vor allem Senioren betroffen** Wer gerade die Klinik verlässt, befindet sich noch in der Phase der Rekonvaleszenz und besitzt noch nicht wieder seine volle Widerstandskraft. So ein Krankenhausaufenthalt bedeutet außerdem jede Menge Stress für Körper und Psyche. Man schläft nicht besonders gut, weil man in einem fremden Bett liegt und das Zimmer eventuell mit mehreren Personen teilen muss.

Der Förderverein "Unsere Brücke" in Biberach hat zum 1. Oktober 2013 seine Tätigkeit aufgenommen. Er hilft Patienten nach der Entlassung aus den Sanakliniken im Kreis Biberach bei der Koordination ihrer häuslichen und medizinischen Probleme.

Ca. 10-12 engagierte Schwestern und Pfleger meist aus dem Sanaklinikum in Biberach arbeiten in "Unserer Brücke" mit. Sie kennen meistens die Patienten von ihrer stationären Tätigkeit. Sie können daher eine Verschlechterung des Zustandes des Patienten, wenn er sich wieder zuhause befindet, sofort erkennen und die notwendigen Schritte unternehmen. Die Betreuung erfolgt zusammen mit dem Hausarzt.

Die Diagnosen der Patienten umfassen das ganze Spektrum der inneren Medizin sowie die Genesungsphase nach operativen Eingriffen.

Es sind aus dem Gebiet der inneren Medizin vor allem folgende Krankheiten: COPD und andere chronische Lungenerkrankungen, eine Herzinsuffizienz oder koronare Herzerkrankung. Patienten mit diabetischen Folgeerkrankungen, Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie akute und chronische Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, die von "unserer Brücke" betreut werden.

Aber auch Patienten mit vaskulären Erkrankungen wie arteriellen Durchblutungsstörungen und cerebralem Insult, die unter Umständen nach vorangegangener AHB in der Geriatriischen Reha Klinik weiter betreut werden müssen, um ihnen ein Leben daheim zu ermöglichen.

"Unsere Brücke" ähnelt der Tätigkeit von home care Einrichtungen bei onkologischen Patienten, wird aber von den Krankenkassen nicht unterstützt. Es wurden deswegen mehrere Gespräche mit der Direktion der AOK Ulm-Biberach geführt. Diese Gespräche endeten immer mit folgenden Worten: „Wir halten die Tätigkeit „unserer Brücke“ für eine sehr sinnvolle Sache, haben aber auch für einen Modellversuch kein Geld“

„Unsere Brücke“ soll in gar keinen Fall in Konkurrenz zur ambulanten Pflege stehen. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen stehen „unserer Brücke“ wohlwollend gegenüber.

**Wie ist die Tätigkeit "unserer Brücke" einzuordnen und wer profitiert davon?**

Zusammengefasst ergeben sich folgende Vorteile:

#### **Für die Klinik:**

- Kosten sparen durch rechtzeitige Entlassung
- zufriedene Patienten - kommen wieder - Ruf in der Öffentlichkeit
- verbesserte Zusammenarbeit Klinikärzte - Hausärzte
- Pflege als Koordinationsstellen und inhaltliche Weiterentwicklung von Behandlungsqualität (Expertise)

#### **Für die Mitarbeiter (Pflegekräfte):**

- Motivation durch spannendes Aufgabenfeld
- Begleitung des Patienten über die Klinikgrenzen hinaus - Rückmeldung über den Zustand des Patienten - somit nützliche Informationen für die Klinik

#### **Für die Kostenträger:**

Nutznieser sind aber auch die Krankenkassen, welche durch die fachkundige Nachbetreuung erhebliche Finanzmittel (Wiedereinweisung) einsparen können

#### **Für die Patienten:**

Am meisten aber profitiert der Patient, dem Gelegenheit gegeben wird unter Kontrolle erfahrener Krankenschwestern und Krankenpfleger sich wieder zuhause zurecht zu finden. Dass sich dem Patienten bereits bekannte Schwestern, die vor allem mit seiner Erkrankung vertraut sind, um ihn kümmern, ist ein einmaliger Vorzug.

Es ist vor allem gesichert, dass eine erneute Verschlechterung rechtzeitig erkannt und in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt rechtzeitig therapiert und eventuell eine erneute Krankenhauseinweisung vermieden wird.

Die Patienten profitieren von der Menschlichkeit und Sicherheit durch Kontinuität der Bezugsperson nach der Entlassung.

In früheren Jahren war auch eine soziale Komponente für die Dauer eines stationären Aufenthalts maßgebend. Seit der Abrechnung nach Fallpauschalen (DRG's), sollte der Patient möglichst nach Erreichen der Mindestverweildauer entlassen werden. Die frühzeitige Entlassung birgt grundsätzlich die Gefahr einer vorzeitigen Wiedereinweisung (Drehtüreffekt),

Die Leistungen der Brücke-FK sind für die Patienten kostenlos. Der Verein ist daher auf Spenden und andere Geldmittel angewiesen. Für jede Einsatzstunde (Hausbesuch) einer Brückenfachkraft werden 20 Euro und 0,33 Euro für jeden Fahrkilometer vergütet.

Die Pflegekräfte haben eine Nebentätigkeitserlaubnis des Sanaklinikums und werden nach einem Stundensatz mit Wegpauschale bezahlt. Ein ausreichender Versicherungsschutz wird gewährleistet.

Die aktuelle Auswertung für das letzte Vierteljahr von Juni bis August 2017 alle Ausgaben zusammengezählt ergab ca. 4500.-- €.

Das Motto für "Unsere Brücke" lautet daher:

**"Entlassen - aber nicht allein gelassen"**

**Zusammenfassung :**

**Lücken unseres Gesundheitssystems in der poststationären Betreuung abzuhefen war der Grundgedanke zur Gründung des Fördervereins "Unsere Brücke"**

**Vereinszweck**

Auf der Grundlage der Satzung des Fördervereins soll die ganzheitliche Sichtweise des Patienten in der Gesundheitsversorgung nach dem bio-psycho-sozialen Modell gestärkt werden.

Das bedeutet dass der kranke Mensch nicht nur in seinen körperlichen, geistigen und seelischen Einschränkungen gesehen wird, sondern auch seine soziale Einbindung in seinem Lebensumfeld und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft berücksichtigt werden muss.

**Wir wollen dazu beitragen,**

- ◆ eine größtmögliche individuelle Selbständigkeit des Patienten durch Verbleib in seinem Zuhause zu erreichen.
- ◆ Vertrauen in die stationäre Versorgung durch personelle Kontinuität in der nachstationären Betreuung und somit Angst vor der Entlassung aus der Klinikbehandlung abbauen
- ◆ Angehörige bei der Rückkehr des Patienten aus der Klinik beim Übergang in den häuslichen Alltag zu unterstützen
- ◆ durch eine Vernetzung der Klinik mit ambulanten Betreuungsangeboten die Fortsetzung der in der Klinik begonnenen Therapie zu gewährleisten
- ◆ die Notwendigkeit einer kurzfristigen Wiederaufnahme des Patienten in die Klinik aufgrund mangelnder Stabilisierung zu vermeiden (Drehtüreffekt).

Die Indikation spielt im Grunde keine Rolle, es sei denn, es handelt sich um ein palliativ zu versorgendes Carcinomleiden. Dafür gibt es „Brückenschwestern“ und die SAPV. Der Name „Brückenschwester“ ist vom onkologischen Zentrum Stuttgart patentgeschützt. Wir sprechen deshalb in der Regel von „Brücke-Fachkräften“

Patienten mit einer nicht ausreichenden Compliance oder bei Bedrohung der alltagsrelevanten häuslichen Selbständigkeit nach der Entlassung aus der Klinik. Und schließlich: eine Pflegeeinstufung liegt (noch) nicht vor oder wenn bereits erfolgt, besteht keine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst – also keine Sachleistung -, sondern Pflegegeldbezug, weil die Ehefrau/Ehemann die Pflege in eigener Person übernimmt.

Es war eine Forderung des Sozialministeriums, Patienten mit Migrationshintergrund intensiv mitzubetreuen. Wir haben in unsrer Betreuungsteam Pflegekräfte mit russischen, rumänischen, serbokroatischen und türkischen Sprachkenntnissen.

Gerade unsere türkischstämmige Krankenschwester wird von ihren Landsleuten sehr geschätzt.

Auf unserer Homepage: [www.unsere.bruecke.de](http://www.unsere.bruecke.de) finden sich weitere Informationen.

## Anlagen Anhang:

### Ablaufplan für das Fallmanagement 1

Wann	Wer	Aufgabe
1. Neuaufnahme-Zugang	zuständige Gesundheits- und Krankenpflege— Fachkraft (GUK-FK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informiert Brücke-FK oder eine der beiden Koordinatorinnen über einen möglichen post-stationären Unterstützungsbedarf eines Patienten</li> </ul>
2. Aufnahmetag oder zum nächst möglichen Zeitpunkt	Koordinatorin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermittelt die zuständige und einsatzbereite Brücke-FK</li> <li>• Übernimmt bei Bedarf die Funktion der Brücke-FK</li> </ul>
3. ab dem 2. Tag	Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüft das Vorliegen einer Indikation für das Fallmanagement mit vorläufigem Maßnahme - katalog unter Einbeziehung des Assessment- bogens und der Krankenakte ,ggf. unter Berücksichtigung einer evtl. vorliegenden Indikation für eine Anschlussrehabilitation</li> <li>• Nimmt Rücksprache mit dem Stationsarzt zu einem möglichen Einsatz für „Unsere Brücke“</li> <li>• Nimmt gegebenenfalls Kontakt zum Sozialdienst der Klinik auf und spricht eine mögliche Aufgabenverteilung ab</li> <li>• Nimmt Kontakt mit dem Patienten auf, erläutert ihm das Ziel einer Maßnahme durch „Unsere Brücke“ und holt das Einverständnis des Patienten und des verantwortlichen Angehörigen ein</li> <li>• Informiert die Pflegestationsleitung und die Koordinatorin über das geplante Fallmanage- ment „Unsere Brücke“</li> </ul>
4. Am Tag vor der Entlassung	zuständige Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legt den Maßnahmenkatalog einschließlich des Bedarfs an Hilfsmitteln fest</li> <li>• Falls erforderlich: Antragstellung auf Hilfs- mittelgewährung beim zuständigen Leistungs- träger</li> <li>• Informiert Patient, Angehörige und Hausarzt über den Termin des ersten Hausbesuchs</li> </ul>
5. während der Betreuung durch „Unsere Brücke“	Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mitgeführte Dokumente beim Hausbesuch sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kopie des Stammblasses</li> <li>➤ Aktueller Arztbrief</li> <li>➤ Einverständniserklärung</li> <li>➤ Assessmentbogen</li> <li>➤ Prozessplanungsbogen</li> </ul> </li> <li>• Nimmt Kontakt auf mit dem Hausarzt bzw. der Koordinatorin oder geeigneten Unterstützungs- einrichtungen bei neu auftretenden Sachver- halten sowie bei Problemen im Einsatz</li> <li>• Führt die laufende Einsatzdokumentation</li> </ul>

5. Abschluss	Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informiert den Hausarzt über die Beendigung des Einsatzes</li> <li>• Übergibt die Dokumentationsunterlagen und den Evaluationsbogen an die Koordinatorin</li> <li>• Meldet dem Steuerbüro Neuner die Zahl der Einsatzstunden und Fahrkilometer</li> </ul>
	Koordinatorin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übermittelt eine Kopie der monatlichen Evaluationsbögen an den Kassier des Fördervereins und archiviert die Dokumente</li> </ul>

## Ablaufplan für das Fallmanagement 2

Wann	Wer	Aufgabe
1. Neuaufnahme-Zugang	zuständige Gesundheits- und Krankenpflege— Fachkraft (GUK-FK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informiert Brücke-FK oder eine der beiden Koordinatorinnen über einen möglichen poststationären Unterstützungsbedarf eines Patienten</li> </ul>
2. Aufnahmetag oder zum nächst möglichen Zeitpunkt	Koordinatorin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermittelt die zuständige und einsatzbereite Brücke-FK</li> <li>• Übernimmt bei Bedarf die Funktion der Brücke-FK</li> </ul>
3. ab dem 2. Tag	Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüft das Vorliegen einer Indikation für das Fallmanagement mit vorläufigem Maßnahme - katalog unter Einbeziehung des Assessmentbogens und der Krankenakte ,ggf. unter Berücksichtigung einer evtl. vorliegenden Indikation für eine Anschlussrehabilitation</li> <li>• Nimmt Rücksprache mit dem Stationsarzt zu einem möglichen Einsatz für „Unsere Brücke“</li> <li>• Nimmt gegebenenfalls Kontakt zum Sozialdienst der Klinik auf und spricht eine mögliche Aufgabenverteilung ab</li> <li>• Nimmt Kontakt mit dem Patienten auf, erläutert ihm das Ziel einer Maßnahme durch „Unsere Brücke“ und holt das Einverständnis des Patienten und des verantwortlichen Angehörigen ein</li> <li>• Informiert die Pflegestationsleitung und die Koordinatorin über das geplante Fallmanagement „Unsere Brücke“</li> </ul>
4. Am Tag vor der Entlassung	zuständige Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legt den Maßnahmenkatalog einschließlich des Bedarfs an Hilfsmitteln fest</li> <li>• Falls erforderlich: Antragstellung auf Hilfsmittelgewährung beim zuständigen Leistungsträger</li> <li>• Informiert Patient, Angehörige und Hausarzt über den Termin des ersten Hausbesuchs</li> </ul>

5. während der Betreuung durch „Unsere Brücke“	Brücke-FK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mitgeführte Dokumente beim Hausbesuch sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kopie des Stammblasses</li> <li>➤ Aktueller Arztbrief</li> <li>➤ Einverständniserklärung</li> <li>➤ Assessmentbogen</li> <li>➤ Prozessplanungsbogen</li> </ul> </li> <li>• Nimmt Kontakt auf mit dem Hausarzt bzw. der Koordinatorin oder geeigneten Unterstützungseinrichtungen bei neu auftretenden Sachverhalten sowie bei Problemen im Einsatz</li> <li>• Führt die laufende Einsatzdokumentation</li> </ul>
5. Abschluss	Brücke-FK  Koordinatorin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informiert den Hausarzt über die Beendigung des Einsatzes</li> <li>• Übergibt die Dokumentationsunterlagen und den Evaluationsbogen an die Koordinatorin</li> <li>• Meldet dem Steuerbüro Neuner die Zahl der Einsatzstunden und Fahrkilometer</li> <li>• Übermittelt eine Kopie der monatlichen Evaluationsbögen an den Kassier des Fördervereins und archiviert die Dokumente</li> </ul>

## Assessmentbogen

1	<input type="checkbox"/>	Sozialstation oder privater Pflegedienst ist bei Patient <b>nicht</b> tätig
2	<input type="checkbox"/>	Eine Verbesserung der Compliance ist bei Patient/Angehörigen zu erwarten
3	<input type="checkbox"/>	Erhöhtes Risiko für die schnelle Wiederaufnahme ins Krankenhaus besteht.
4	<input type="checkbox"/>	Dem Patient/Angehörige können bevorstehende Ängste oder Bedenken in der häuslichen Versorgung abgebaut werden
5	<input type="checkbox"/>	Bei chronisch erkrankten Patienten kann eine erneute Dekompensation verhindert werden
6	<input type="checkbox"/>	Über wichtige Nebenwirkungen durch die im Krankenhaus begonnene Therapie kann informiert und aufgeklärt werden
7	<input type="checkbox"/>	Eine dauerhafte Heimunterbringung kann verhindert werden
8	<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie im häuslichen Bereich kann erhalten oder optimiert werden
9	<input type="checkbox"/>	Fehlerquellen bei der Medikamenteneinnahme können ermittelt und verhindert werden
10	<input type="checkbox"/>	Krankheitsbezogene Ängste können genommen bzw. abgebaut werden



11	<input type="checkbox"/>	Die während des Klinikaufenthalts erlernten Fähigkeiten können optimiert werden
12	<input type="checkbox"/>	Nötige Hilfsmittel für das häusliche Umfeld können ermittelt werden
13	<input type="checkbox"/>	Eine Verbesserung der Vernetzung von ambulanten Unterstützungsdiensten kann erreicht werden
14	<input type="checkbox"/>	Der Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Patient kann optimiert werden

**Entscheidung über den Einsatz der Brücke:**

Vorrangige Kriterien- Nummern für den Einsatz:

---

Mögliche Bedenken gegen einen erfolgreichen Einsatz:

---

**Brückeneinsatz**                      **ja**                       **nein**

**Bei der Auswertung der Patienten,, die einer Auswertung durch die Universität Vallendar zugestimmt haben (ca. 50%) mussten sehr viel ausführlichere Fragen- und Verlaufbögen verwendet werden.**