



Caritasverband
Schaumberg-Blies e.V.

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken



Modellprogramm zur Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

„Daheim aktiv“

Modell zur ständigen Aktivierung pflegebedürftiger Menschen
in ihrem Zuhause

Laufzeit: 1. April 2010 bis 31. März 2013

Abschlussbericht

iso-Institut Saarbrücken (Projektleitung: Carola Schweizer, unter
Mitarbeit von Jana Kammerhoff)

Saarbrücken April 2013

Inhalt

3.	Ergebnisse und Bewertung	6
3.1	Forschungsdesign und Methode.....	7
3.2	Personenkreis	13
3.2.1	Soziodemographische Daten	14
3.2.2	Daten zum Pflege- und Hilfebedarf.....	19
3.2.3	Versorgungssituation	25
3.3	Daten zum Verlauf der Maßnahme	28
3.3.1	Vorzeitige Beendigung der Maßnahme	30
3.3.2	Unterbrechung der Maßnahme	32
3.3.3	Verbleib der Probanden.....	35
3.4	Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	36
3.4.1	Personelle Besetzung und Teamfindung	37
3.4.2	Kompetenzen, Kompetenzgrenzen und Kompetenzzugewinne.....	41
3.5	Anleitung des ambulanten Pflegedienstes.....	44
3.5.1	Vernetzung.....	47
3.6	Anleitung pflegender Angehöriger.....	48
3.7	Wirkung der Maßnahme.....	52
3.7.1	Assessmentergebnisse	52
3.7.2	„Weiche“ Erfolgskriterien	64
3.8	Diskussion der Ergebnisse.....	69
4.	Ausblick	73
	Literatur	76
	Anhang 1	79
	Erhebungsinstrumente:	79
	Kundenbezogenes Datenblatt.....	80
	ID-Nr. des Kunden/der Kundin:.....	80
	Beginn der Modellmaßnahme:	80
I.	Soziodemographische Daten	80
II.	Pflege- und Hilfebedarf	81

III.	Verlauf der Modellmaßnahme.....	83
IV.	Pflegende Angehörige.....	85
V.	Gesamtbewertung durch die Pflegekraft	86
	Outcome - Messung	87
	ID-Nr. des Kunden/der Kundin:	87
	Ergebnisse der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung.....	87
I.	Barthel-Index (Gesamtpunktzahl):	87
II.	Timed Up & Go:	87
IV.	DemTect	88
V.	Funktionaler Selbständigkeitsindex (FIM).....	88
	Leitfaden zum Expertengespräch mit der Projektleitung	90
2.	Zielsetzung.....	90
3.	Zentrale Modellelemente	90
4.	Implementierung.....	91
5.	Leitung.....	91
1.	Beruflicher Hintergrund.....	92
2.	Beteiligung an der konzeptionellen Entwicklung	92
3.	Ziele	92
4.	Umsetzung der Modellmaßnahme	92
5.	Teamarbeit	93

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter und Geschlecht nach Standort	15
Tabelle 2: Familienstand nach Geschlecht und Standort	16
Tabelle 3: Haushaltsstruktur nach Geschlecht und Standort	16
Tabelle 4: Inanspruchnahme von Geld-, Sach- oder der Kombination von..... Geld und Sachleistungen	18
Tabelle 5: Pflegestufe nach Geschlecht und Standort (zu Beginn der Maßnahme)	19
Tabelle 6: Pflegestufe nach Altersgruppen (zu Beginn der Maßnahme).....	20
Tabelle 7: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht	
(Mehrfachnennungen)	21
Tabelle 8: Heilmittelversorgung im Quartal vor Beginn der Modellmaßnahme nach Alter	
und Geschlecht	22
Tabelle 9: ICD-Hauptgruppen nach Geschlecht und Standort (Mehrfachnennungen).....	23
Tabelle 10: Ausmaß der Multimorbidität der Probanden	24
Tabelle 11: Institutionelle Versorgung vor Beginn der Modellmaßnahme nach Alter	
und Geschlecht	25
Tabelle 12: Inanspruchnahme ambulanter Hilfen nach Geschlecht und Standort	
(Mehrfachnennungen)	26
Tabelle 13: Hauptpflegeperson nach Alter und Geschlecht	27
Tabelle 14: <i>Interventionsgruppe</i> : Vorzeitige Beendigung der Maßnahme	31
Tabelle 15: <i>Interventionsgruppe</i> : Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme.....	31
Tabelle 16: <i>Kontrollgruppe</i> : Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme	31
Tabelle 17: <i>Interventionsgruppe</i> : Gründe für die Unterbrechungen der Maßnahme.....	
nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen)	33
Tabelle 18: <i>Interventionsgruppe</i> : Unterbrechung der Maßnahme durch Aufenthalte im.....	
Krankenhaus und in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege nach Pflegestufe	33
Tabelle 19: <i>Kontrollgruppe</i> : Unterbrechung der Maßnahme durch Aufenthalte im	
Krankenhaus und in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege nach Pflegestufe	34
Tabelle 20: Verbleib des Probanden am Ende der Maßnahme	35
Tabelle 21: Ergebnisse nach Barthel-Index.....	54
Tabelle 22: Ergebnisse nach DemTect.....	56
Tabelle 23: Ergebnisse nach visueller Schmerzskala	57

Tabelle 24: FIM-Summscores nach Altersgruppen, Geschlecht, Standort, den drei häufigsten Erkrankungen und Pflegestufen	59
Tabelle 25: Mittelwertunterschiede der Assesmentergebnisse	61



3. Ergebnisse und Bewertung

Die sozialrechtlichen Normen und Richtlinien der Pflegeversicherung charakterisieren aktivierende Pflege eher unspezifisch, legen sie aber als generelle Handlungsnorm der Pflege¹ im Rahmen der Pflegeversicherung (§ 28 Abs. 4 SGB V) fest². Obwohl es keine klare Leistungsbeschreibung der aktivierenden Pflege gibt, würde kaum eine Pflegeeinrichtung von sich behaupten, nicht aktivierend zu pflegen. Pflegekräfte, so eine Studie von Blass³, antworten auf die Frage, was aktivierende Pflege für sie in ihrem Arbeitsalltag bedeutet, relativ allgemein und vermeiden Konkretisierungen bei der Leistungsbeschreibung. An diesem konzeptionellen Mangel setzte der Modellträger an und definierte einen „Aktivierungskomplex“ (vgl. Kapitel 2.1), der der aktivierenden Pflege einen konzeptionellen Rahmen geben sollte.

Der Modellansatz kann auch im Kontext der Neudefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit⁴ gesehen werden. Dort werden aktivierende Aspekte stärker gewichtet als in der derzeitigen Definition. Die Pflegedienste, so die Erfahrung des Modellträgers, seien auf diese Entwicklung jedoch nicht eingestellt, deshalb sei es notwendig, „Aktivierung“ mit konkreten Leistungsinhalten zu füllen, damit sie Teil der pflegerischen Routine werden könne.

Die Modellkonzeption und die mit dem Modellansatz verbundene Zielsetzung sind in Kapitel 2.1 und 2.3 beschrieben. Für die Begleitforschung ergeben sich aus der Zielsetzung drei zentrale Hypothesen:

1. Die Installierung eines „Aktivierungsteams“ mit speziell geschulten Ergotherapeuten und Pflegekräften und die Definition eines „Aktivierungskomplexes“ sind notwendig, um aktivierende Pflege – im Sinne des Erkennens und Förderns von Potentialen – in das Alltagshandeln der Pfl-

¹ § 28 Abs. 4 SGB XI: „Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um die Gefahr der Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.“

² Vgl. Dangel, B. Korporal, J. (2003).

³ Vgl. Blass, K. (2012).

⁴ Vgl. Wingenfeld, K. et al. (2008).

ge zu integrieren. Die gelungene Etablierung führt dann zu mehr Fachlichkeit in der ambulanten Pflege.

2. Der „Aktivierungskomplex“ mindert die funktionellen Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen, verbessert seine soziale Teilhabe und fördert bzw. erhält die Pflegebereitschaft der Angehörigen.
3. Der „Aktivierungskomplex“ stabilisiert die häusliche Versorgung und trägt dazu bei, das gesundheits- und sozialpolitische Postulat „ambulant vor stationär“ zu stärken.

In den folgenden Kapiteln wird es darum gehen, die Hypothesen zu verifizieren oder zu falsifizieren. Dabei stützt sich die Begleitforschung auf eine Triangulation qualitativer und quantitativer Methoden. Der Schwerpunkt liegt auf der Analyse statistischer Daten, deren Sammlung mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand für die Therapeutinnen und Aktivierungscoaches verbunden war.

3.1 Forschungsdesign und Methode

Aus den Hypothesen lassen sich drei Themenkomplexe ableiten, an denen sich das methodische Vorgehen orientieren muss. Dabei lassen sich die Themenkomplexe den Qualitätsdimensionen nach Donabedian⁵ zuordnen:

1. *Implementierung des „Aktivierungskomplexes“ (Struktur- und Prozessqualität)*: Hier geht es um die Frage, ob sich der Modellansatz in der geplanten Weise realisieren ließ und welche Faktoren für den Implementierungsprozess förderlich oder hemmend waren. Im Fokus stehen dabei
 - das Funktionieren der interprofessionellen Zusammenarbeit im Aktivierungsteam,
 - das Gelingen der edukativen Aufgaben (teamintern, teamextern, Anleitung der pflegenden Angehörigen),
 - die Integration und die Akzeptanz des Modellansatzes in der ambulanten Pflege sowie

⁵ Vgl. Donabedian, A. (1966).

-
- die Vernetzung des Modellansatzes mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufen.
2. *Wirksamkeitsnachweis des „Aktivierungskomplexes“ (Ergebnisqualität):* Für die Bewertung des Modellansatzes ist der Wirksamkeitsnachweis der pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen entscheidend. Dafür wurde in regelmäßigen Abständen der funktionelle Status der Probanden anhand verschiedener Assessmentinstrumente gemessen. Auf diese Weise lassen sich Veränderungen im Bereich der Motorik, der Kognition sowie der Selbstversorgungskompetenz und der Schmerzen beschreiben. Hinweise auf die Wirkung dieser Maßnahme geben aber auch statistische Daten zum Maßnahmenverlauf. Wichtige ‚Endpunkte‘ sind hier: „vorzeitige Beendigung“ und „Unterbrechungen“ der Maßnahme sowie der „Verbleib“ des Probanden. Bei der Bewertung der Modellmaßnahme darf die subjektive Einschätzung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen nicht vernachlässigt werden. Veränderungen im Alltag, die durch die Förderung der Selbstständigkeit möglich geworden sind, werden häufig als viel wirksamer erlebt als beispielsweise allein die funktionelle Verbesserung von Bewegungsabläufen.
 3. *Auswirkung des „Aktivierungskomplexes“ auf die Pflege- und Versorgungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität):* Bei diesem Thema geht es um die Frage, ob sich die Pflege- und Versorgungsqualität durch den Modellansatz verbessert hat. Dabei geht es zum einen um die Lerneffekte bei den Aktivierungscoaches und Ergotherapeutinnen, zum anderen um den möglichen Zugewinn an Kompetenz bei den Pflegekräften der ambulanten Dienste und den pflegenden Angehörigen. In Bezug auf die Versorgungsqualität wird überprüft, ob Kompetenzzuwächse zu einer besseren Vernetzung mit Beteiligten aus anderen Berufsgruppen (z.B. Hausärzte, Pflegestützpunkte) führen.

In den nachstehenden vier Arbeitsschritten greifen die Themenkomplexe ineinander. Sie bilden die Folie auf der das methodische Vorgehen basiert. Der Schwerpunkt liegt auf der statistischen Analyse der Verlaufs- und diagnostischen Daten, ihr Ergebnis ist für den Wirksamkeitsnachweis ausschlaggebend. Hierfür ist zunächst kein Kontrollgruppendesign vorgesehen gewesen. In den ersten Auswertungszyklen ist aber deutlich geworden, dass einzelne Ergebnis-

se ohne Vergleichsdaten wenig aussagekräftig bleiben. Insofern sind für bestimmte Endpunkte Vergleichsdaten aus ambulanten Pflegediensten des Modellträgers, die nicht in das Modell involviert waren, herangezogen worden (vgl. Kapitel 3.3).

Arbeitsschritt 1: Instrumentenentwicklung für die statistische Analyse

In einem ersten Arbeitsschritt sind die Erhebungsinstrumente für die statistische Analyse entwickelt worden. Das betrifft das „kundenbezogene Datenblatt“ und den „Outcome-Bogen“ (vgl. Anlage). Im „kundenbezogenen Datenblatt“ werden die soziodemographischen Daten, der Pflege- und Hilfebedarf sowie Informationen zum Verlauf der Maßnahme erfasst. Damit beinhaltet der Bogen auch ‚Endpunkte‘, die über die Wirkung der Maßnahme Auskunft geben können.

Der Outcome-Bogen dient der Erfassung der Assessmentergebnisse. Die Entwicklung des Bogens war mit einem größeren Abstimmungsaufwand zwischen Aktivierungsteam und Begleitforschung verbunden. Die Assessmentinstrumente sind immer wieder auf den Prüfstand gestellt worden, weil nicht alle Mitarbeiter davon überzeugt waren, ob die Instrumente ausreichend geeignet sind, die erwartete Wirkung der Maßnahme abzubilden. In der Diskussion waren auch die zeitlichen Abstände, mit denen die einzelnen Instrumente eingesetzt werden sollten. Die Lösung lag in der Abwägung, was vom Zeitaufwand her leistbar ist und welche Zeitabstände sinnvoll sind, um Veränderungen zu erfassen. Bei den Assessmentinstrumenten fiel die Entscheidung auf den FIM (funktionaler Selbstständigkeitsindex, den Barthel-Index, den DemTect und die visuelle Schmerzskala). Die Instrumente sind in Kapitel 2.1.5 und die genauen Messzeitpunkte sowie die jeweils einbezogene Fallzahl in Kapitel 3.2.1. beschrieben worden.

Das „kundenbezogene Datenblatt“ und der „Outcome-Bogen“ sind von den Therapeutinnen und den Aktivierungscoaches einzelfallbezogen ausgefüllt und anonymisiert (mit einer ID-Nummer versehen) an die Begleitforschung weitergeleitet worden. Die Eingabe und Auswertung der Daten erfolgte über den Einsatz des statistischen Pakets SPSS von IBM.

Arbeitsschritt 2: Instrumentenentwicklung für die qualitative Untersuchung

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung sind Gesprächsleitfäden für teilstrukturierte Expertengespräche mit Therapeutinnen, Aktivierungscoaches und Pfl-

gekräfteten der ambulanten Dienste entwickelt worden. Die zentralen Fragestellungen der Leitfäden für die Expertengespräche betrafen

- die Zielsetzungen (Erwartungen), die mit dem Aktivierungskomplex verbunden waren,
- das Funktionieren der interdisziplinären Teamarbeit,
- das Ineinandergreifen von Aktivierung und pflegerischer Alltagsroutine,
- die Auswirkung der Maßnahme auf den Alltag und die Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen,
- die Auswirkung der Maßnahme auf die Pflege- und Versorgungsqualität.

Für die Gespräche mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sind keine Leitfäden entwickelt worden. Die Begleitforscher wollten hier vermeiden, das Gespräch durch gezielte Fragen zu lenken und damit womöglich über Wirkungen nichts zu erfahren, die sich zwar aus dem Erzählen ergeben, aber von den Betroffenen auf eine konkrete Frage nicht als Wirkung beschrieben worden wären. Deshalb wurden narrative Interviews⁶ durchgeführt, bei denen sich die Erzählanstöße auf den Alltagsablauf, die sozialen Kontakte und die Befindlichkeit vor und während der Maßnahme bezogen haben.

Eine weitere qualitative Methode, deren Themenstellungen sich nach den ersten Auswertungsschritten ergeben haben und zur Vertiefung einzelner Fragestellungen dienen, waren Fokusrunden. Teilgenommen haben die Pflegedienstleitungen der beiden Modellstandorte, die Projektleitung, die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams, die wissenschaftliche Begleiterin und zeitweise die Geschäftsleitung des Modellträgers.

Arbeitschritt 3: Empirische Phase

Mit der quantitativen Datenerfassung wurde im zweiten Quartal nach Beginn der Modelllaufzeit (August/September 2010) begonnen und diese bis kurz vor Ende der Modelllaufzeit (Dezember 2012) fortgeführt. Die Daten, die routinemäßig für die ambulanten Pflegedienste, die nicht am Modell beteiligt waren, dokumentiert und als Vergleichsdaten herangezogen wurden, sind im Dezem-

⁶ Vgl. Helfferich, C. (2011).

ber 2012 und Januar 2013 für den Erhebungszeitraum des Modells erfasst und ausgewertet worden.

Mit den Expertengesprächen ist im dritten Quartal nach Beginn der Modelllaufzeit begonnen worden. Die Gespräche wurden jährlich mit einer anderen Schwerpunktsetzung wiederholt. Der Schwerpunkt lag zu Beginn der Maßnahme auf den mit dem Modell verbundenen Erwartungen und Vorstellungen. Im zweiten und dritten Jahr ging es primär um die Zusammenarbeit im Team und die Integration des Ansatzes in der ambulanten Pflege und um Fragen der Vernetzung mit anderen Versorgern. Die Gespräche mit den Therapeutinnen und Aktivierungscoaches sind von der Projektleitung in Abstimmung mit der Begleitforscherin terminiert worden.

Mit den narrativen Interviews ist im zweiten Modelljahr begonnen worden. Der Zugang zu den Probanden ist über die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams in die Wege geleitet worden. Insofern erfolgte die Auswahl der Interviewpartnerinnen nicht zufällig, sondern danach, ob sie - nach Einschätzung des Aktivierungsteams - in der Lage waren, ihre Situation beschreiben und Veränderungen artikulieren zu können. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, nicht nur die „Lieblingspatienten“ einzubeziehen, sondern auch jene mit einer eher kritischen Haltung. Andere – weniger subjektiv gefärbte - Zugangsmöglichkeiten sind diskutiert worden, entscheidend für die Wahl dieser Art des Zugangs war jedoch, dass das Vertrauen der Betroffenen in die Therapeutinnen und Aktivierungscoaches ausschlaggebend war, überhaupt über die Pflegesituation zu erzählen. Insgesamt fanden 20 Expertengespräche und 15 Interviews mit pflegebedürftigen Menschen und/oder deren Angehörigen statt.

Die Fokusrunden sind nach Bedarf terminiert worden. Im Rahmen des Ergebnisfeedbacks der Wissenschaftlerin, das in regelmäßigen Abständen beim Modellträger erfolgte, sind immer wieder Fragen, Probleme oder Unklarheiten aufgetreten, die dann in themenzentrierten Fokusrunden bearbeitet wurden.

Das betraf die Themen:

- Wirkung des Aktivierungskomplexes und die geeignete Abbildung,
- Zusammenarbeit des Aktivierungsteams mit den Pflegekräften der ambulanten Dienste,

-
- Rolle der Ergotherapeutinnen im Aktivierungsteam.

Die Fokusrunden sind mit dem Hinweis der Vertraulichkeit von der Begleitforscherin protokolliert und ausgewertet worden.

Arbeitsschritt 4: Auswertung der statistischen Erhebung und der qualitativen Untersuchung

Die statistischen Daten sind vierteljährlich ausgewertet worden, um Entwicklungen frühzeitig erkennen und mit den Modellpartnern diskutieren zu können (Ergebnisfeedback). Einzelne Endpunkte des kundenbezogenen Datenblattes sind mit entsprechenden statistischen Daten der Kontrollgruppe verglichen worden. Da es aufgrund der komplexen Pflege- und Hilfebedarfe in der Interventions- und der Kontrollgruppe nicht gelingen konnte, homogene Gruppen miteinander zu vergleichen, muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es Einflussfaktoren gibt, die weder eindeutig identifiziert, noch quantifiziert werden können.

Die statistische Auswertung des Outcome-Bogens erfolgte in Teilen deskriptiv: Die Mittelwerte der Assessmentergebnisse zeigen die Entwicklungen bzw. Veränderungen zwischen den aufeinander folgenden Messzeitpunkten auf. Für den Wirksamkeitsnachweis wurden die Assessmentergebnisse anhand gepaarter Stichproben auf die Signifikanz von linearen Trends hin untersucht (Test der Intersubjektkontraste).

Die Expertengespräche und narrativen Interviews wurden mit Zusicherung auf Vertraulichkeit gegenüber den Gesprächspartnern auf Tonträgern aufgezeichnet, (teil-)transkribiert und einer Inhaltsanalyse⁷ unterzogen. Die Inhaltsanalyse der Expertengespräche orientierte sich an den zentralen Untersuchungsfragen. Die Auswertung der narrativen Interviews erfolgte vor dem Hintergrund der Grounded Theory⁸. Hier ging es darum, soziale Phänomene, die sich aus der „Wirkung“ der Maßnahme erschließen lassen, zu beschreiben und in einen verallgemeinerbaren Zusammenhang zu stellen.

⁷ Vgl. Mayring, P. (2007).

⁸ Vgl. Corbin, J., Hildenbrand, B. (2000).

Im Folgenden wird zunächst anhand statistischer Daten der einbezogene Personenkreis beschrieben und aufgezeigt, wie für diesen die Maßnahme verlaufen ist. Dabei enthält die Analyse zum Verlauf der Maßnahme einige Endpunkte, die bereits Hinweise auf die Wirkung der Maßnahme geben.

In den darauf folgenden Kapiteln geht es zunächst um die *professionelle Outcome-Ebene*: Anhand qualitativer Untersuchungsergebnisse wird der Frage nachgegangen, ob und wie sich der Aktivierungskomplex im Team umsetzen ließ, welchen Profit die professionellen Kräfte daraus ziehen konnten und ob sich die These bewahrheitet, dass sich durch die Implementierung des Aktivierungskomplexes die Pflege- und Versorgungsqualität verbessert.

Auf die professionelle Outcome-Ebene folgt die *individuelle Outcome-Ebene*. Hier geht es primär um den Nachweis der Wirkung der Maßnahme und zwar anhand der Auswertung der diagnostischen Ergebnisse sowie die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung („weiche“ Erfolgskriterien). Die individuelle Outcome-Ebene bezieht sich auf die These der zu erwartende Funktionsverbesserungen und auf die These, dass die Maßnahme zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung beiträgt. Am Ende eines jeden Kapitels wird ein kurzes Fazit gezogen, das am Schluss des vorliegenden Berichtes in die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 3.8) einfließt.

3.2 Personenkreis

Die pflegebedürftigen Menschen, die in das Modellvorhaben „Daheim aktiv“ einbezogen wurden, sind aus dem Kundenkreis der Caritas-Pflegedienste in Tholey und Uchtelfangen rekrutiert worden. Beide Dienste versorgten zu Beginn der Modellmaßnahme rund 870 pflegebedürftige Menschen. Unter ihnen sind 116 Personen für das Modellvorhaben ausgewählt worden. Die Rekrutierung der Probanden oblag den Mitarbeitern der beiden Pflegedienste. Wie sie dabei vorgegangen sind, ist in Kapitel 2.4 beschrieben.

Der zu erprobende ‚Aktivierungskomplex‘ zielte nicht auf bestimmte Gruppen unter den Kunden. Der modellhafte Leistungskomplex sollte ein Angebot an alle Kunden sein. Aus diesem Grund sind die Einschlusskriterien für das Modellvorhaben offen formuliert worden. Die Probanden mussten lediglich zwei Voraus-

setzungen erfüllen: Bei ihnen musste erstens eine Pflegeeinstufung (Pflegestufe I, II oder III) vorliegen. Zweitens musste der Proband interessiert und motiviert sein, am Modellvorhaben teilzunehmen. Ein anfängliches Zögern war kein Ausschlusskriterium, Motivationsarbeit gehörte zur Rekrutierung dazu. Ein Ausschluss von vorneherein war nur dann gegeben, wenn der pflegebedürftige Mensch im Sterben lag oder das baldige Versterben absehbar war.

In das Modellvorhaben sind neben den Beziehern von Sachleistungen, ebenso Bezieher von Pflegegeld einbezogen worden sowie Kunden, die eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen gewählt haben.

Mit dem Einverständnis der Probanden sind zu Beginn der Maßnahme die wichtigsten soziodemographischen Daten sowie Angaben zum Pflege- und Hilfebedarf und zum Verlauf der Maßnahme erhoben worden. Die Auswertung des ‚kundenbezogenen Datenblattes‘ sollte eine relativ umfassende und standortbezogene Beschreibung des Personenkreises ermöglichen, damit überprüfbar ist, ob der „ganz normale“ Kunde in das Modellvorhaben einbezogen wurde oder ob der Aktivierungskomplex nur bestimmte Gruppen unter den pflegebedürftigen Menschen erreicht hat.

Die detaillierte statistische Erfassung des Kundenkreises war auch deshalb notwendig, weil die Stichprobe nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurde. Die Auswahl stand vielmehr unter dem Einfluss der subjektiven Zugangs- und Kommunikationsmöglichkeiten der Modellmitarbeiterinnen, die für die Probandengewinnung zuständig waren. Um einschätzen zu können, ob der für die ambulanten Dienste typische Kunde einbezogen wurde, werden im Folgenden die Modelldaten mit Daten verglichen, die im vergleichbaren Zeitraum saarland- oder bundesweit erhoben worden sind oder aus ambulanten Pflegediensten des Caritasverbandes stammen, die nicht in das Modell involviert waren.

3.2.1 Soziodemographische Daten

Am Standort Tholey wurden 50 Probanden in die Modellmaßnahme einbezogen, am Standort Uchtelfangen waren es 66 Probanden (N = 116). Darunter waren Frauen mit einem Anteil von 64 Prozent (n = 74) und Männer mit einem Anteil von 36 Prozent (n = 42) vertreten. Die Geschlechterverteilung entspricht

in etwa der saarlandweiten Erhebung. Von 30.380 Pflegebedürftigen im Saarland lag im Jahr 2009 der Anteil der Frauen mit 66,5 Prozent fast doppelt so hoch wie der der Männer (33,5%). Allerdings ist hier bei der Geschlechterverteilung nicht zwischen ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen unterschieden worden.⁹

Tabelle 1: Alter und Geschlecht nach Standort

N = 116 n (T**) = 50 n (U**) = 66	Altersgruppen (n)							
	1946 + jünger		1945 -1936		1935 – 1926		1925 + älter	
	m*	w*	m	w	m	w	m	w
Tholey	3	4	6	5	6	18	3	5
Uchtelfangen	3	1	7	6	13	21	1	14
insgesamt	6	5	13	11	19	39	4	19
insgesamt	11 (9,5%)		24 (20,7%)		58 (49,9%)		23 (19,2%)	

*männlich, *weiblich

**Modellstandorte: T=Tholey, U=Uchtelfangen

Im Durchschnitt sind die Probanden 80,5 Jahre alt. Die stärkste Altersgruppe waren mit rund 50 Prozent die 78- bis 87-jährigen. Die Pflegebedürftigen, die 88 Jahre und älter waren, sind mit einem Anteil von 20 Prozent vertreten gewesen. Diese Altersverteilung entspricht der Verteilung der ambulant versorgten Männer und Frauen im Saarland. Dort sind rund 51 Prozent der Pflegebedürftigen zwischen 80 und 90 Jahre alt¹⁰.

An beiden Standorten waren in den jüngeren Altersgruppen (bis Jahrgang 1936) die Geschlechter nahezu gleich verteilt. In den höheren Altersgruppen dominierten die Frauen. Die geschlechtsspezifische Verteilung der Altersgruppen im Modell ist bis auf die Altersgruppe der 78- bis 87-jährigen mit der saarlandweiten Erhebung vergleichbar. Im Saarland halten sich die Anteile der ambulant versorgten pflegebedürftigen Männer und Frauen bis zur Altersgruppe der über 85-jährigen die Waage¹¹. Im Modell waren dagegen bereits in der Altersgruppe der 78- bis 87-jährigen die Frauen in der Mehrheit.

⁹ Ministerium für Soziales, Gesundheit Frauen und Familie (2012), S. 23.

¹⁰ ebd. S. 32.

¹¹ ebd. S. 32.

Tabelle 2: Familienstand nach Geschlecht und Standort

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Familienstand (n)							
	ledig		verheiratet		verwitwet		geschieden/ getrennt	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Tholey	1	3	14	16	3	11	0	2
Uchtelfangen	3	2	14	13	5	27	2	0
insgesamt	4	5	28	29	8	38	2	2
insgesamt	9 (7,8%)		57 (49,1%)		46 (39,7%)		4 (3,4%)	

Knapp die Hälfte der Probanden (49,1%) war verheiratet, verwitwet waren 40 Prozent, ledig waren neun Probanden und geschieden vier. Der Anteil der Alleinlebenden lag bei rund 33 Prozent und der Anteil jener, die mit dem (Ehe-)partner im eigenen Haushalt leben bei rund 47 Prozent. Unter den allein im eigenen Haushalt lebenden pflegebedürftigen Menschen überwiegen die Frauen. In einem Singlehaushalt leben rund 38 Prozent der weiblichen und 24 Prozent der männlichen Probanden.

Tabelle 3: Haushaltsstruktur nach Geschlecht und Standort

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Haushaltsstruktur (n)								
	Tholey		Uchtelfangen		insgesamt		insgesamt		
	m	w	m	w	m	w	N	%	
Allein im eigenen Haushalt	2	11	8	17	10	28	38	32,8	
mit (Ehe)partner im eigenen Haushalt	13	17	13	12	26	29	55	47,4	
mit Partner und Kindern im eigenen Haushalt	1	1	0	1	1	2	3	2,6	
mit Kindern im eigenen Haushalt	1	1	1	5	2	6	8	6,9	
mit anderen Personen im eigenen Haushalt	0	0	2	4	2	4	6	5,2	
im Haushalt der Kinder oder anderer Bezugspersonen	1	2	0	3	1	5	6	5,2	
im betreuten Wohnen	0	0	0	0	0	0	0	0	

Obwohl beide Standorte im ländlichen Bereich liegen, zeigen die Daten, dass ein auf Dauer angelegtes Zusammenleben zweier oder mehrerer Generationen die Ausnahme ist. Im Haushalt der Kinder oder mit Kindern im eigenen Haushalt lebten nur rund 15 Prozent. Das Zusammenleben mit anderen nicht verwandten Bezugspersonen ($n = 6$) spielte an beiden Modellstandorten keine nennenswerte Rolle.

Der Anteil der Einpersonenhaushalte lag im Saarland (2009) unter den über 65-Jährigen (mit und ohne Pflegebedarf) mit 68 Prozent um 35 Prozentpunkte höher und der Anteil der Zweipersonenhaushalte mit rund 30 Prozent um 17 Prozentpunkte niedriger als im Modell. Der Unterschied zu den Daten des Modells lässt sich damit erklären, dass die saarlandweite Erhebung auch den großstädtischen Bereich berücksichtigt, wo in der Regel der Anteil der Singlehaushalte höher ist als im ländlichen Bereich. Der Hauptgrund liegt aber darin, dass pflegebedürftige und auf Fremdhilfe angewiesene Menschen per se weniger häufig in Einpersonenhaushalten leben als Menschen ohne Pflegebedarf.

Bei der Zahl der allein lebenden pflegebedürftigen Menschen sollte man allerdings auch die Studien im Blick haben, die belegen, dass nicht nur das Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wesentliche Variablen sind, die zum Beispiel die Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim beeinflussen, sondern ebenso das Alter und die Lebenssituation¹². Ein pflegebedürftiger Mensch, der allein lebt, trägt beispielsweise am Ende eines Krankenhausaufenthaltes ein deutlich höheres Risiko, in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden als nicht allein lebende Pflegebedürftige und zwar ohne dass zuvor die Frage der Heimbedürftigkeit angemessen geklärt worden wäre. Würde man während der akutstationären Versorgung die ambulante Weiterversorgung fachgerecht vorbereiten, dann hätten pflegebedürftige Menschen in Singlehaushalten eine größere Chance, wieder in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren.

¹² Vgl. Clausen, G., Lucke, C. (2004).

Tabelle 4: Inanspruchnahme von Geld-, Sach- oder der Kombination von Geld und Sachleistungen

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Geld-, Sach- oder Kombination Geld- und Sachleistungen (n)						
	Tholey		Uchtelfangen		insgesamt		
	m	w	m	w	m	w	%
Geldleistungen	11	6	6	8	17	14	26,7
Sachleistungen	7	23	12	25	19	48	57,8
Kombination	0	3	6	9	6	12	15,5

Die Mehrheit der Probanden (57,8%) bezog Sachleistungen, der Anteil der Geldleistungsempfänger lag bei rund 27 Prozent. Eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen wählten rund 16 Prozent der Probanden.

Unter den Männern (n = 42) nahmen rund 41 Prozent Geldleistungen in Anspruch, bei den Frauen (n = 74) waren es dagegen nur 19 Prozent. Die überwiegende Mehrheit der Frauen (64,%) bezog Sachleistungen, sie werden also deutlich häufiger als Männer durch professionelle Dienste versorgt (vgl. Kapitel 3.2.3).

Fazit

Die erhobenen soziodemographischen Daten entsprechen weitgehend jenen des „typischen Kunden“ eines saarländischen Pflegedienstes: Die Mehrheit ist hochaltrig. In den höheren Altersgruppen dominieren die Frauen. Sie sind auch vier Mal häufiger verwitwet und beziehen in Relation zu den Männern häufiger Sachleistungen.

Die Daten zur Haushaltsstruktur zeigen, dass ein Drittel der Probanden, darunter überwiegend pflegebedürftige Frauen, in einem Singlehaushalt leben. Die ambulante Pflege muss bei dieser Zielgruppe ein besonderes Augenmerk auf die Sicherung des Verbleibs in der häuslichen Umgebung legen. Gerade dieser Personenkreis ist nicht nur darauf angewiesen, die größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen, sondern auch darauf, mit den bleibenden Funktionsbeeinträchtigungen allein in der Wohnung zurechtzukommen.

3.2.2 Daten zum Pflege- und Hilfebedarf

Unter den ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Saarland waren 2009 54,2 Prozent in Pflegestufe I, in Pflegestufe II waren 34,3 Prozent und in Pflegestufe III (inklusive Härtefälle) 11,5 Prozent¹³. Im Vergleich dazu weisen die Probanden in der Modellmaßnahme insgesamt einen etwas geringeren Pflegebedarf auf: In Pflegestufe I sind hier 59,5 Prozent der Probanden, in Pflegestufe 2 sind es 32,8 Prozent und in Pflegestufe III 7,8 Prozent gewesen.

Tabelle 5: Pflegestufe nach Geschlecht und Standort (zu Beginn der Maßnahme)

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Pflegestufe (n)					
	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	m	w	m	w	m	w
Tholey	8	14	10	13	0	5
Uchtelfangen	17	30	7	8	0	4
insgesamt	25	44	17	21	0	9
insgesamt	69 (59,5%)		38 (32,8%)		9 (7,8%)	

Im Modell war die Mehrheit der Männer wie der Frauen (jeweils mit einem Anteil von 59,5%) in Pflegestufe I eingestuft. Eine Differenz zwischen den Geschlechtern lag nur insofern vor, als die männlichen Probanden sich auf Pflegestufe I (40,5%) und auf Pflegestufe II (40,5%) verteilten und keiner in Pflegestufe III eingestuft war. Unter den Frauen waren dagegen 28,4 Prozent in Pflegestufe II und neun (12,2%) in Pflegestufe III.

Mit zunehmendem Alter stieg der Pflegebedarf, allerdings bilden die ältesten Probanden hier eine Ausnahme. Bei den über 88jährigen waren prozentual mehr in Pflegestufe I eingestuft (PS I = 60,9%) als in der Altersgruppe zwischen 78 und 87 Jahren (PS I = 55,5%).

¹³ Landesseniorenplan des Saarlandes, S. 26.

Tabelle 6: Pflegestufe nach Altersgruppen (zu Beginn der Maßnahme)

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Pflegestufe (n)		
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1946 + jünger	8	3	0
1945 -1936	15	8	1
1935 - 1926	32	20	6
1925 + älter	14	7	2

Ein weiterer Indikator für das Ausmaß des Pflege- und Hilfebedarfs ist die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, wobei an dieser Stelle nicht beurteilt werden kann, ob die Hilfsmittel jeweils angemessen waren. Nach Einschätzung des Aktivierungsteams sind vor Modellbeginn Hilfsmittel nicht immer passgenau verordnet worden. Die Zahlen zum Hilfsmittelgebrauch (Tab. 7) zeigen jedoch, dass die Probanden unter starken Mobilitätsbeeinträchtigungen litten. Mehr als die Hälfte der Probanden benötigten einen Rollstuhl (54,3%) und/oder einen Rollator (56,9%) und/oder Gehhilfen (45,7%). Mehr als zwei Drittel der Probanden verfügten über ein spezielles Pflegebett (67,2%). Haltegriffe, Duschhocker, Toilettenstuhl und Toilettensitzerhöhungen sind ebenfalls Hilfsmittel, die von etwa der Hälfte der Probanden in Anspruch genommen wurden.

Tabelle 7: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen)

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (n)									
	1946 + jünger		1945 -1936		1935 - 1926		1925 + älter		insgesamt	
	m	w	m	w	m	w	m	w	n	%
Rollstuhl	4	3	6	6	7	25	3	9	63	54.3
Rollator	0	2	5	6	13	22	3	15	66	56.9
Gehhilfe	5	2	5	5	13	14	1	8	53	45.7
Pflegebett	2	1	9	9	12	28	4	13	78	67.2
Matratze	0	0	3	4	3	16	3	7	36	31.0
Toilettenstuhl	3	3	8	8	8	21	1	11	63	54.3
Toilettensitzerhöhung	3	1	6	5	7	17	4	5	48	41.4
Duschhocker	3	2	5	6	10	17	2	8	53	45.7
Badewannenlifter	0	1	0	2	5	8	0	6	22	19.0
Badewannenbrett	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Badewannensitz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haltegriffe	5	4	9	6	14	17	3	10	68	58.6
Drehteller, Transfer	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.9
Einstiegshilfe/Hocker	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1.7
Hebelifter	0	0	2	0	2	6	0	0	10	8.6
Hilfsmittel für Essen und Trinken	2	1	1	0	1	3	0	4	12	10.3
Gleitbrett, Transfer	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1.7
Treppenlifter	0	0	1	0	2	1	0	1	5	4.3
Sonstiges	0	0	3	4	3	5	0	0	15	12.9

Selten genutzt werden Transferhilfen wie Drehteller und Gleitbretter, auch Einstiegshilfen (Hocker), Badewannensitze und -bretter oder Treppenlifter waren kaum in Gebrauch. Transferhilfen (Gleitbrett, Drehteller) werden deshalb wenig verwendet, weil, so die Therapeutinnen des Aktivierungsteams, es nicht ungefährlich sei, Angehörige damit allein hantieren zu lassen. Auch die Anleitung und Schulung eines Angehörigen könne das Risiko hier nicht minimieren.

Tabelle 8: Heilmittelversorgung im Quartal vor Beginn der Modellmaßnahme nach Alter und Geschlecht

N = 116	Heilmittelversorgung (n)									
	1946 + jünger		1945 - 1936		1935 - 1926		1925 + älter		insgesamt	
	m	w	m	w	m	w	m	w	n	%
Physiotherapie	5	3	9	10	11	15	3	4	60	51.7
Ergotherapie*	3	1	4	2	2	7	0	0	19	16.4
Logopädie*	3	1	3	0	0	5	0	0	12	10.3

Die Versorgung mit Heilmitteln könnte ebenfalls ein Hinweis auf das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigungen sein. Die Daten zeigen, dass die Mobilitätsbeeinträchtigungen in vielen Fällen behandlungsbedürftig waren. Rund die Hälfte der Probanden erhielt vor Beginn der Modellmaßnahme Physiotherapie. Andere Heilbehandlungen wie Ergotherapie (16,4%) und Logopädie (10,3%) sind dagegen nur bei wenigen Probanden verordnet worden. Nach Einschätzung des Aktivierungsteams ist der Zahl der Verordnungen im Bereich der Ergotherapie und Physiotherapie nicht ausreichend gewesen. Vergleicht man die Daten aus dem Modell mit dem Ergebnis der Infratest-Studie über die Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, so liegt die Anzahl der Verordnungen im Modell höher als die Heilmittellempfehlungen, die der MDK im Rahmen der Begutachtung gemäß § 18 SGB XI bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten (22%) ausgesprochen hat. Die Infratest-Studie sagt allerdings nichts darüber aus, ob die MDK-Empfehlungen dem tatsächlichen Bedarf entsprochen haben¹⁴.

¹⁴ Vgl. TNS-Infratest Sozialforschung (2011).

Tabelle 9: ICD-Hauptgruppen nach Geschlecht und Standort (Mehrfachnennungen)

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	ICD-Hauptgruppe (n)					
	Tholey		Uchtelfangen		insgesamt	
	m	w	m	w	n	%
Krankheiten des Nervensystems	3	10	11	5	29	25.0
Krankheiten des Kreislaufsystems	16	25	21	33	95	81.9
Neubildungen	0	1	3	2	6	5.2
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	7	17	15	29	68	58.6
Psychische- und Verhaltensstörungen	4	10	9	14	37	31.9
Symptome und abnorme klinische Befunde	0	0	1	0	1	.9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	5	13	9	27	54	46.6
Erkrankungen des Verdauungssystems	3	1	4	2	10	8.6
Krankheiten des Atmungssystems	2	3	4	5	14	12.1
Krankheiten des Urogenitalsystems	1	2	10	10	23	19.8
Krankheiten des Auges und Augenanhangsgebilde	0	2	10	14	26	22.4
Krankheiten der Haut und Unterhaut	0	2	1	6	9	7.8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache	0	1	1	1	3	2.6
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	12	23	13	30	78	67.2

Bei dem einbezogenen Personenkreis handelt es sich um geriatrische Patienten¹⁵ und zwar nicht allein aufgrund des Alters, sondern wegen ihrer Multimorbidität und der Chronifizierung ihrer Erkrankung. Legt man die ICD-Haupt-

¹⁵ Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (2007): Geriatrische Patienten sind definiert durch: geriatrietypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter) oder durch (Alter 80 +) alterstypische Vulnerabilität, z.B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung und des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

gruppen zugrunde, so litten mehr als zwei Drittel der Probanden (68,1%) an drei bis fünf der dort aufgelisteten Erkrankungen (vgl.Tab.10). Dabei dominierten die Krankheiten des Kreislaufsystems (81,9%) deutlich vor den ICD-Gruppen „äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ (67,2%), „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ (58,6%) und „endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen“ (46,6%). Lediglich vier Prozent der Probanden waren nicht mehrfach erkrankt.

Tabelle 10: Ausmaß der Multimorbidität der Probanden

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Anzahl an ICD-Diagnosen pro Proband (n)					
	Tholey		Uchtelfangen		insgesamt	
	m	w	m	w	n	%
1 ICD-D*	4	0	1	0	5	4.3
2 ICD-D	3	8	2	5	18	15.5
3 ICD-D	6	10	3	10	29	25.0
4 ICD-D	2	8	5	9	24	20.7
5 ICD-D	2	5	6	13	26	22.4
6 ICD-D	0	0	4	3	7	6.0
7 ICD-D	1	1	2	1	5	4.3
8 ICD-D	0	0	1	0	1	0.9
9 ICD-D	0	0	0	1	1	0.9

*D = Diagnose/n

Dass es sich bei den Erkrankungen vorwiegend um Chronifizierungen oder um degenerative Prozesse handelt, zeigt sich darin, dass nur rund 10 Prozent der Probanden vor der Maßnahme im Krankenhaus waren und nur wenige in der ambulanten (1,7%) oder stationären Rehabilitation (7,8%). Die Maßnahmen setzten also nicht primär nach einer Akuterkrankung an, sondern im Verlauf einer oder mehrerer chronischen Erkrankungen.

Tabelle 11: Institutionelle Versorgung vor Beginn der Modellmaßnahme nach Alter und Geschlecht

N = 116	Institutionelle Versorgung (n)									
	1946 + jünger		1945 - 1936		1935- 1926		1925 + älter		insgesamt	
	m	w	m	w	m	w	m	w	n	%
amb. Rehabilitation	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1.7
Krankenhaus	0	1	3	1	2	3	0	1	11	9.5
Tagesklinik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
stat. Rehabilitation	0	0	1	0	2	4	1	1	9	7.8

Fazit

Der in das Modell einbezogene Personenkreis wies im Durchschnitt einen etwas geringeren Pflegebedarf auf als die Kunden anderer ambulanter Pflegedienste im Saarland. Die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ist zwar kein eindeutiger Indikator, weil die Angemessenheit der Hilfsmittel nicht überprüft werden konnte. Dennoch ist die Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme ein legitimer Hinweis darauf, dass die Mehrheit der Probanden von schweren funktionellen Beeinträchtigung vor allem im Bereich der Mobilität betroffen waren. Die Schwere der Betroffenheit zeigt sich auch in der Multimorbidität der Probanden. Die Mehrheit litt an drei bis fünf Erkrankungen. Trotz des in Relation etwas geringeren Pflegebedarfes sind in den Aktivierungskomplex keine „leichten Fälle“ einbezogen worden, sondern mehrheitlich Kunden mit schweren funktionellen Beeinträchtigungen (vgl. Kapitel 3.5). Es findet sich kein Hinweis darauf, dass nur bestimmte Gruppen unter den pflegebedürftigen Menschen in die Modellmaßnahme einbezogen wurden, sondern der Aktivierungskomplex ein Angebot an „alle“ war.

3.2.3 Versorgungssituation

Die überwiegende Mehrheit der Probanden haben professionelle Hilfen in Anspruch genommen. Prozentual erhalten Frauen mehr professionelle Hilfen als Männer. Knapp 80 Prozent der Probanden sind von einem ambulanten Pflegedienst versorgt worden, etwas mehr als die Hälfte erhielt entweder private oder professionelle Hilfe im Haushalt, wobei die Unterstützung aus dem privaten Um-

feld (36,2%) deutlich höher ausfiel als die professionelle Haushaltshilfe (19%). Nachbarschaftshilfe spielte vor allem am Standort Uchtelfangen eine wichtige Rolle. Weil hier ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Standorten vorliegt, lässt sich diese Form der Unterstützung nicht mit dem möglicherweise grundsätzlich besseren nachbarschaftlichen Zusammenhalt im ländlichen Bereich erklären. Hier handelt es sich wahrscheinlich um ein zufälliges Merkmal des Standorts. Andere gängige Angebote wie ‚Essen auf Rädern‘ oder ‚Hausnotruf‘ wurden von rund einem Viertel der Probanden genutzt. Wenig in Anspruch genommen wurden dagegen die Tagespflege oder niedrigschwellige Angebote nach § 45 SGB XI.

Tabelle 12: Inanspruchnahme ambulanter Hilfen nach Geschlecht und Standort (Mehrfachnennungen)

N = 116 n (T) = 50 n (U) = 66	Ambulante Hilfen (n)					
	Tholey		Uchtelfangen		insgesamt	
	m	w	m	w	n	%
Ambulanter Pflegedienst	9	25	20	38	92	79.3
professionelle Haushaltshilfe	2	11	3	6	22	19.0
private Haushaltshilfe	3	13	6	20	42	36.2
Nachbarschaftshilfe	2	5	7	14	28	24.1
Tagespflege	1	2	0	1	4	3.4
Essen auf Rädern	2	9	7	13	31	26.7
Hausnotruf	1	7	7	9	24	20.7
niedrigschwellige Angebote gem. § 45 SGB XI	0	3	4	4	11	9.5
Sonstiges	0	4	4	10	18	15.5

In den Familien übernehmen vor allem die Töchter und Ehefrauen (51%) die Pflege des Angehörigen. Die Söhne pflegen nur in rund 9 Prozent der Fälle ein Elternteil. Die Schwiegertöchter fallen mit 2,6 Prozent als Pflegenden kaum ins Gewicht. Auffallend ist, dass es bei der Pflege des Ehepartners prozentual keinen großen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt. In 17,5 Prozent der Fälle pflegen die Ehemänner und in 21,1 Prozent der Fälle die Ehefrauen

ihren Partner. Hier dürfte der Unterschied allerdings darin liegen, dass pflegende Ehemänner häufiger professionelle Hilfe hinzuziehen und Ehefrauen öfter ohne weitere Hilfen pflegen. Die Pflege durch entfernte Verwandte (8,8%) und nicht verwandte Bezugspersonen (9,6%) spielten mit rund 18 Prozent bereits eine nennenswerte Rolle: Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass sich neben der familiären Hilfe (auch im ländlichen Bereich) weitere informelle Pflegearrangements entwickeln.

Tabelle 13: Hauptpflegeperson nach Alter und Geschlecht

N = 114 n (T) = 48 n (U) = 66	Hauptpflegeperson (n)									
	1946 + jünger		1945 - 1936		1935 - 1926		1925 + älter		insgesamt	
	m	w	m	w	m	w	m	w	n	%
Ehemann/Partner	0	5	0	4	0	11	0	0	20	17.5
Ehefrau/Partnerin	3	0	8	0	9	1	2	1	24	21.1
Tochter	1	0	1	4	2	14	1	11	34	29.8
Sohn	0	0	0	1	4	3	0	2	10	8.8
Schwiegertochter	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2.6
Schwiegersohn	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.9
Enkelkinder	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.9
sonstige Verwandte	1	0	2	2	0	4	0	1	10	8.8
nichtverwandte Bezugspersonen	1	0	2	0	3	3	0	2	11	9.6

Fazit

Im Modellvorhaben dominieren die „klassischen“ Pflegearrangements: Die Hauptlast der informellen Pflege übernehmen in den Familien die Töchter und Ehefrauen (50,9%). Aber auch die Ehemänner pflegen in vielen Fällen ihre Partnerin, allerdings häufiger als die Ehefrauen mit professioneller Unterstützung. Der Anteil der Pflege durch den/die in der Regel ebenfalls alten oder hochaltrigen Partner/Partnerin liegt bei insgesamt 40 Prozent. Das bedeutet für die ambulanten Pflegedienste, dass sie bei der Anleitung pflegender Angehöriger

ger entlastende Aspekte im Blick haben müssen, um die ambulante Versorgung längerfristig zu sichern.

Es zeichnen sich – allerdings nicht im großen Umfang – informelle Pflegearrangements ab, die außerhalb der Familie liegen. Angesichts der demographischen Entwicklung und des zu erwartenden sozialen Wandels liegen hier Ressourcen, die es im Kontext der ambulanten Pflege konzeptionell (Anleitung/Schulung/Entlastung) zu erschließen und zu fördern gilt.

3.3 Daten zum Verlauf der Maßnahme

Die Daten über den Verlauf des Modells enthalten wichtige „Endpunkte“ über eine mögliche Wirkung der Maßnahme. Eine zentrale Hypothese des Modellvorhabens lautet, dass der Aktivierungskomplex zur Stabilisierung der Pflegesituation und zur Stärkung der ambulanten Versorgung beiträgt. Endpunkte, die darüber Auskunft geben können, sind

- die Häufigkeit der vorzeitigen Beendigung der Maßnahme,
- die Häufigkeit der Unterbrechung der Maßnahme und
- Angaben zum Verbleib des ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen.

Um die These zu verifizieren oder zu falsifizieren, sind Vergleichsdaten (Kontrollgruppe) aus dem Kundenstamm der Gesellschaft ambulanter Pflegedienste des Caritasverbandes Schaumberg-Blies (GaP-Daten) herangezogen worden und zwar Daten

- zum Pflegebedarf (gemäß § 18 SGB XI)
- zur Häufigkeit der vorzeitigen Beendigung der Maßnahme und
- zur Häufigkeit der Unterbrechung der Maßnahme durch Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in der Kurzzeitpflege.

Damit Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar sind, mussten die Ausgangsbedingungen und Beobachtungszeiträume für beide Gruppen so weit wie möglich vereinheitlicht werden. In die Interventions- und in die Kontrollgruppe sind deshalb nur die Kunden einbezogen worden, die im Zeitraum von Juli 2010 bis Dezember 2010 im jeweiligen Kundenstamm waren bzw. in diesem Zeit-

raum in den Kundenstamm aufgenommen wurden. Spätere Zugänge wurden nicht mehr berücksichtigt. Der Erhebungszeitraum endet bei der Interventions- wie auch bei der Kontrollgruppe im Dezember 2012. Weil in der Kontrollgruppe nur Bezieher von Sachleistungen und Bezieher der Kombination von Sach- und Geldleistungen waren, sind in die Interventionsgruppe ebenfalls nur Bezieher von Sach- und Kombi-Leistungen einbezogen worden.

In den Monaten Juli und August 2010 sind in die Interventionsgruppe 57 Probanden (83%, N=69) aufgenommen worden. Weitere 12 Aufnahmen verteilen sich auf die Monate Oktober, November und Dezember 2010. In der Kontrollgruppe, also im Kundenstamm der GaP, waren im Juli 2010 insgesamt 80 Probanden (90%, N=89). Bis Dezember 2010 sind in diese Gruppe neun weitere Probanden aufgenommen worden.

Der Pflegebedarf der Kontrollgruppe unterscheidet sich von jenem, der saarlandweit unter den ambulant versorgten Pflegebedürftigen erhoben wurde (vgl. Kapitel 3.2.2), und er unterscheidet sich geringfügig vom Pflegebedarf der Interventionsgruppe:

Interventionsgruppe (N = 69) nach Pflegebedarf:

Pflegestufe I: n = 39 (56.5 %)

Pflegestufe II: n = 29 (42.0 %)

Pflegestufe III: n = 1 (1.4 %)

Kontrollgruppe (N = 89) nach Pflegebedarf:

Pflegestufe I: n = 46 (51.6 %)

Pflegestufe II: n = 37 (41.6 %)

Pflegestufe III: n = 6 (6.7 %)

Bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der Pflegebedarf in der Interventionsgruppe etwas geringer ist als in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe sind prozentual mehr Pflegebedürftige in Pflegestufe I. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II ist in der Kontrollgruppe und in der Interventionsgruppe in etwa gleich. In der Inter-

ventionsgruppe sind 5 Probanden weniger in Pflegestufe III als in der Kontrollgruppe.

3.3.1 Vorzeitige Beendigung der Maßnahme

In der Interventionsgruppe haben rund 28 Prozent (n=19) die Maßnahme vorzeitig beendet. Dabei haben in Uchtelfangen um acht Prozentpunkte weniger Probanden die Maßnahme vorzeitig beendet als in Tholey. Bei der kleinen Fallzahl würden sich die prozentualen Unterschiede aber mit jedem weiteren Fall deutlich verschieben. Insofern ist der Vergleich zwischen beiden Standorten an dieser Stelle nur der Transparenz geschuldet. Schlussfolgerungen lassen sich daraus nicht ableiten.

Unter den 19 Probanden der Interventionsgruppe, die vorzeitig ausschieden, sind vier (21%) in die stationäre Pflege übergesiedelt und 9 Probanden (47%) sind im Modellzeitraum verstorben. Bei weiteren sechs Probanden war die Fortsetzung der Aktivierung nicht mehr möglich, weil die fortschreitende Demenz oder der progrediente Verlauf einer Erkrankung es nicht mehr zuließen. Sonstige Gründe für das Ausscheiden waren der Wechsel zu anderen Pflegediensten und die Ablehnung der Modellmaßnahme.

In der Kontrollgruppe haben im Erhebungszeitraum rund 64 Prozent (n=57) die ambulante Versorgung vorzeitig beendet. Darunter sind 30 Kunden (53%) verstorben und 18 (31%) in die stationäre Pflege aufgenommen worden. Vergleicht man die Daten der Kontrollgruppe mit jenen der Interventionsgruppe, so zeigt sich, dass deutlich mehr Kunden der Kontrollgruppe (+36 Prozentpunkte) die Maßnahme vorzeitig beendet haben als in der Interventionsgruppe. In beiden Gruppen ist jeweils etwa die Hälfte der Probanden verstorben. Ein deutlicher Unterschied liegt auch bei der Zahl der Aufnahmen in die stationäre Pflege vor. In der Interventionsgruppe sind um zehn Prozentpunkte weniger Probanden in ein Pflegeheim übergesiedelt als in der Kontrollgruppe.

**Tabelle 14: Interventionsgruppe:
Vorzeitige Beendigung der Maßnahme**

N = 69 n (T) = 28 n (U) = 41	Vorzeitige Beendigung der Maßnahme (n)			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Insgesamt
Tholey	3	6	0	9 (32%)
Uchtelfangen	8	2	0	10 (24%)
Insgesamt	11	8	0	19 (28%)

**Tabelle 15: Interventionsgruppe:
Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme**

n* = 19 n* (T) = 9 n* (U) = 10	Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme (n)									
	Pflegest. I		Pflegest. II		Pflegest. III		insgesamt		insgesamt	
	T	U	T	U	T	U	T	U	N	
Aufnahme in die stationäre Pflege	0	3	1	0	0	0	1	3	4 (21%)	
verstorben	2	3	2	2	0	0	4	5	9 (47%)	
Sonstige Gründe	1	3	1	1	0	0	2	4	6 (32%)	

*n = Anzahl der Kunden in der Interventionsgruppe, die die Maßnahmen vorzeitig beendet haben.

**Tabelle 16: Kontrollgruppe:
Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme**

n* = 57	Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme (n)			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	insgesamt
Aufnahme in die stationäre Pflege	10	8	0	18 (31%)
verstorben	13	14	3	30 (53%)
Sonstige Gründe	5	2	2	9 (16%)

*n = Anzahl der Kunden in der Kontrollgruppe, die die Maßnahme vorzeitig beendet haben

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der Pflegebedarf in der Interventionsgruppe etwas höher ist als in der Kontrollgruppe und die Fallzahl in der Interventionsgruppe relativ klein ist. Für das Kontrollgruppendesign war die Beschränkung auf die Bezieher von Sach- und Kombi-Leistungen zwar notwendig. Trotzdem ist überprüft worden, ob die Ergebnisse sich verändern, wenn alle Probanden (N=94), also auch die Geldleistungsbezieher, die zwischen Juli 2010 und Dezember 2010 in die Maßnahme einbezogen worden sind, ausgewertet werden. Bei der Auswertung der Gruppe mit den

Geldleistungsbeziehern (n=45/48%) verringert sich die Differenz zur Kontrollgruppe von 36 auf 20 Prozentpunkte. Es beenden also auch hier deutlich weniger Probanden vorzeitig die Maßnahme als in der Kontrollgruppe. Gründe für die vorzeitige Beendigung waren in 18 Prozent der Fälle (n=8) die Aufnahme in die stationäre Pflege, 48 Prozent der Probanden (n=22) sind verstorben und 32 Prozent (n=14) haben aus sonstigen Gründen die Maßnahme verlassen und in einem Fall fehlt die Angabe des Grundes für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme. Abgesehen von der Häufigkeit der vorzeitigen Beendigung der Maßnahme, bei der es einen deutlichen Unterschied zwischen der Gruppe mit den Geldleistungsbeziehern und der Interventionsgruppe gibt, entspricht die Verteilung der Gründe weitgehend jener in der Interventionsgruppe.

Fazit

Der Vergleich der statistischen Daten zur vorzeitigen Beendigung der Maßnahme zeigt, dass die Kunden der Interventionsgruppe weniger häufig die Maßnahme vorzeitig beenden und weniger häufig in die stationäre Pflege übersiedeln als die Kunden der Kontrollgruppe. Dies wäre eine außerordentlich positive Wirkung der Modellmaßnahme. Interventions- und Kontrollgruppe sind trotz der Vereinheitlichung der Ausgangsbedingungen nicht homogen genug, um die positive Differenz als eindeutigen und damit exakt quantifizierbaren Beleg für die Stabilisierung der häuslichen Versorgung durch die Modellmaßnahme zu werten.

Im Gesamtkontext der Bewertungen kann dieses Ergebnis aber sehr wohl als Indiz für eine relativ stabile Versorgungssituation der Interventionsgruppe angeführt werden und mit weiteren „Indizien“ zu einer Gesamteinschätzung der Modellmaßnahme beitragen.

3.3.2 Unterbrechung der Maßnahme

Ein weiterer Hinweis auf die Stabilität der körperlichen, mentalen und sozialen Situation des pflegebedürftigen Menschen ist die Anzahl der Unterbrechungen des Maßnahmeverlaufs, wobei eine Unterbrechung nicht per se negativ interpretiert werden kann. Ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege oder die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege kann die Versorgungssituation stabilisieren.

Eher ein Hinweis auf eine instabile Situation ist die Anzahl der Unterbrechungen durch Krankenhausaufenthalte.

Zur Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und der Aufenthalte in der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege lagen Vergleichsdaten aus der Kontrollgruppe vor. Ein Vergleich der Häufigkeit von Unterbrechungen durch interkurrente Erkrankungen war dagegen nicht möglich, Hierzu lagen keine Vergleichsdaten vor. **In der Interventionsgruppe spielten Unterbrechungen durch interkurrente Erkrankungen, die zu Hause behandelt wurden und zur Unterbrechung der Maßnahme führte, keine große Rolle. Lediglich bei 5 Probanden (7.2%) ist dies als Grund für die Unterbrechung angeführt worden.** Interkurrente Erkrankungen, die zur Verschiebung von Terminen, aber nicht zu einer Unterbrechung der Maßnahme geführt haben, sind dabei nicht berücksichtigt.

**Tabelle 17: Interventionsgruppe:
Gründe für die Unterbrechungen der Maßnahme nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen)**

N = 69	Gründe für die Unterbrechung der Maßnahme (n)					
	1946+jünger	1945-1936	1935-1926	1925+älter	insgesamt	
Krankenhaus	1	11	20	4	36	52.2%
Kurzzeitpflege /Verhinderungspflege	0	5	3	2	10	14.5%
Interkurrente Erkrankungen	0	1	4	0	5	7.2%
Vorübergehender Aufenthalt andernorts	0	0	0	0	0	-
sonstiges	0	0	0	0	0	-

**Tabelle 18: Interventionsgruppe:
Unterbrechung der Maßnahme durch Aufenthalte im Krankenhaus und in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege nach Pflegestufe**

N = 69	Anzahl der Probanden mit Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege (n)				
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	N	%
Krankenhaus	21	12	3	36	52.2%
Kurzzeitpflege /Verhinderungspflege	9	1	0	10	14.5%

Rund 52 Prozent der Probanden aus der Interventionsgruppe waren im Verlauf der Modellmaßnahme im Durchschnitt 2,1mal im Krankenhaus. Auf die 36 Probanden entfallen insgesamt 76 Krankenhausaufenthalte mit einer durchschnittlichen Dauer von 22,1 Tagen (Range 1 bis 78 Tage). Unter den Probanden der Pflegestufen I (n=39) und III (n=6) waren jeweils etwa die Hälfte im Krankenhaus, unter den Probanden der Pflegestufe II (n=29) waren es rund 42 Prozent. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den Daten der Kontrollgruppe, zeigt sich, dass dort prozentual deutlich mehr Kunden im Krankenhaus (+25 Prozentpunkte) waren als in der Interventionsgruppe. Auf die 69 Kunden der Kontrollgruppe, die im Krankenhaus waren, entfallen 139 Krankenhausaufenthalte. Die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Proband entspricht in etwa dem Durchschnitt in der Interventionsgruppe.

Wenn die Geldleistungsbezieher in der Auswertung berücksichtigt werden, ist die Differenz zur Kontrollgruppe wieder geringer: Von den 94 Beziehern von Sach-, Geld- und Kombi-Leistungen, die zwischen Juli 2010 und Dezember 2010 in die Maßnahme aufgenommen wurden, waren im Erhebungszeitraum 58 Versicherte (61.7%) im Krankenhaus.

**Tabelle 19: Kontrollgruppe:
Unterbrechung der Maßnahme durch Aufenthalte im Krankenhaus und in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege nach Pflegestufe**

N = 89	Anzahl der Probanden mit Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Kurzzeit-/Verhinderungspflege (n)				
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	N	%
Krankenhaus	39	28	2	69	77,5
Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege	12	15	0	27	30.3

In der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege waren im Erhebungszeitraum insgesamt 27 Kunden (30,3%) der Kontrollgruppe. Auf die 27 Kunden verteilen sich 60 Aufenthalte, das sind im Durchschnitt 2,2 Aufenthalte pro Kunde. In der Interventionsgruppe waren dagegen nur 10 Kunden (14,5%) in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege mit durchschnittlich 1,6 Aufenthalten.

Fazit

Die Probanden der Kontrollgruppe waren um 25 Prozentpunkte häufiger im Krankenhaus als die der Interventionsgruppe. Diese Differenz lässt sich nicht allein mit dem etwas höheren Pflegebedarf der Kontrollgruppe begründen. Der Unterschied ist so auffällig, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Versorgungssituation in der Interventionsgruppe stabiler ist als in der Kontrollgruppe.

In der Interventionsgruppe scheinen demnach weniger Krisen aufzutreten oder die Krisen besser bewältigt zu werden als in der Kontrollgruppe. In Pflegesituationen treten immer wieder Krisen auf. Sie sind häufig dafür ursächlich, dass pflegebedürftige Menschen akutstationär aufgenommen werden. Wie es zu dem Mehr an Stabilität in der Versorgung kommt, wird im Kontext der Wirkung der Maßnahme nochmals zu überprüfen sein.

3.3.3 Verbleib der Probanden

Ein weiterer wichtiger Endpunkt des Modells ist der ‚Verbleib des Probanden‘ am Ende der Maßnahme. Insgesamt haben 68 Probanden (59%) die Modellmaßnahme bis zum Ende durchlaufen.

Tabelle 20: Verbleib des Probanden am Ende der Maßnahme

N=68 n (T)=33 n (U)= 35	Tholey	Uchtelfangen	insgesamt	% Ende	(n) % Beginn
allein im eigenen Haushalt	4	15	19	27,9	(28) 32,7
mit (Ehe)partner im eigenen Haushalt	23	14	37	54,4	(55) 47,4
mit Kindern/anderen Bezugspersonen im privaten Haushalt	6	6	12	17,6	(20) 17,2

An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass 24 Prozent aller Probanden während der Modelllaufzeit verstorben sind und 9,5 Prozent in ein Pflegeheim aufgenommen wurden. Unter den 68 Probanden, die die Maßnahme zu Ende geführt haben, lebten rund 28 Prozent noch allein im eigenen Haushalt,

also nur etwa fünf Prozentpunkte weniger als zu Beginn der Maßnahme. Rund 47 Prozent wohnten mit dem Ehepartner im eigenen Haushalt, dies entspricht sieben Prozentpunkten weniger als zu Beginn der Maßnahme. Mit Kindern und/oder anderen Bezugspersonen zusammen lebten prozentual ungefähr gleich viele Probanden wie zu Beginn der Maßnahme.

Fazit

Von den 116 Probanden, die in die Modellmaßnahme einbezogen wurden, ist rund ein Drittel während der Laufzeit verstorben, was angesichts eines Altersdurchschnitts von rund 81 Jahren kein ungewöhnliches Ergebnis ist. Der Anteil derjenigen, die in die stationäre Pflege übersiedelten, ist niedriger als jener in der Kontrollgruppe. Auch unter den Probanden, die in ihrem Privathaushalt verblieben sind, gibt es keine nennenswerten Verschiebungen: Es leben immer noch 28 Prozent der Pflegebedürftigen in Singlehaushalten und etwa die Hälfte mit dem Ehepartner zusammen. Dieser geringe Unterschied zu den Haushaltsstrukturen zu Beginn der Modellmaßnahme ist ein weiterer Hinweis auf eine eher stabile Versorgungssituation.

3.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine These des Modellansatzes lautet, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit für die Etablierung des Aktivierungskomplexes notwendig ist und dass die gelungene Etablierung zu mehr Fachlichkeit in der Pflege führt. In diesem Kapitel geht es um die professionelle Outcome-Ebene, also um die Fragen, ob die Implementierung des Aktivierungsteams und des Aktivierungskomplexes gelungen ist, welchen Profit die Fachkräfte daraus ziehen und in welcher Weise sich dadurch die Pflege- und Versorgungsqualität verbessert hat.

Zur interprofessionellen Zusammenarbeit gehört das Zusammenspiel der Mitarbeiterinnen im Aktivierungsteam, aber auch die Zusammenarbeit des Aktivierungsteams mit den Pflegekräften der ambulanten Pflegedienste. Der Austausch des Aktivierungsteams mit den Mitarbeitern der Berufsgruppen, die an der Versorgung des Pflegebedürftigen beteiligt sind, aber nicht zum Bereich der ambulanten Pflege zählen, wie zum Beispiel dem Hausarzt, externen Therapie-

ten oder Personal der Beratungsstellen, fällt dagegen unter den Begriff der „Vernetzung“.

Die ‚Teamarbeit‘ in der Geriatrie oder in der Pflege ist wie die ‚Vernetzung‘ ein Thema, das in den letzten Jahren umfangreich beforscht und in zahlreichen Modellversuchen erprobt wurde. Insofern sind die Anforderungen an eine funktionierende Teamarbeit und an eine gelungene Vernetzung bekannt. Es lohnt sich aber trotzdem bei der Umsetzung des Modellvorhabens auf Teamfindungsprozesse und auf die Strukturierung der Teamarbeit sowie auf die Vernetzungsbemühungen zu achten. Nicht alles, was in der Theorie als selbstverständlich gilt, setzt sich in der Praxis durch.

3.4.1 Personelle Besetzung und Teamfindung

Für die personelle Besetzung des Aktivierungsteams waren Qualifikation, Berufserfahrung und persönliche Eignung entscheidend. Die Mitarbeiterinnen mussten nicht nur eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkräfte oder Ergotherapeutinnen vorweisen, sondern auch berufserfahren sein. Teamarbeit verlangt eine einheitliche Vorgehensweise, d.h. die konzeptionelle Vorstellungen und Zielsetzungen der Mitarbeiterinnen müssen übereinstimmen. Dies geht leichter, wenn die „Chemie“ zwischen ihnen stimmt. Insofern ist bei der personellen Besetzung auch darauf geachtet worden, dass

„... die Persönlichkeiten zueinander passen, damit es im Team harmonisch zugeht und es nicht zu viele Reibungen gibt, weil die sonst auf Kosten der Arbeit gehen.“ (I 2:03)

Damit wolle man aber nicht, so die Projektleitung, Reibungen um jeden Preis vermeiden. Reibungen könnten sehr wohl produktiv sein, nämlich dann, wenn es sich um fachliche und nicht um persönliche Differenzen handle und die Beteiligten sich ihrer beruflichen Fähigkeiten gewiss seien und sich auf Augenhöhe auseinandersetzen.

„Es ist klar, dass es immer wieder auch Reibungspunkte gibt. Die müssen ausgeglichen werden. Zum Beispiel bei der Konzeptentwicklung: Wir sind fünf Köpfe und die fünf haben unterschiedliche Ideen. Da müssen wir einen gemeinsamen Nenner finden. Jeder bringt seine Ideen ein und wer die besten Argumente hat,

muss überzeugen. Wichtig ist aber, dass sich dann alle mit der Vorgehensweise identifizieren können und jeder dahinter steht.“ (I 2:04)

Es sind aber nicht nur die persönliche Voraussetzung und die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, die die Teamarbeit positiv oder negativ beeinflussen. Für das Gelingen sind formale Regeln und Methoden mit verantwortlich: Im Modell strukturierten Fallbesprechungen, Assessmentverfahren, interprofessionelle Aktivierungsplanung und Dokumentationen die interprofessionelle Zusammenarbeit. In der Literatur werden für eine effektive Teamarbeit¹⁶ bestimmte Voraussetzungen genannt, die im Modell erfüllt worden sind:

- es muss eine gemeinsame Aufgabe geben,
- es muss eine Zielsetzung vereinbart sein, für deren Erreichen gemeinsam Verantwortung übernommen wird,
- Rollen und Aufgaben im Team müssen transparent verteilt werden,
- die Arbeitsteilung muss zielorientiert erfolgen,
- es muss eine „Kultur“ der gegenseitigen Akzeptanz und der Wertschätzung der spezifischen Kompetenzen im Team gepflegt werden,
- gemeinsame Fortbildungen fördern die Teamfindung,
- es müssen sich Kommunikationskreisläufe (z.B. regelmäßig Fall- und Teambesprechungen) etabliert haben,
- zum Klima der Wertschätzung gehört ein offener und direkter Umgang mit Problemen,
- effektive Teamarbeit bedarf einer koordinierenden und motivierenden Leitung.

Die gemeinsame Aufgabe im Modell war die Realisierung des Aktivierungskomplexes. Dabei wurde die Zielsetzung von allen Mitgliedern des Teams ähnlich formuliert:

„Wir wollen, dass die Leute zu Hause bleiben können und nicht in die stationäre Pflege müssen. Das darf natürlich nicht auf Kosten der Angehörigen gehen.“

¹⁶ Vgl. Antoni, G. (2000).

Deshalb muss selbständig trainiert und Angehörigen die Pflege erleichtert werden. Wir beraten und schulen die Angehörigen und schauen, dass sich die Lebensqualität des Pflegebedürftigen und des Angehörigen verbessert“ (I 1:02)

Damit die Arbeitsteilung transparent und zielorientiert erfolgen kann, war es notwendig, offen mit Kompetenzen und Kompetenzgrenzen der jeweils anderen Disziplin umzugehen (vgl. Kapitel 3.4.2). Das muss nicht immer frei von Rivalität und Konkurrenzgefühlen sein. Denn „im Wunsch besser zu sein als andere, liegt auch eine Triebfeder für Leistung und innovative Entwicklung“¹⁷.

Die Verwendung der Assessmentinstrumente, die wesentlich für die Strukturierung der Zusammenarbeit sind, wurde so lange kontrovers diskutiert bis sie gemeinsam verantwortet werden konnte. Der FIM und der Barthel-Index sind als Instrumente nur für den Modellzeitraum akzeptiert worden. Für die Aktivierungsplanung im Regelbetrieb genüge, so die Pflegedienstleitungen, ihr bisheriges Instrumentarium (Biographiearbeit, pflegerisches Assessment). Sie wollen dieses aber ergänzen um den DemTect und die visuelle Schmerzskala. Beide Instrumente haben sich als hilfreich für die Aktivierungsplanung erwiesen.

Die regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen sorgten für verbindliche Kommunikations- und Kooperationsstrukturen. Die Mitarbeiterinnen betonten aber, dass auch Gespräche zwischen „Tür und Angel“ wichtig seien: Bei informellen Abstimmungsgesprächen tauchten oft Probleme auf, die bis dahin von den Beteiligten nicht in ihrer Ernsthaftigkeit wahrgenommen würden. Ein informeller Austausch komme aber nur zustande, wenn dem Team auch eigene Räumlichkeiten zur Verfügung stünden, was zunächst nur an einem Modellstandort der Fall war.

Für die Teamfindung waren die gemeinsamen Fortbildungen, so die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams, eine „wichtige Erfahrung“, sie hätten „das Zusammenwachsen im Team stark befördert“. Wesentlich für das Funktionieren des interprofessionellen Austausches war aber das Klima der Wertschätzung. Hier spielen Projektleitung und Pflegedienstleitung eine entscheidende Rolle. Gelingt es ihnen eine „Kultur der Anerkennung und des Vertrauens“¹⁸ zu schaf-

¹⁷ Vgl. Bruder, J. et al. (1991).

¹⁸ Vgl. Rottländer, R. et al. (2013).

fen, dann wirkt sich das nicht nur positiv auf die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen aus, sondern auch auf deren Engagement und Kreativität. Die Projektleitung erzählte beispielsweise voller Anerkennung, dass eine Mitarbeiterin zu Hause ab und zu für Kunden Werkzeuge bastle, die für das Alltagstraining genutzt werden könnten. Sie bastelte zum Beispiel für einen ehemaligen Handwerker ein schlichtes Brett mit Schrauben, auf dem er mit seinem beeinträchtigten Arm üben konnte, die Schrauben mit einem Schraubenzieher hinein und heraus zu drehen. *„Das war eine Bewegung, die hat ihm viel bedeutet und er sah einen Sinn in dieser Übung.“* (11:3)

Fazit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit erfüllt die in der Literatur beschriebenen Voraussetzungen für eine effektive Teamarbeit. Es liegt eine gemeinsame Aufgabe vor, die Zielsetzung wird von allen getragen und die Kommunikation wird strukturiert durch Assessmentinstrumente, Fallbesprechungen und eine abgestimmte Aktivierungsplanung. Es wurde aber ebenso Wert auf einen offenen Umgang, eine Kultur des Vertrauens, der Eigenverantwortung und der Wertschätzung gelegt.

Das bedeutet aber nicht, dass die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen nicht optimierbar wären. Dies betrifft die Assessmentinstrumente, die am Ende der Maßnahme nochmals diskutiert werden sollten, wie auch die gemeinsame Zielsetzung der Maßnahme, die per se immer wieder hinterfragt und gegebenenfalls modifiziert werden sollte. Optimierbar sind auch Fall- und Teambesprechungen, die sich oft zu leicht in organisatorischen Fragen verlieren statt fallbezogen zu arbeiten.

Der Findungsprozess im Aktivierungsteam ist zwar gut gelungen, in Kapitel 3.5 wird aber deutlich, dass das teaminterne Zusammenwachsen nicht zu der Festigkeit geführt hat, dass der Wissenstransfer in die ambulante Pflege problemlos funktioniert hätte.

3.4.2 Kompetenzen, Kompetenzgrenzen und Kompetenzzugewinne

Das Besondere an der Teamarbeit ist, schreibt Meier-Baumgartner „ dass jedes Teammitglied nebst dem gemeinsamen Wissen über ein spezielles Wissen verfügt, das ihm erlaubt, aus der eigenen Profession dem Patienten zu helfen. So ist gewissermaßen die Selbstsicherheit, das Wissen um den eigenen Beruf, so paradox das klingen mag, die Abgrenzung gegen die anderen, Voraussetzung für Teamarbeit“.¹⁹ Die Notwendigkeit dieser Differenz zwischen den Berufsgruppen wird von den Therapeutinnen wie auch von den Aktivierungscoaches in gleicher Weise gesehen. Die berufsspezifischen Unterschiede dürfen durch die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht aufgeweicht werden:

„Wir sind nun mal keine kleinen Ergotherapeuten“, so ein Aktivierungscoach. „Die Therapeuten haben den gesamten Bewegungsablauf im Blick. Es sind Bewegungsmuster, die sie uns aufzeigen und oft sind es kleine Handgriffe – zum Beispiel beim Transfer oder der Mobilisierung – die die Pflege verbessern bzw. uns die Pflege erleichtern“.

Neben dem Transfer und der Mobilisierung ist es vor allem die Hilfsmittelversorgung und das Hilfsmitteltraining bzw. die fachgerechte Nutzung eines Hilfsmittels, bei dem die Aktivierungscoaches vom Wissen der Ergotherapeutinnen profitieren:

„Im Modell haben wir eine Kundin mit Apoplex. Die Pflege fährt dort seit 12 Jahren hin. Sie pflegt aktivierend, bezieht die Patientin in die Pflege ein und nutzt auch die noch vorhandenen Ressourcen. Mir ist aufgefallen, dass die Pflege sich's beim Transfer vom Liegen zum Sitzen schwer macht, weil sie das Hilfsmittel ‚elektrisches Bett‘ nicht richtig nutzt und weil sie, damit die Patientin im Rollstuhl nach hinten rutscht, so typisch von hinten am Hosensbund zieht. Die Patientin hat aber noch Kraft in den Beinen. Sie kann schon drücken. Wenn die Patientin sich nach vorne beugt und die Pflege mit der Hand unter der Pobacke auffordert, jetzt drücken Sie sich mit den Beinen nach hinten, dann geht das. Die Patientin macht es dann eigentlich allein und die Pflege muss nicht heben. Das meine ich, wo Hilfsmittel einfach nicht richtig angewendet werden“. (I3:05)

¹⁹ Meier-Baumgartner, H.-P. (1995), S. 75.

Die Ergotherapeutin benennt aber auch die Grenzen ihrer Kompetenz und spricht anerkennend über das Know-how der Pflegefachkräfte:

„Wenn es zum Beispiel um eine Inkontinenzversorgung geht oder der Patient hat einen Katheter, würde ich immer bei der Pflege rückfragen, um sicher zu gehen, es richtig zu machen. Es können beim Blasen- oder Darmtraining Probleme auftreten, die bei jedem Patient anders sind, da muss ich mich mit der Pflege abstimmen.“ (I5:5)

Die Grenzziehung und die gegenseitige Wertschätzung ist die Basis für eine gut funktionierende Teamarbeit. Durch die Zusammenarbeit auf Augenhöhe werden Konflikte vermieden:

„Probleme entstehen, wenn die Pflege den Therapeuten als Kontrolle erlebt. Wir als Therapeuten müssen zeigen, dass wir auf gleicher Ebene arbeiten, aber in einem anderen Fachgebiet. Ich darf als Therapeut der Pflege nicht in pflegerische Dinge reinschwätzen. Schuster bleib' bei deinen Leisten. Ich kann aus therapeutischer Sicht sagen, so und so könnte es gemacht werden und dabei die Pflege einbeziehen und es gemeinsam ausprobieren.“ (I3:2)

Nach Ansicht der Aktivierungscoaches führten die internen Schulungen durch die Ergotherapeutinnen, aber auch die externen Fortbildungen (z.B. Kinästhetik), die gemeinsam absolviert wurden, vor allem jedoch die Zusammenarbeit im Team zu einer Verbesserung der Pflegequalität. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Studien über multiprofessionelle Zusammenarbeit in der stationären Pflege²⁰ und in der Kurzzeitpflege²¹. Auch dort wurden die Verbesserungen primär bei der Mobilisierung, den Transfers und der Hilfsmittelversorgung gesehen und auf den teaminternen Austausch unterschiedlicher Disziplinen zurückgeführt.

Auf die Frage, ob diese Art der Zusammenarbeit nicht auch im Rahmen der Heilmittelerbringung möglich wäre, antworteten die Ergotherapeutinnen: Einerseits ja, bei bestimmten Problemen würde es ausreichen, Kontakt mit einer ergotherapeutischen Praxis zu haben und nachzufragen. Aber für die individuelle Aktivierungsplanung sei der Austausch beider Berufsgruppen wichtig, weil es

²⁰ Vgl. Schweizer, C. et al. (2009).

²¹ Vgl. Schweizer, C. et al. (2009a).

um das Ineinandergreifen beider Perspektiven ginge und dazu bedürfe es des kontinuierlichen Austausches. Es sei nicht allein damit getan, bestimmte Handgriffe zu erlernen, sondern der interprofessionelle Austausch verändere den Blickwinkel auf den Kunden und verhindere eine gewisse „Berufsblindheit“.

„Nach den Schulungen komme ich jetzt zwar gut zurecht. Aber ganz ohne die Möglichkeit bei Ergotherapeuten rückfragen zu können, geht es nicht. Ich bin kein Ergotherapeut. Ich kann nicht alles komplett übernehmen. Ich brauche den Ergotherapeuten zum Austausch. Die Patienten sind unterschiedlich, da lässt sich eine sensomotorische Übung nicht einfach auf einen anderen übertragen. Ich stehe vor individuell unterschiedlichen Problemen. Dafür brauche ich die ergotherapeutische Einschätzung.“ (16:02)

An diesem Punkt gibt es einen Dissens zwischen Modellträger und Aktivierungsteam. Die Modellkonzeption sieht den Einsatz der Therapeuten nur für die Qualifizierung während des Modells vor. Danach sollten die Aktivierungscoaches in der Lage sein, das im Modell Erlernte in die ambulante Pflege zu integrieren. Das Aktivierungsteam sieht die Notwendigkeit dagegen im kontinuierlichen Austausch: Aktivierung sei eine komplexe Leistung, die ergotherapeutische Perspektive bei der Diagnostik und Planung könne nicht durch die pflegerische ersetzt werden, auch dann nicht, wenn die Pflegekräfte dafür speziell geschult worden seien.

Fazit

Für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit ist es notwendig, Kompetenzen und Kompetenzgrenzen abzustecken. Die Arbeitsteilung muss transparent und zielorientiert festgelegt werden. Im Modell ist dies gut gelungen. Von beiden Berufsgruppen wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als Bereicherung und als Aufwertung des eigenen Berufes gesehen, wobei die Pflegekräfte die Lerneffekte stärker betonen als die Ergotherapeutinnen.

Eine Verbesserung der Pflegequalität konnte nach Einschätzung beider Berufe vor allem im Bereich der Mobilisierung, der Transfers und der Hilfsmittelversorgung erzielt werden. Für eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität reiche aber eine zeitlich begrenzte Qualifizierungsphase nicht aus. Den Profit und den Weiterentwicklungsbedarf in der Pflege sehen sie im kontinuierlichen inter-

professionellen Austausch und der Integration therapeutischer Kräfte in ein Pflorgeteam. Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der Studie über die vergleichbaren Modellansätze in Saarbrücken-Brebach (Kurzzeitpflege) und in St. Wendel (stationäre Pflege) bestätigt.

3.5 Anleitung des ambulanten Pflegedienstes

Ein zentrales Modellziel ist die Integration des „Aktivierungskomplexes“ in die ambulante Pflege. Die Anleitung der Pflegekräfte der ambulanten Dienste war deshalb eine der Hauptaufgaben des Aktivierungsteams. In der Modellkonzeption ist die Art und Weise, wie die Anleitung und Zusammenarbeit erfolgen soll, jedoch nicht präzise ausgeführt worden. Dieses Manko führte in der ersten Hälfte der Modelllaufzeit zu einem suboptimalen Austausch zwischen Modellteam und den Pflegekräften des ambulanten Dienstes. Dafür gab es drei Gründe:

1. Es fehlte ein systematischer Kommunikationskreislauf,
2. Pflege- und Aktivierungsplanung griffen nicht ineinander und
3. Aktivierungsteam und Pflegekräfte mieden den Austausch aus Sorge vor Konflikten.

Den ambulanten Pflegekräften wurde die Modellmaßnahme als Unterstützung zur Verbesserung der Pflegequalität angeboten, ohne jedoch der Art und Weise, wie das Angebot in Anspruch genommen werden kann, eine verbindliche Struktur zu geben. Die Modellmaßnahme stieß bei den Mitarbeitern der ambulanten Dienste zwar auf ein grundsätzliches Interesse. Niemand von ihnen zog die Sinnhaftigkeit des Ansatzes in Zweifel. Dennoch ist das Angebot in der ersten Hälfte der Modelllaufzeit kaum nachgefragt worden.

Vom Aktivierungsteam ist diese Problematik zunächst mit großer Zurückhaltung thematisiert worden. Einmal, weil sie Konflikte mit ihren Kollegen und Kolleginnen aus den ambulanten Diensten vermeiden wollten, zum anderen, weil auch sie sich nicht auf verbindliche Strukturen berufen konnten und deshalb selbst nicht so genau wussten, wie sie vorgehen sollten. Wie vorsichtig das Aktivierungsteam in der Zusammenarbeit agierte, zeigt folgendes Beispiel:

„Bei einer Pflegekraft sage ich, dass ich gerne schauen würde, ob von den gymnastischen Übungen, die wir machen, etwas in die Pflege übernommen werden kann. Bei der Maßnahme selbst halte ich mich bedeckt, rede über Belangloses und nicht über die Aktivierung selbst. Meine Vorschläge mache ich dann vor der Türe. Eine Schwester habe ich gefragt, warum lässt Du ihn die linke Hand nicht benutzen, die ist ja frei beweglich. Sie hat dann schon gesagt: mh, ja. Ach so. Im Gespräch haben wir dann festgehalten, dass der Kunde jetzt mal versucht, sein Gesicht und die Oberarme selbst zu waschen. Das ist dann auch übernommen worden. Zu viel auf einmal darf man nicht vorschlagen, sondern immer nur Schritt für Schritt. Das gilt für beide, den Pflegedienst und den Pflegebedürftigen.“ (I3:03)

Gemeinsame Fallbesprechungen oder andere verbindlich festgelegte Zeitpunkte für den Austausch wären auch hier die Voraussetzung für eine effektive Zusammenarbeit gewesen. Erst in der zweiten Hälfte der Modelllaufzeit sind gemeinsame Fallbesprechungen und vor allem eine gemeinsame Pflege- und Aktivierungsplanung eingeführt worden. Dadurch verbesserte sich nicht nur die Zusammenarbeit, sondern es war auch erst ab diesem Zeitpunkt möglich, Kompetenzen nachhaltig zu vermitteln. Das Ineinandergreifen von Pflege- und Aktivierungsplanung und das Verfolgen einer gemeinsamen Zielsetzung ist ein absolutes Muss, wenn sich Aktivierung und stärkere präventive Orientierung in der Pflege besser durchsetzen sollen.

Die Zurückhaltung des Aktivierungsteams, die geringe Nachfrage zu thematisieren oder sogar zu kritisieren, lag auch daran, dass sich gerade die Aktivierungscoaches ihrer „privilegierten Rolle“ bewusst waren und ihre Kollegen und Kolleginnen aus dem ambulanten Bereich in Schutz nahmen: In Abgrenzung zur „normalen Pflege“ thematisierten sie als erstes immer den Faktor „Zeit“, der ihnen großzügiger zur Verfügung stünde als den Kollegen der ambulanten Pflege. Ihrer Meinung nach spiele „Zeit“ eine zentrale Rolle, um eine der Kernkompetenzen der Pflege zu realisieren, nämlich die ‚Kommunikation‘. Sie hätten im Rahmen des Modells dafür mehr Zeit als ihre Kollegen und Kolleginnen im Alltagsgeschäft der ambulanten Pflege.

Die Aktivierungscoaches schieben Mängel in der Pflege jedoch nicht allein auf die fehlende Zeit oder die knappen personellen Ressourcen: Es fehle auch an

Kompetenzen und ihr Vorteil sei es eben gewesen, im Rahmen des Modells weitere Kompetenzen erwerben zu können:

„Ich hab’ für mich festgestellt, dass jeder, der in der Pflege arbeitet, sein eigenes Schema entwickelt, das er ungern verlässt, auch deshalb weil der Kunde klare Erwartungen hat. Die Schwester kommt morgens, dann weiß der Kunde, was sie macht und dass er sie dafür ja auch bezahlt ... Als Aktivierungscoach habe ich mehr Zeit als die Pflege, habe aber auch durch die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten ein Fundament, das es mir ermöglicht anders zu handeln. Das führt auch zu Erfolgen. Wir haben zum Beispiel einen Klienten, der ist vom Pflegedienst im Bett gepflegt worden und seine Frau hat ihm auch dort das Essen angereicht. Ich dachte, das kann doch nicht sein, der wischt sich den Mund ab und ist ganz quirlig im Bett, wieso ist der immer im Bett und muss das Essen angereicht bekommen. Der kann doch. Dann haben wir ihn aufgesetzt. Er hat sich dann allein an die Bettkante gesetzt. Natürlich braucht er Zeit bis in die Küche. Er ist halt ein kranker Mann und braucht fünf bis sieben Minuten in die Küche an den Tisch. Aber das ist wichtig. Jetzt nimmt er jeden Tag sein Mittagessen am Tisch in der Küche ein.“ (14:02)

Auf diese Erfolge waren die Aktivierungscoaches zu Recht stolz. Sie merkten, dass sie jetzt Potentiale und Möglichkeiten erkennen, die andere nicht bemerkten. Obwohl sich durch die verbindlichen Strukturen die Zusammenarbeit verbesserte, ließen sich Gefühle der Konkurrenz, vor allem zwischen den examinierten Kräften, nicht ganz ausräumen:

„Die Helferinnen waren viel aufgeschlossener als die Examinierten. Die rufen uns auch eher an und fragen, wie soll ich das und das machen oder haben einfach mal zurück gemeldet. Mensch, das klappt super, das klappt nicht so gut, können wir das nochmals versuchen. Die Akzeptanz bei den Helferinnen ist deutlich höher als bei den Examinierten. Die Helferinnen sehen es als Unterstützung und weniger als Konkurrenz.“ (13:02)

Fazit

Für die effektive Zusammenarbeit zwischen Aktivierungsteam und ambulanter Pflege ist es notwendig (wie in der Teamarbeit generell), verbindliche Strukturen zu schaffen und ein gemeinsames Ziel zu verfolgen. Deswegen bedarf es

auch hier gemeinsamer Fallbesprechungen und vor allem eines Ineinandergreifens von Pflege- und Aktivierungsplanung.

Damit die Lerneffekte nachhaltig sind, muss das Vorgehen im Einzelfall abgestimmt und im Verlauf gemeinsam überprüft werden. Die Zusammenarbeit zwischen Aktivierungsteam und ambulanter Pflege darf kein sporadisches Zusammentreffen sein, sondern es muss im Einzelfall einer verbindlichen Struktur folgen. Dabei gelten die Voraussetzungen wie sie im vorigen Kapitel für eine effektive Teamarbeit beschrieben worden sind.

Diese Art der Zusammenarbeit zu organisieren ist im Pflegealltag nicht einfach. Deshalb ist es bei der Frage der Übertragbarkeit des Modellansatzes notwendig, an dieser Stelle konzeptionell nachzubessern: Die Aufgaben, die Aufgabenteilung sowie die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen müssen transparent geregelt und nachvollziehbar sein.

3.5.1 Vernetzung

Die externe Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten oder dem nächstgelegenen Pflegestützpunkt ist im Rahmen der Modellmaßnahme nicht gelungen. Es gab im ersten Modelljahr einige Bemühungen, auf die niedergelassenen Ärzte in der Region zuzugehen, in den meisten Fällen stießen sie jedoch auf wenig Gegeninteresse. Es waren nur einzelne Ärzte, die auf die positiven Veränderungen bei ihren Patienten reagiert haben. Diese waren offen für einen Austausch mit dem Aktivierungsteam und haben im Rahmen ihrer Möglichkeiten versucht, die Maßnahme zu unterstützen, sei es durch die Verordnung weiterer Heilmittel oder durch das Motivieren der Patienten, die Übungen weiter zu machen.

Diese Unterstützung war aber nicht die Regel. In mehreren Fällen sind die Therapeuten oder Aktivierungscoaches auf Ärzte zugegangen, auch mit dem Hinweis, dass zum Beispiel Heilmittel im Bereich der Physiotherapie hilfreich sein könnten, den funktionellen Status zu verbessern. Das wurde häufig abgelehnt, wiederholt mit der Begründung, die Aktivierungsmaßnahmen würden ausreichen, ihr Budget sei begrenzt, manchmal sogar mit dem expliziten Hinweis, Physiotherapie benötige man für die jüngeren Patienten. Vor allem die Thera-

peuten gingen davon aus, dass Potentiale der Kunden deutlich besser hätten ausgeschöpft werden können, wenn neben der Aktivierung auch Heilmittel, insbesondere Physiotherapie, verordnet worden wäre.

Während des Modellverlaufs ist immer wieder versucht worden, sich enger mit niedergelassenen Ärzten auszutauschen. Letztlich beschränkte das Aktivierungsteam auf den Austausch mit den Ärzten, die sich interessiert zeigten. Aber auch hier eher mit großer Vorsicht, so dass von einer Systematisierung oder engeren Vernetzung nicht gesprochen werden kann. Auch dies ist kein modell-spezifisches Problem: Die Vernetzung niedergelassener Ärzte mit nichtärztlichen Berufen gelingt in der Regel nur dann, wenn die Initiative von den Ärzten bzw. von den ärztlichen Berufsverbänden oder der kassenärztlichen Vereinigung ausgeht.

Mit den Pflegestützpunkten gab es sporadische Kontakte, nämlich dann, wenn ein komplexer Hilfe- und Beratungsbedarf vorlag. Für eine engere Zusammenarbeit wurde vom Aktivierungsteam keine Notwendigkeit gesehen. Damit wird die Einrichtung eines Pflegestützpunktes nicht in Frage gestellt. Beim Thema Beratung sieht das Aktivierungsteam jedoch keinen Abstimmungsbedarf mit den Case Managern des Pflegestützpunktes, weil sich im Rahmen des Aktivierungskomplexes die Beratungsbedarfe aus der Situation ergeben und in der Regel dann auch vor Ort und ad hoc erfüllt werden können.

3.6 Anleitung pflegender Angehöriger

Aktivierende Pflege benötigt die Unterstützung pflegender Angehöriger. Auch sie müssen verstehen, dass es dem pflegebedürftigen Menschen nicht hilft, wenn ihm alle Dinge abgenommen und nur fürsorglich mit ihm umgegangen wird. Insofern war die Anleitung pflegender Angehöriger ein zentrales Modellelement (vgl. Kapitel 2.1 und 2.5). Für den Erhalt der Pflegebereitschaft der Angehörigen ist es wichtig, dass Kompetenzen gefördert sowie Beratung und Unterstützungsleistungen angeboten werden²². Die Förderung der Kompetenz der pflegenden Angehörigen ist entscheidend, um die Qualität der häuslichen

²² Vgl. Schroer-Mollenschott, C, Hotze E (2011).

Pflege zu verbessern. Die Kompetenzförderung trägt aber auch dazu bei, eine Überforderung des Pflegenden zu vermeiden. Denn wenn Belastungen überhand nehmen, dann können sie sich, so Holz, in „sozialer, psychischer und physischer Hinsicht manifestieren“²³ und zu Pflegefehlern sowie zur Erkrankung der Pflegeperson führen.

Im Durchschnitt sind, so Schneekloth und Wahl²⁴, Hauptpflegepersonen etwa 36,7 Stunden pro Woche in Pflegeaufgaben und Unterstützung eingebunden. Im Modell fiel es den Angehörigen eher schwer den ungefähren Zeitumfang für die Pflege zu benennen. Nach ihrem Eindruck müssen sie „fast immer da sein“ und letztlich bliebe ihnen wenig Zeit für anderes. Sie bestätigen damit die Ergebnisse der Studie von Schneekloth und Wahl, dass zu den häufigsten erbrachten Aufgaben die persönliche Fürsorge gehört. Gemeint ist hier nicht die Unterstützung zum Beispiel beim Waschen und Anziehen oder anderen Aktivitäten des täglichen Lebens, sondern die schlichte Anwesenheit und Ansprechbarkeit des Angehörigen.

Die Hauptlast der Pflege trugen im Modell vor allem die ebenfalls alten Ehepartner. Insofern war es Ziel, im Rahmen des Aktivierungskomplexes die Angehörigen nicht nur zu anzuleiten, sondern ihnen auch die Grenzen aufzuzeigen und ggf. weitere Unterstützungsangebote zu vermitteln.

Das Aktivierungsteam schulte die pflegenden Angehörigen bei den Transfers, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und beim Gebrauch der Hilfsmittel. Die Anleitung ist in den meisten Fällen positiv angenommen worden. Nur in Einzelfällen hatten die Aktivierungskoaches und Ergotherapeutinnen den Eindruck, „die Angehörigen lassen sich nichts sagen“. In diesen Fällen ließen sich die Angehörigen auch nicht, in das Aktivierungskonzept einbinden.

Die meisten Angehörigen äußerten sich jedoch dankbar über die Anleitung. Es waren ihnen aber nicht allein die Tipps und Hilfestellungen wichtig, die sie durch die Anleitung erfahren haben. Wichtiger war ihnen die Möglichkeit, in die Pflegebeziehung einen „objektiven Dritten“ einbeziehen zu können, der ihnen zwar

²³ Holz, P. (2000) S. 354.

²⁴ Vgl. Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005).

keine Entscheidungen abnehmen konnte, aber Entscheidungen mitgetragen hat.

„Mir ist wichtig, dass von außen einer auf die Pflege draufschaut, weil ich alles nicht mehr objektiv sehe, sondern zu sehr drinstecke. Der Blick eines Dritten ist wichtig, der die Situation zwar kennt aber nicht drinsteckt. Denn als pflegender Angehöriger macht man sich stellenweise zu viele Sorgen und dann macht sich auch wieder zu wenig Sorgen.“ (I:11)

Pflegende Angehörige merkten früh, dass Pflege eine verantwortungsvolle Tätigkeit ist und man dafür im Grunde genommen eine Ausbildung braucht. Die persönliche Situation des Pflegebedürftigen stellte die Pflegeperson immer wieder vor neue Anforderungen. Deshalb betonten die Angehörigen weniger die einzelnen Verbesserungen, die sie zum Beispiel bei den Transfers oder bei Gebrauch der Hilfsmittel gelernt haben, viel wichtiger war ihnen, dass sie im Aktivierungsteam eine Ansprechpartner hatten, dem sie „all die dummen Fragen“ stellen konnten, die sich für einen Laien bei der Pflege ergeben.

„Wichtig ist, dass man jemanden Fragen kann. Ich schreib’ immer alles auf, was ich nicht weiß, um sie dann Fragen zu können. Das gibt Sicherheit. Ich ruf’ auch mal an und dann ist da jemand, der meine Mutter kennt, mich kennt und ich nicht jedes Mal von vorne anfangen muss zu erklären.“ (N: 9).

Für die Aktivierungscoaches und Ergotherapeutinnen wird die Einbindung und Anleitung des Angehörigen schwierig, wenn sie den Eindruck haben, dass die Pflegebeziehung emotional angespannt ist und die Gefahr besteht, dass es zu körperlicher oder psychischer Gewalt kommen könnte. Dann versuchen sie, zunächst für die Pflegeperson „Freiräume“ zu schaffen und geben für die Zeit, in der sie vor Ort sind, dem Angehörigen die Möglichkeit, eigenen Interessen nachzugehen. In einer solchen Situation wird der Angehörige beraten, entlastende Angebote wie Tages- oder Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen und gegebenenfalls der Kontakt zum Pflegestützpunkt vermittelt.

In einem Einzelfall hatte eine Ergotherapeutin den Eindruck, dass es zu Gewalttätigkeiten gegenüber dem Pflegebedürftigen gekommen ist. Sie hat den pflegebedürftigen Menschen daraufhin angesprochen, jedoch eine ausweichende und verneinende Antwort erhalten. Die Problematik konnte zwar im Aktivie-

rungsteam angesprochen werden, doch keiner wusste so richtig, wie mit einer solchen Situation umzugehen ist. Gewalt in der häuslichen Pflege ist zwar kein Tabuthema mehr, es fehlen aber Ansprechpartner und Hilfen, die aufzeigen, welche Schritte in welcher Situation sinnvoll sind. Diese Problematik ist aber nicht modellspezifisch, sondern ein Thema, das die (ambulante) Pflege im Allgemeinen betrifft. Die Lösungsansätze²⁵ dafür, sollten bei Innovationen in der Pflege perspektivisch mit berücksichtigt werden.

Fazit

Die Anleitung und Schulung der pflegenden Angehörigen ist eine zentrale Aufgabe in der ambulanten Pflege. Dabei geht es zum einen um die konkrete Anleitung bei pflegerischen Fragen (z.B. Transfers, Wasch- und Anziehtraining, Gebrauch von Hilfsmitteln). Es geht aber auch darum, als Ansprechpartner für Angehörige zur Verfügung zu stehen. Die Situation eines pflegebedürftigen Menschen kann sich schnell ändern und die Angehörigen immer wieder vor neue pflegerische Probleme stellen. Insofern war es für die Angehörigen wichtig, im Aktivierungsteam einen Ansprechpartner zu haben, der die Pflegesituation kennt und ohne großen Aufwand (zum Beispiel per Telefon) die richtigen Tipps geben konnte.

Für die Angehörigen entlastend war vor allem die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams (fast) jederzeit ansprechen zu können. Die Möglichkeit Entscheidungen mit einer Fachkraft reflektieren zu können, nahm ihnen die Sorge Fehler zu machen.

Insofern zeigt das Modell, dass die Anleitung und Schulung der Angehörigen vor allem dann zur nachhaltigen Verbesserung der Pflege beiträgt, wenn das Angebot nicht phasenweise, sondern kontinuierlich über den gesamten Pflegezeitraum zur Verfügung steht. Deshalb ist Anleitung und Beratung ein sinnvoller und zentraler Bestandteil des Aktivierungskomplexes.

²⁵ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

3.7 Wirkung der Maßnahme

Der Wirksamkeitsnachweis der Modellmaßnahme basiert auf einem Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden, mit dem Schwerpunkt auf der statistischen Analyse der Assessmentergebnisse. Da die Statistik die Wirkung der Maßnahme aber nur teilweise abbildet, werden die quantitativen Ergebnisse in Beziehung gesetzt zu den subjektiven Einschätzungen der Experten und der Betroffenen. Dafür sind Fokusrunden eingerichtet und Interviews mit Therapeutinnen, Aktivierungstrainerinnen und Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen geführt worden. Auch wenn beim Wirksamkeitsnachweis die subjektive Sicht nur als „weicher Faktor“ zählt, so können auf diese Weise doch Veränderungen im Alltagsablauf beschrieben werden, die von den Assessmentinstrumenten nicht erfasst worden sind.

Die statistischen Analysen werden im Folgenden differenziert nach Standort, Alter und Geschlecht, nach Pflegebedarf (Pflegestufe) und nach den drei häufigsten Erkrankungen (ICD-Diagnosen), unter denen die Probanden litten (vgl. Tab. 9).

3.7.1 Assessmentergebnisse

Die Assessmentinstrumente, die im Modellverlauf verwendet wurden, sind

- FIM (Funktionaler Selbständigkeitsindex)
- Barthel-Index (Aktivitäten des täglichen Lebens)
- DemTect (Kognitive Funktionen)
- visuelle Schmerzskala (Schmerzen)

Bis auf den FIM kamen alle Instrumente im Erhebungszeitraum viermal zum Einsatz. Der FIM wurde sechsmal verwendet; er wurde als das Instrument eingeschätzt, welches den Erfolg der Maßnahme am besten abbilde. Der FIM, so die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams, erfasse differenzierter als beispielsweise der Barthel-Index Veränderungen in den verschiedenen Funktionsbereichen. Damit schärfe er den Blick für Veränderungen und zwingte zu einer Bewertung, die ohne das Instrument nicht getroffen worden wäre.

-
1. Messzeitpunkte und Instrumente:
 2. Messung = August/September 2010 (FIM, BI, DemTect, vS)
 3. Messung = Dezember 2010/Januar 2011 (FIM)
 4. Messung = Juni/Juli 2011 (FIM, BI, DemTect, vS)
 5. Messung = Dezember 2011/Januar 2012 (FIM)
 6. Messung = Juni/Juli 2012 (FIM, BI, DemTect, vS)
 7. Messung = November/Dezember 2012 (FIM)

Im Verlauf des Modells sind immer wieder Patienten ausgeschieden, deshalb nimmt die Fallzahlhöhe mit der jeweils weiteren Messung ab. Im Folgenden werden zunächst immer die Messergebnisse angeführt, die an dem jeweiligen Messzeitpunkt (t_1 bis t_4 bzw. t_1 bis t_6) bei allen Probanden gemessen worden sind.

In der statistischen Analyse der linearen Trends (gepaarte Stichproben) sind nur die Probanden berücksichtigt worden, die alle Messzeitpunkte durchlaufen haben: Beim Barthel-Index, DemTect und visueller Schmerzskala mussten es vier Messzeitpunkte sein und beim FIM sechs.

Die Fallzahlhöhe ist bei den einzelnen Instrumenten nicht durchgehend identisch: Der DemTect konnte bei Probanden, deren kognitive Beeinträchtigungen weit fortgeschritten waren, nicht mehr eingesetzt werden und die visuelle Schmerzskala kam nur bei Schmerzpatienten zum Einsatz.

Barthel-Index (Punktwerte 1 bis 100)

Die Eingangswerte (t_1) des Barthel-Index (Tab. 21) bestätigen, dass in das Modell ein Personenkreis mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen einbezogen wurde, wobei die Frauen geringfügig stärker beeinträchtigt waren als die Männer. Die Funktionsbeeinträchtigungen nehmen nicht zwingend mit höherem Alter zu. Die ältesten Probanden (88 Jahre und älter) wiesen etwas geringere Funktionsbeeinträchtigungen auf als die beiden davor liegenden Altersgruppen. Der Barthel-Index zeigt unabhängig vom Alter, der Erkrankung und dem Pflegebedarf bis zum 3. Messzeitpunkt einen kontinuierlichen Zuwachs an Selbstversorgungskompetenz auf. Zwischen 3. und 4. Messzeitpunkt nehmen die Zuwächse allerdings wieder geringfügig ab. Dennoch bleibt ein Plus an Selbstver-

sorgungskompetenz zwischen 1. und 4. Messzeitpunkt bestehen. Die Zugewinne zwischen t_1 und t_4 sind bei den Männern mit rund neun Punkten nur geringfügig höher als bei den Frauen mit rund 7 Punkten. Bemerkenswert ist, dass mit zunehmendem Pflegebedarf auch die Verbesserungen deutlicher ausfallen. Die Probanden mit Pflegestufe I und einem Eingangs-Barthel-Index von 60 Punkten verbessern sich nur um rund drei Punkte. Die Probanden mit Pflegestufe III hingegen verbessern ihren Barthel-Index von eingangs 20 Punkten um 11 Punkte. Der höhere Zugewinn hängt aber auch damit zusammen, dass von niedrigeren Ausgangswerten in der Regel größere Sprünge möglich sind.

Tabelle 21: Ergebnisse nach Barthel-Index

n t₁ = 113 n t₂ = 87 n t₃ = 46 n t₄ = 45	Barthel-Index (Punktwerte von 0 bis 100)			
	Mittelwert t ₁	Mittelwert t ₂	Mittelwert t ₃	Mittelwert t ₄
Jahrgang 1946 und jünger	59.00	71.25	67.50	75.00
Jahrgang 1945 -1936	49.58	61.56	68.50	67.50
Jahrgang 1935 -1926	48.36	50.22	50.63	52.08
Jahrgang 1925 und älter	50.26	55.00	48.00	53.00
Männlich	52.07	60.48	60.59	60.88
Weiblich	48.64	52.02	53.08	55.20
Tholey	47.00	58.57	65.00	69.38
Uchtelfangen	53.09	54.69	50.19	54.59
Krankheiten des Kreislaufsystems	49.40	54.72	55.68	58.06
äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	53.82	59.20	61.48	59.44
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	49.38	56.70	58.26	55.65
Pflegestufe I	60.15	65.87	64.14	63.62
Pflegestufe II	37.03	40.60	45.50	47.50
Pflegestufe III	20.00	23.33	23.75	31.67

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zwischen den beiden Standorten: In Tholey verbessern sich die Probanden von einem durchschnittlichen Barthel-Index von 47 auf 69 Punkte, in Uchtelfangen dagegen nur von 53 auf 55 Punkte. Die Differenz lässt sich nicht auf eine unterschiedliche Qualität der Leistungserbringung zurückführen, sondern eher auf den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Probanden. Der Barthel-Index gibt Auskunft über den Grad der funktionellen Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies ist aber lediglich ein Ausschnitt aus der mentalen und somatischen Gesamtkonstitution des Probanden. Der eingangs gemessene Barthel-Index eignet sich nicht als Prognose für Verbesserungsmöglichkeiten.

Die größten Zuwächse bei der Selbstversorgungskompetenz finden sich unter den jüngsten Probanden (Jahrgang 1946 und jünger). Angesichts der kleinen Fallzahl ($n = 11$) lassen sich daraus jedoch keine Schlüsse ziehen. Insgesamt kommt es zu keinem großen Zugewinn an Selbstversorgungskompetenz. Die Ergebnisse sprechen aber auch hier für eine stabile Situation über die Laufzeit von drei Jahren, mit der leichten Tendenz ins Positive.

DemTect (max. 18 Punkte)

Die Ergebnisse des DemTect weisen ebenfalls eher auf eine Stabilisierung der Situation hin und nicht auf eine Verbesserung der kognitiven Funktionen. Auch hier treten Unterschiede zwischen beiden Standorten auf, die ein Indiz für die etwas schlechtere Gesamtkonstitution der Probanden in Uchtelfangen sind. In Tholey verbessern sich die funktionell stärker beeinträchtigten Probanden geringfügig und in Uchtelfangen verschlechtern sie sich minimal zwischen dem ersten und dem vierten Messzeitpunkt.

Weder das Alter noch das Geschlecht noch die Art der Erkrankung noch der Pflegebedarf nehmen einen nennenswerten Einfluss auf Verbesserungen oder Verschlechterungen der kognitiven Funktionen. Auffallend ist, dass die Verbesserungen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt am deutlichsten ausfallen. Bei den folgenden Messungen schwächt sich der Zugewinn wieder ab, bleibt aber auf dem Niveau der Eingangsmessung, bei der Mehrzahl der Items mit einer leicht positiven Tendenz.

Tabelle 22: Ergebnisse nach DemTect

n t₁ = 92 n t₂ = 69 n t₃ = 37 n t₄ = 41	DemTect (max. 18 Punkte)			
	Mittelwert t ₁	Mittelwert t ₂	Mittelwert t ₃	Mittelwert t ₄
Jahrgang 1946 und jünger	10.56	10.88	6.33	7.00
Jahrgang 1945 -1936	9.33	10.62	9.40	10.70
Jahrgang 1935 -1926	7.70	10.21	8.56	8.10
Jahrgang 1925 und älter	7.17	7.78	8.25	8.60
Männlich	8.35	9.58	8.29	8.87
Weiblich	8.22	10.33	8.76	8.70
Tholey	8.27	9.70	9.15	9.86
Uchtelfangen	8.53	10.24	8.33	8.44
Krankheiten des Kreislaufsystems	8.58	10.03	8.47	8.97
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	8.39	10.36	9.23	9.21
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	8.64	10.79	9.21	9.14
Pflegestufe 1	9.33	10.89	8.80	9.25
Pflegestufe 2	6.11	7.89	7.50	7.25
Pflegestufe 3	8.33	9.67	10.00	8.00

Visuelle Schmerzskala (Skalierung von 1 bis 10)

Unter allen Tests fallen die Verbesserungen in der visuellen Schmerzskala am deutlichsten aus. Unter den 116 Probanden waren zu Beginn der Maßnahme 78 Schmerzpatienten (67%). Am Ende waren es noch 26 von 68 Patienten (22%). Unter den Patienten, die mit Schmerzen leben müssen, hat sich die Schmerzintensität über den Erhebungszeitraum hinweg kontinuierlich verbessert, abgesehen von einzelnen Schwankungen zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Schmerzintensität weniger stark ab, zwischen Männern und Frauen liegt keine Differenz beim Grad der

Verbesserung vor. Unterschiede zeigen sich wieder zwischen den Standorten, die sich aber aus der Logik der vorigen Ergebnisse nachvollziehen lassen. Die schwerer betroffenen Probanden in Uchtelfangen verbessern sich zwar letztlich auch, aber nicht in der Kontinuität und nicht in der Höhe wie die Probanden in Tholey.

Am Ende der Maßnahme weisen alle Items gegenüber dem ersten Messzeitpunkt Verbesserungen auf. Das ist ein Ergebnis, welches einen klaren Zuegewinn an Lebensqualität impliziert.

Tabelle 23: Ergebnisse nach visueller Schmerzskala

n t₁ = 78 n t₂ = 51 n t₃ = 26 n t₄ = 26	Visuelle Schmerzskala (Skalierung von 1 bis 10)			
	Mittelwert t ₁	Mittelwert t ₂	Mittelwert t ₃	Mittelwert t ₄
Jahrgang 1946 und jünger	5.94	4.57	4.25	2.00
Jahrgang 1945-1936	5.67	3.13	3.30	2.20
Jahrgang 1935-1926	5.60	5.19	5.46	3.71
Jahrgang 1925 und älter	5.19	5.56	6.50	4.83
Männlich	5.05	4.45	4.64	2.83
Weiblich	5.83	5.06	5.17	3.63
Tholey	5.04	3.36	2.73	2.86
Uchtelfangen	5.80	5.90	7.27	4.04
Krankheiten des Kreislaufsystems	5.52	4.55	4.64	3.32
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	5.78	4.88	5.47	3.67
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	5.94	5.38	6.31	4.10
Pflegestufe 1	5.90	5.31	5.25	3.28
Pflegestufe 2	4.82	3.71	5.25	3.57
Pflegestufe 3	5.33	3.67	2.50	3.00

FIM-Funktionaler Selbständigkeitsindex (Index zwischen 18 und 126)

Der FIM ist das Instrument, von dem die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams erwartet haben, dass es Funktionsveränderungen am besten erfasst und dass die Veränderungen sich damit am ehesten abbilden lassen. Deswegen ist der FIM häufiger eingesetzt worden als die anderen Instrumente.

Tabelle 24: FIM-Summscores nach Altersgruppen, Geschlecht, Standort, den drei häufigsten Erkrankungen und Pflegestufen

FIM-Summscores						
t (n)	Mittelwert t ₁ (113)	Mittelwert t ₂ (87)	Mittelwert t ₃ (58)	Mittelwert t ₄ (55)	Mittelwert t ₅ (38)	Mittelwert t ₆ (33)
Summscore motorisch (Punktwerte zwischen 13 und 91)						
Jahrgang 1946 + jünger	63,36	65,73	67,00	74,88	82,67	81,67
Jahrgang 1945-1936	65,47	67,28	66,69	58,42	66,70	67,56
Jahrgang 1935-1926	52,43	55,40	57,21	57,21	55,14	49,39
Jahrgang 1925 + älter	56,24	53,13	49,92	55,67	59,25	50,67
Männlich	59,26	61,93	63,45	64,45	66,07	65,00
Weiblich	56,24	57,14	55,86	57,14	57,35	51,79
Standort Tholey	58,44	60,83	66,50	66,08	68,50	65,79
Standort Uchtelfangen	56,51	57,36	54,11	55,06	55,18	51,21
Krankheiten des Kreislaufsystems	57,55	59,24	59,30	58,94	60,70	58,43
Äußere Ursachen für Morbidität/Mortalität	58,94	60,57	61,39	62,13	62,40	59,14
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln usw.	57,74	58,92	58,28	59,03	62,30	54,06
Pflegestufe I	58,98	61,12	60,66	67,22	67,68	62,50
Pflegestufe II	55,81	57,76	59,56	49,06	50,90	51,88
Pflegestufe III	54,25	46,71	42,20	32,75	36,33	34,67
Summscore kognitiv (Punktwerte zwischen 5 und 35)						
Jahrgang 1946 + jünger	30,55	31,09	30,60	31,63	30,33	29,33
Jahrgang 1945-1936	30,26	29,06	28,58	28,17	30,22	30,50
Jahrgang 1935-1926	24,05	24,32	25,42	25,63	24,95	23,67
Jahrgang 1925 + älter	27,53	26,13	25,00	26,30	26,00	26,33
Männlich	29,00	28,47	27,60	28,60	27,93	27,69
Weiblich	25,72	25,46	25,85	26,32	26,14	25,11
Standort Tholey	29,50	29,50	30,47	29,76	30,00	29,64
Standort Uchtelfangen	25,06	24,36	24,34	25,30	24,30	23,44
Krankheiten des Kreislaufsystems	26,88	26,79	26,93	27,02	26,94	25,96
Äußere Ursachen für Morbidität/Mortalität	27,62	27,50	27,61	28,46	27,54	27,00
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln usw.	27,16	26,69	34,00	27,76	28,06	26,67
Pflegestufe I	27,34	26,73	19,67	29,05	28,24	27,45
Pflegestufe II	26,13	25,90	25,67	24,13	24,13	23,71
Pflegestufe III	27,38	27,38	21,00	20,00	22,33	22,33

Die Auswertung der FIM-Summenscores im Bereich der Motorik zeigt, dass es bei den verschiedenen Items zwar unterschiedliche Entwicklungen gibt, es insgesamt aber zu keinen klinisch relevanten Verbesserungen oder Verschlechterungen kommt, sondern die Ergebnisse für eine Stabilisierung der Situation sprechen.

Die deskriptive statische Analyse weist auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen hin: Die jüngeren Jahrgänge verbessern ihre motorischen Funktionen zwischen dem ersten und dem sechsten Messzeitpunkt, die beiden älteren Jahrgänge verschlechtern sich. Unterschiede gibt es auch zwischen Männern und Frauen. Die Ausgangswerte unterscheiden sich um drei Punkte: Die Frauen sind funktionell etwas schwerer beeinträchtigt, sie verschlechtern sich bis zum Ende der Laufzeit um 4.5 Punkte. Die männlichen Probanden profitieren mehr von der Maßnahme. Sie können ihre motorischen Funktionen kontinuierlich verbessern und zwar zwischen t_1 und t_6 um 5.7 Punkte.

Analog zu den Ergebnissen der anderen Tests haben die weniger schwer betroffenen Probanden in Tholey höhere und kontinuierliche Funktionszugewinne, die Probanden in Uchtelfangen halten bis zum fünften Messzeitpunkt nahezu das Niveau der ersten Messung und verschlechtern sich dann zum Ende der Laufzeit. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei den drei häufigsten Erkrankungen. Hier verbessern sich die Ergebnisse bis zum fünften Messzeitpunkt und schwächen sich in der sechsten Messung ab, wobei nur bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes die Verschlechterung unter das Niveau der Eingangsmessung sinkt.

Die deutlichste Veränderung ins Negative zeigt sich bei der Differenzierung des motorischen Summenscores nach Pflegestufe. Die Probanden in Pflegestufe III verschlechtern sich um fast 20 Punkte. Bei der Interpretation des Ergebnisses muss allerdings die geringe Fallzahl der Probanden in Pflegestufe III ($n = 5$) berücksichtigt werden. Probanden mit Pflegestufe I verbessern sich geringfügig bis zum 5. Messzeitpunkt, danach schwächt sich das Ergebnis auf das Niveau der Eingangsmessung ab. Bei Probanden mit Pflegestufe II zeigen sich bis zum dritten Messzeitpunkt kleine motorische Verbesserungen, danach verschlechtern sie sich etwas unter das Ergebnis der Eingangsmessung.

Die Summenscores der kognitiven Funktionen zeigen bei allen Items eine erstaunliche Einheitlichkeit. Die Werte bleiben über alle Messzeitpunkte hinweg relativ stabil, mit der leichten Tendenz zur Verschlechterung, aber ohne klinische Relevanz. Nur bei Probanden mit Pflegestufe III verschlechtern sich die Ergebnisse zwischen erster und letzter Messung um 5 Punkte, wobei der stärkste Einbruch bei der dritten und vierten Messung ist, danach verbessern sich die kognitiven Funktionen wieder leicht.

Die Assessmentergebnisse insgesamt weisen auf eine eher stabile Situation hin, bei der sich positive Entwicklungen abzeichnen. Um die Frage zu klären, ob diese positiven „linearen Trends“ signifikant sind, wurden gepaarte Stichproben auf Intersubjektkontraste getestet.

Tabelle 25: Mittelwertunterschiede der Assessmentergebnisse

		Mittelwert	Differenz	n	sig. (2seitig)
Barthel-Index	t ₁	56.1		45	
Barthel-Index	t ₄	58.6	+ 2.5	45	.310
DemTect	t ₁	8.26		40	
DemTect	t ₄	8.76	+ 0.5	40	.954
Visuelle Schmerzskala	t ₁	5.37		23	
Visuelle Schmerzskala	t ₄	3.50	- 1.87	23	.000
FIM Summenscore-motorisch	t ₁	60.83		58	
Summenscore-motorisch	t ₄	59.81	- 1.02	58	.529
FIM Summenscore-motorisch	t ₄	57.54		33	
Summenscore-motorisch	t ₆	57.39	- 0.15	33	.922
FIM Summenscore-kognitiv	t ₁	27.98		58	
Summenscore-kognitiv	t ₄	27.22	- 0.76	58	.107
FIM Summenscore-kognitiv	t ₄	26.50		32	
Summenscore-kognitiv	t ₆	26.16	- 0.34	32	.379

Die Mittelwertunterschiede zeigen, dass sich die Werte wenig unterscheiden. Nur die Werte der Schmerzskala verweisen darauf, dass im Verlauf der Maßnahme die Schmerzen signifikant nachgelassen haben und zwar um 1.87 Punkte bei einer Schmerzskalierung von 1 bis 10. Die Mittelwertunterschiede der anderen Tests machen deutlich, dass es insgesamt weder signifikante Verbesserungen noch signifikante Verschlechterungen gibt.

Fazit

Die Assessmentergebnisse machen deutlich, dass die Modellmaßnahme zwar zu keinen signifikanten funktionellen Verbesserungen geführt hat, der funktionelle Zustand aber über den langen Zeitraum von drei Jahren stabil geblieben ist. Angesichts des Durchschnittsalters der Probanden von 81 Jahren ist dies ein recht gutes Ergebnis, welches durch die Evaluation eines vergleichbaren Modellansatzes in der stationären²⁶ Pflege bestätigt wird. Bei den Probanden dort wurden ebenfalls keine signifikanten Funktionszugewinne durch „aktivierende“ (rehabilitativ orientierte) Pflege erreicht. Die Ergebnisse wiesen aber auch im stationären Bereich auf die stabilisierende Wirkung des Modellansatzes hin. Bei einem ähnlichen Ansatz in der Kurzzeitpflege²⁷ kam es dagegen zu signifikanten Zuwächsen bei der Selbstversorgungskompetenz, was aber daran liegt, dass die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgte und nach der akutstationären Phase die Verbesserungspotentiale in der Regel höher sind als bei chronischen Krankheitsverläufen.

In der vorliegende Studie gibt es dennoch ein signifikant positives Ergebnis: Die Auswertung der visuellen Schmerzskala zeigt, dass es während des Modellverlaufs zu einer deutlichen Schmerzreduktion kam. Am Ende der Maßnahme ist der Anteil der Schmerzpatienten unter den Probanden um fast die Hälfte geringer als zu Beginn der Maßnahme, und die Schmerzintensität hat nachweislich nachgelassen. Eine Leben ohne oder mit spürbar weniger Schmerzen ist ein deutliches Plus an Lebensqualität.

Setzt man die Assessmentergebnisse in Bezug zu den statistischen Daten über den Verlauf der Maßnahme, so bestätigt dies nicht nur, dass die Wirkung der

²⁶ Vgl. Schweizer, C. (2009).

²⁷ Vgl. Schweizer, C. (2009a).

Maßnahme vorrangig in der Stabilisierung des funktionellen Zustandes liegt, sondern die Ergebnisse bestätigten auch, welche positiven Auswirkungen die Stabilisierung hat. Sie führt zu

- einer Reduzierung der Zahl der Krankenhausaufenthalte in der ambulanten Versorgungssituation,
- einer Reduzierung der Zahl der Aufnahme in die stationäre Pflege und
- der Sicherung des Verbleibs in der häuslichen Umgebung.

Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert als es zeigt, dass der Erfolg der Aktivierung nicht in der Minderung der „messbaren“ Funktionsbeeinträchtigungen liegt. Er scheint vielmehr darin zu liegen, dass die Aktivierung zu mehr Sicherheit, zu mehr Selbstvertrauen und zu mehr Kompensationsmöglichkeiten führt. Es kommt zu weniger Krisen, die Aufnahmen in die stationäre Pflege zur Folge haben können. Es könnte aber auch sein, dass Krisen besser bewältigt werden und aus diesem Grund Krankenhausaufnahmen vermieden werden können.

Die Stabilisierung des funktionellen Zustandes und die signifikante Schmerzreduktion haben Auswirkungen auf den Alltag des pflegebedürftigen Menschen. In welcher Form dies geschieht, wird anhand der statistischen Daten nicht deutlich. Insofern trifft das Postulat von Behrens und Langer zu, dass quantitative Verfahren nur Sinn als Teil qualitativer Verfahren machen²⁸. Die Interpretationen, die im Rahmen der quantitativen Ergebnisse getroffen wurden, werden deshalb noch vor dem Hintergrund der „weichen“ Faktoren, also der subjektiven Einschätzungen der Betroffenen und der professionell Beteiligten überprüft.

²⁸ Vgl. Behrens, J., Langer, G. (2004).

3.7.2 „Weiche“ Erfolgskriterien

Die statistischen Ergebnisse weisen auf eine Stabilisierung der Versorgungssituation und auf eine signifikante Schmerzreduktion hin. Positive Tendenzen, die im funktionellen Status und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sichtbar werden, sind dagegen nicht signifikant. Das Aktivierungsteam hat wiederholt seine Unzufriedenheit darüber geäußert, dass die Assessmentinstrumente den positiven Einfluss der Maßnahme auf die Alltagsbewältigung nicht ausreichend abbilden.

Bei der Auswertung der narrativen Interviews interessierten deshalb vor allem folgende Fragen:

- Wie wirkt sich der ‚Aktivierungskomplex‘ auf die Alltagssituation des Probanden aus?
- Was führte zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung?
- Lässt sich durch die Modellmaßnahme eine Verbesserung der Lebensqualität erzielen?

An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass der Zugang zu den Interviewpartnern über die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams erfolgte. Es ist eine subjektive Auswahl von Probanden. Das Aktivierungsteam wählte jene pflegebedürftigen Menschen bzw. jene Angehörigen aus, die Veränderungen beschreiben konnten und bereit waren, über die schwierige Lebens- und Pflegesituation zu sprechen.

Die Ergebnisse der Auswertung der narrativen Interviews zeigten, dass die Aktivierungsmaßnahmen von den Probanden insgesamt positiv bewertet wurden, sogar dann, wenn keine Verbesserungen mehr erwartet wurden:

„... jetzt bringt es nicht mehr arg viel. Wenn es das früher schon gegeben hätte, ginge es meiner Mutter heute vielleicht besser. Aber es wird auch nicht schlechter und etwas beweglicher ist sie jetzt schon.“ (N:7)

Die Interviewpassage mit der Angehörigen zeigt, dass mit dem Aktivierungskomplex auch Erwartungen verbunden waren, die nicht (mehr) erfüllt werden konnten. Die kleinen Veränderungen wurden zwar gesehen, in diesem Fall än-

derten sie aber nichts an der eher resignativen Haltung der Tochter. Ihrer Ansicht nach ist das Angebot zwar hilfreich, für ihre Mutter kam es jedoch zu spät.

Die positiven Effekte der Modellmaßnahme, von denen die Mehrheit der Interviewpartner berichtet hat, beziehen sich auf den funktionellen Status, auf die Aktivitäten und auf Möglichkeiten der sozialen Teilhabe.

Nach der subjektiven Einschätzung der Probanden zeigen sich positive Effekte

1. in der Beweglichkeit (Mobilität),
2. in der Gedächtnisleistung,
3. im Selbstvertrauen,
4. bei der Bewältigung des Alltags (Selbstversorgungskompetenz),
5. in der Sicherung des Verbleibs in der eigenen Wohnung,
6. in der Stimmung/Befindlichkeit,
7. in der sozialen Teilhabe,
8. bei der Entlastung pflegender Angehöriger.

Die funktionellen Verbesserungen in der Mobilität, in der Gedächtnisleistung und in der Selbstversorgungskompetenz ließen sich im Rahmen der Assessments nicht signifikant belegen. In den Interviews wird dagegen deutlich, dass kleine Veränderungen in der Beweglichkeit, in der Gedächtnisleistung und/oder der Selbstversorgungskompetenz im Alltag viel bewirken können und sich positiv auf das Selbstvertrauen, die Stimmung, die Befindlichkeit und die soziale Teilhabe auswirken. Auch die Angehörigen profitieren von kleinen Veränderungen in der Selbstversorgung. Die positiven Effekte werden vor allem deshalb wahrgenommen, weil die Trainingseinheiten gezielt an der Bewältigung alltäglicher Aufgaben ansetzen. In kleinen Alltagshandlungen wieder von Fremdhilfe unabhängig zu werden, ist für die Betroffenen viel wert.

„Es wird ja nicht groß Gymnastik gemacht, das geht ja nicht, aber sie kann sich jetzt wieder selbst kämmen und die Zähne putzen. Viele solche kleinen Alltagsdinge gehen jetzt wieder. Die sind wichtig für uns.“ (N5:04)

Wie wichtig der aktivierende Ansatz für pflegebedürftige Menschen ist, zeigt sich auch bei progredienten Krankheitsverläufen. Das folgende Beispiel eines

allein lebenden Parkinsonpatienten veranschaulicht, dass die Aktivierungsmaßnahmen das Fortschreiten der Erkrankung nicht verhindern können, aber das „Gegensteuern“ notwendig ist, um mittel- oder längerfristigen in der eigenen Wohnung verbleiben zu können:

„Das Gehen hat sich wieder verbessert. Ich kann mich jetzt in der Wohnung wieder bewegen. Durch die Übungen bin ich sicherer geworden, es ist aber nicht jeden Tag gleich. Wenn die Frauen an einem Tag kommen, dann geht's am nächsten Tag besser. Wenn die (das Aktivierungsteam) öfters kommen würden, wäre es noch besser. Aber immerhin geht's jetzt wieder in der Wohnung.“ (N10:03)

Ein nicht zu unterschätzender Effekt ist die Zunahme an Selbstvertrauen. Gerade die kleinen Verbesserungen bestärken die Probanden zu versuchen, ob nicht doch „noch mehr geht“:

„Ja, ich muss mich bemühen und übe auch allein. Ich schwitze dann vor Anstrengung. Aber es hat sich mit den Übungen verbessert, vor allem das Gehen am Rollator. Ich übe schon morgens bevor die Frauen kommen, um mich anzu ziehen. Ich übe auf der Toilette, versuche ein Bein hochzuziehen, das geht. Jeden Morgen mache ich das.“ (N10:02)

Eine 77-jährige Frau mit starken motorischen Beeinträchtigungen zieht ebenfalls Nutzen aus der Maßnahme, obwohl sie sagt, dass sie letztlich keine „großen Sprünge“ mehr machen wird:

„Man könnte sagen, das ist Kinderkram. Aber die Therapeutin und ich haben so mit dem Ball gespielt, dadurch hat sich mein Arm verbessert. Frau N. (Ergotherapeutin) motiviert, das ist wichtig. Ich habe Gleichgewichtsprobleme, aber ich getraue mich jetzt mehr. Und wir üben auch so Dinge im Haushalt. Die mach' ich jetzt wieder. Darüber bin ich froh.“ (N8:05)

Für die Interviewpartner war es neu, selbst nochmals auszuprobieren, was geht und was nicht geht. Dabei lernen sie, sich und ihre Situation besser einzuschätzen. Das führt zu mehr Sicherheit im Alltag und letztlich zu einer stabileren Versorgungssituation, weil – dies legen zumindest die statistischen Daten nahe – es zu weniger krisenhaften Verläufen kommt oder auftretende Krisen eher bewältigt werden können.

Wenn pflegebedürftige Probanden für sich feststellten, welche Ressourcen noch in ihnen stecken und dass verlorene Selbstständigkeit in Teilen wieder gewonnen werden kann, dann entwickelten sie einen bemerkenswerten Elan. Fast alle Interviewpartner erzählten, dass sie auch ohne das Aktivierungsteam ihre Übungen machen. Eine starke Triebfeder war hier der Wunsch, in der eigenen Wohnung bleiben zu können:

„Ich übe jeden Tag, ich will ja da bleiben und nicht ins Heim. Das wäre das Schlimmste. Im Rollstuhl wäre es auf Dauer nicht gegangen, deswegen habe ich es mit dem Rollator probiert und bin dann immer von Zimmer zu Zimmer gegangen. Die Selbstständigkeit ist mir wichtig. Die haben sich nur gewundert, wie schnell ich das kapiert habe. Aber wenn ich das nicht gekonnt hätte, wäre ich in ein Heim gekommen.“ (N5:01)

Mit dem Mehr an Beweglichkeit und dem Zutrauen, trotz der bleibenden Funktionsbeeinträchtigungen noch Fähigkeiten entwickeln zu können, wuchs nicht nur das Selbstvertrauen, sondern es änderte sich auch der Blick auf die eigene Pflegebedürftigkeit. Es wurden nicht mehr nur die Defizite und der kontinuierliche Abbau gesehen, sondern auch die Potentiale. Mit dem wachsenden Selbstvertrauen verbesserte sich die Befindlichkeit.

„Ich habe lange gebraucht, bis ich mich mit dem Rollator vor das Haus getraut habe. Allein geh' ich nicht raus. Aber Frau N. (Ergotherapeutin) hat immer wieder gesagt: Jetzt gehen wir raus. Beim ersten Mal hab' ich die Nachbarin getroffen. Die hat geguckt. Irgendwann traue ich mich auch allein.“ (N6:02)

Die stärkste Auswirkung auf die Verbesserung der Stimmung hatte jedoch das Nachlassen der Schmerzen. Ob die Schmerzintensität tatsächlich geringer geworden ist oder ob die Schmerzen nur als weniger stark empfunden wurden, ist dabei zu vernachlässigen. Die visuelle Schmerzskala, mit der signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden konnten, gibt das subjektive Schmerzempfinden wieder:

„Sie glauben gar nicht, wie es ist, wenn die Schmerzen mal nachlassen, das ist ein anderes Leben. Als ich das erste mal wieder Pellkartoffeln selber machen konnte, hätte ich heulen können vor Freude.“ (N11:01)

Positive Veränderungen sind dann spürbar, wenn die Aktivierungsmaßnahmen das alltägliche Handeln beeinflussen und sich daraus Möglichkeiten der sozialen Teilhabe ergeben.

„Meine Mutter legt jetzt wieder die Wäsche zusammen, sie kann auch wieder Kartoffeln schälen und sitzt dann in der Küche. Ich hab’ den Eindruck, dass das Gedächtnistraining etwas nützt. Außerdem schreibt sie – weil es mit dem Sprechen nicht mehr so klappt – E-Mails an ihre Geschwister (die Mutter kichert). Das hätte sie früher nicht gemacht. Schreiben tut sie jetzt viel und rechnen, das tut sie gerne, das macht sie jetzt wieder aus dem Gedächtnis.“ (N9:02)

In den Aktivierungsplänen sind erstaunlicherweise selten Teilhabeziele, sondern fast ausschließlich funktionsbezogene Ziele formuliert worden. In der Praxis hat das Aktivierungsteam dagegen konsequent alltagsorientiert gearbeitet und auf die Verbesserung der sozialen Teilhabe geachtet.

Diese Diskrepanz zwischen schriftlicher Dokumentation und praktischem Handeln müsste aufgelöst werden. Dies könnte zum Beispiel darüber gelingen, dass die Pflege ICF-basiert²⁹ arbeitet. In der Behindertenrechtskonvention³⁰ und im 6. Bericht zur Lage älterer Menschen in der Bundesrepublik³¹ wird dies längst gefordert. Dazu bedarf es aber eines geeigneten Instrumentariums. Es gibt Ansätze, die Pflegediagnosen (z.B. NANDA) und Pflegeinterventionen/-planung (z.B. IADL) mit ICF-Kategorien abgleichen³². Die Anwendung der ICF hätte zudem den Vorteil, dass die Pflegekräfte mit Mitarbeitern medizinischer Berufe in einer einheitlichen Sprache kommunizieren könnten. Für die Vernetzung der Pflege mit dem Bereich der Medizin, insbesondere der medizinischen Rehabilitation, wäre dies wahrscheinlich förderlich.

Fazit

Nicht nur die statistische Analyse, sondern auch die Auswertung der narrativen Interviews sprechen dafür, dass der Aktivierungskomplex zur Stabilisierung der

²⁹ Das Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) stellt die Wechselwirkung funktionaler Einschränkungen mit förderlichen und hemmenden Faktoren der Umwelt zueinander in Beziehung.

³⁰ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2011).

³¹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010).

³² Vgl. Boldt, C. et al. (2010).

häuslichen Versorgung beiträgt. Entscheidend für die Wirkung der Maßnahme ist, dass die Aktivierung am konkreten Alltagshandeln ansetzt. Trainiert wird nicht mit dem Ziel, den Arm beweglicher zu machen, sondern mit dem Ziel, der Arm soll beweglicher werden, damit der Betroffene sich wieder kämmen oder den Tisch decken oder ähnliches tun kann.

Das Erkennen und Fördern von Potentialen durch das Aktivierungsteam führt bei den Betroffenen dazu, dass sich ihr Blick auf die eigene Pflegebedürftigkeit verändert. Sie sehen nicht nur mehr den kontinuierlichen Abbau ihrer Kräfte, sondern Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Situation. Dadurch gewinnen sie mehr Selbstvertrauen und werden sicherer in der Einschätzung ihrer Möglichkeiten. Dies könnte ein Grund sein, warum es in der Interventionsgruppe zu weniger krisenhaften Versorgungsverläufen und damit zu weniger Krankenhausaufenthalten und zu weniger Aufnahmen in die stationäre Pflege kommt als in der Kontrollgruppe.

3.8 Diskussion der Ergebnisse

Der Aktivierungskomplex, der in den ambulanten Pflegediensten in Tholey und Uchtelfangen erprobt wurde, beinhaltet pflegerische, ergotherapeutische, edukative und beratende Elemente. In der Fachwelt ist unstrittig, dass die Kombination von Bewegungs- und kognitivem Training sich positiv auf den funktionellen Status des pflegebedürftigen Menschen auswirkt³³. Die vorliegende Studie bestätigt die positive Auswirkung, aber nicht im Sinne eines Funktionszugewinns, sondern im Sinne der Stabilisierung der Versorgungssituation und der deutlichen Reduktion des subjektiven Schmerzempfindens.

Damit unterscheiden sich die Modellergebnisse von Ergebnissen, die zum Beispiel mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei pflegebedürftigen Menschen erzielt werden können. Im Rahmen einer (mobilen) geriatrischen Rehabilitation³⁴ fallen die erzielten Funktionsverbesserungen deutlich höher aus als im

³³ Vgl. Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (2005).

³⁴ Die mobile Rehabilitation ist im Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesministeriums für Gesundheit in den 90er Jahren als spezielles Rehabilitationskonzept für pflegebedürftige Menschen entwickelt und implementiert worden.

Modell. Dies liegt aber daran, dass in die (mobile) Rehabilitation nur bestimmte Gruppen unter den pflegebedürftigen Menschen einbezogen werden, nämlich jene, welche die eher eng definierten Indikationskriterien für eine medizinische Rehabilitation erfüllen³⁵. Deshalb sind die Personenkreise nicht vergleichbar.

Der Aktivierungskomplex ist ein Angebot, das allen ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung stehen sollte. Das Ziel des Aktivierungskomplexes ist die Stärkung der ambulanten Pflege und die Sicherung des Verbleibs des pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege.

Für die Stabilisierung der häuslichen Versorgung war es nicht entscheidend, dass es zu messbaren Funktionszugewinnen kommt. Viel wichtiger war, dass die Aktivierung dazu führte, trotz bleibender Funktionsbeeinträchtigungen alltägliche Aufgaben selbständig ausführen zu können. Oft sind es kleine Handgriffe, wie zum Beispiel das Benutzen des Kamms oder das Verwenden des Messers beim Essen, die wieder gelingen. Jede Handlung, die ohne Fremdhilfe möglich ist, wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus.

Bemerkenswert ist aber vor allem, dass das Training und das Coaching (Anleitung und Beratung) dazu führten, dass die pflegebedürftigen Menschen (und die pflegenden Angehörigen) bei sich wieder Potentiale und Ressourcen erkannt haben, die sie für verloren hielten. Ihnen ist bewusst geworden, dass sie dem Hineinwachsen in eine sich verschlimmernde Pflegebedürftigkeit etwas entgegensetzen können. Damit lässt sich auch der Elan erklären, mit dem die meisten tagtäglich trainierten.

Der Aktivierungskomplex beeinflusste das Verständnis der eigenen Pflegebedürftigkeit. Die Orientierung an den Funktionsdefiziten schwächte sich ab und das Zutrauen in die eigenen Möglichkeiten nahm zu. Wenn es ein gesellschaftspolitisches Ziel ist, die negative Konnotation von Pflegebedürftigkeit³⁶ abzumildern, dann muss sich diese Zielsetzung in der Angebotsstruktur widerspiegeln.

Für die pflegenden Angehörigen bot der Aktivierungskomplex den Vorteil, dass ihnen über einen Zeitraum von drei Jahren ein Coaching angeboten wurde. Sie

³⁵ Vgl. zum Beispiel „Rahmenempfehlung für die mobile geriatrische Rehabilitation“ (2007).

³⁶ Vgl. Blinkert, B, Klie, T. (2004).

fühlten sich dadurch, dass ihnen einen Ansprechpartner zur Verfügung stand, sicherer bei der Bewältigung der Aufgaben, die ihnen die Pflege des Angehörigen abverlangte.

Ergebnisse von Studien weisen darauf hin, dass es zwar eine Vielzahl von Unterstützungs- und Selbsthilfeangeboten gibt, die aber nicht zu messbaren Entlastungen führen³⁷, was unter anderem an dem „Dickicht aus individuellen Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige“³⁸ liegt. Das Modellvorhaben zeigt, dass sich Beratungsbedarfe in der häuslichen Pflege in der Regel aus der Situation heraus ergeben. Deshalb ist es sinnvoll, Beratung nicht nur als solitäres Angebot, sondern als integraler Bestandteil aktivierender und pflegerischer Leistungen vorzuhalten.

Diese Feststellung ist kein Argument gegen die Einrichtung von Pflegestützpunkten oder anderen Beratungsstellen. Diese sind, wenn es um komplexe Hilfesituation geht, notwendige Anlaufstellen. Die Beratungsbedarfe, die sich im Alltag der häuslichen Pflege ergeben, betreffen überwiegend pflegerische Maßnahmen wie zum Beispiel den Einsatz oder die Handhabung pflegerischer Hilfsmittel oder Fragen, ob bestimmte Aktivitäten dem pflegebedürftigen Menschen schaden können. Die Sorge, etwas falsch zu machen, ist bei den pflegenden Angehörigen im Modell groß gewesen.

Die Anleitung und das Coaching der pflegenden Angehörigen müssen nicht zeitintensiv sein. Im Rahmen des Modells sind die Zeiten für den Anleitung- und Beratungsaufwand selten dokumentiert worden. Nicht, weil nicht beraten und nicht angeleitet worden ist, sondern weil die Anleitung und Beratung im Rahmen der Aktivierung erfolgte, also während der Mobilisierung, während des Wasch- und Anziehtrainings, während des Gebrauchs der Hilfsmittel usw. Insofern ist der Zeitrahmen für die Aktivierung immer abhängig vom Anleitung- und Beratungsbedarf des pflegebedürftigen Menschen oder des Angehörigen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie lässt sich der Aktivierungskomplex in der Regelversorgung etablieren. In die jetzige Vergütungsstruktur der ambulanten Pflege würde er sich nur als zusätzlicher Leistungskomplex

³⁷ Vgl. Auer, S., Donaubaue, Y., Zehetner, F., Span, E. (2007).

³⁸ Vgl. Abt-Zegelin, A. (2010).

integrieren lassen. Welche weiteren Möglichkeiten es im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Grundlage gäbe, wird in Kapitel 4 aus Sicht des Modellträgers zu beantworten versucht.

Bei der Frage nach der Etablierung des Aktivierungskomplexes gibt es zwei konzeptionelle Wege, über die im Rahmen des Modells kein Konsens gefunden werden konnte.

Im Modellkonzept ist die Modelllaufzeit als Qualifizierungsphase vorgesehen gewesen. In diesem Zeitraum sollten die für die Modellphase beschäftigten Ergotherapeutinnen die (speziell qualifizierten) Aktivierungscoaches anleiten und schulen. Am Ende der Modellphase sollten die Aktivierungscoaches dann in der Lage sein, den Aktivierungskomplex in die ambulante Pflege zu transferieren.

Im Modellverlauf kamen die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams jedoch zu der Einschätzung, dass die Qualifizierungsphase nicht ausreicht, um auf Dauer in der Pflege stärker aktivierende Akzente zu setzen. Die Qualifizierungsphase sei wichtig gewesen, so die Teammitarbeiterinnen, um professioneller zu arbeiten, vor allem bei den Transfers oder beim Gebrauch der Hilfsmittel. Für die Diagnostik und Planung der Aktivierung bedürfe es aber des beständigen Zusammenspiels der pflegerischen und der therapeutischen Einschätzung.

Ob sich die dafür notwendige Teamarbeit in Kooperation mit niedergelassenen therapeutischen Praxen bewerkstelligen ließe, wird nicht prinzipiell ausgeschlossen, aber wegen des hohen organisatorischen Aufwandes eher in Zweifel gezogen. Die Planung und Durchführung des Aktivierungskomplexes bedürfe im Einzelfall einer engen und kontinuierlichen Abstimmung zwischen Aktivierungscoaches und Ergotherapeuten.

Diese Diskussion ist beim Modellträger offen geführt worden. Am Ende der Modelllaufzeit ist noch nicht entschieden, welcher Weg eingeschlagen werden soll. Diese Entscheidung wird davon abhängen, welche Finanzierungsmöglichkeiten sich erschließen lassen.

4. Ausblick

Die Evaluation des Modellprojektes erlaubt die Annahme, dass durch Aktivierung sowie Beratung und Begleitung Pflegesituationen und Pflegearrangements stabilisiert werden können.

Die Trainingsmaßnahmen tragen zum Erhalt der funktionalen Fähigkeiten bei, Beratung, Edukation und Begleitung festigen die Pflegebereitschaft der häuslichen Pflegepersonen und beugen instabilen Phasen vor.

Um diese Effekte allen pflegebedürftigen Menschen zugänglich zu machen, wäre eine Implementierung in die Regelversorgung wünschenswert.

Die im Modellprojekt angewendeten Maßnahmen zum Erhalt und Wiedererlangen von Selbstkompetenz der pflegebedürftigen Personen übersteigen allerdings die vom Gesetzgeber verlangte und in die Leistungserbringung zu integrierende „aktivierende Pflege“ (§ 28 SGB XI). Das interdisziplinäre Projektteam hat Trainingsmaßnahmen mit sowohl präventiven als auch rehabilitativen Charakter erbracht, die entweder während der häuslichen Pflege, aber auch durch speziell ausgebildete Fachkräfte außerhalb der regulären Tourenplanung geleistet wurden. Der Zeitaufwand für eine Trainingseinheit betrug zwischen 30 und 60 Minuten zuzüglich Wegezeit. Die Maßnahmenvarianten, wie zum Beispiel Trainingsangebote, die die soziale Teilhabe oder die kognitiven Fähigkeiten fördern, gingen über die pflegerische Versorgung hinaus wie sie in Form von Leistungskomplexen mit den Kostenträgern vereinbart wurde. Die als notwendig angesehene Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten, sei es in Form von Kooperationsverträgen oder durch Anstellung entsprechend qualifizierter Personen, würde weitere Kosten verursachen.

Um diese Leistung in die Regelversorgung zu übernehmen, ist es daher notwendig eine Vergütungssystematik zu entwickeln.

Die Aufnahme in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung und die Vereinbarung einer kostendeckenden Vergütung mit den Kostenträgern wäre eine mögliche Form der Realisierung. Als zweite Variante könnte die durch das Pflege-neuausrichtungsgesetz geschaffene Möglichkeit (§ 89 Abs. 3 SGB XI), nach Zeitaufwand abzurechnen, angewendet werden.

Neben Maßnahmen der motorischen und kognitiven Aktivierung, waren Beratung, Schulung und Fallbegleitung der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen weitere Schwerpunkte im Modellprojekt, zu denen sich insbesondere die pflegenden Angehörigen positiv geäußert haben.

Pflegebedürftige Menschen haben seit der Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes einen Rechtsanspruch auf Beratung. Inhaltlich ist diese in § 7a SGB XI definiert und beinhaltet

- die Erfassung des Hilfebedarfes,
- das Erstellen eines individuellen Versorgungsplanes,
- die Überwachung der Umsetzung dieses Planes und
- die Evaluierung des Hilfeprozess bei komplexem Bedarf.

Diese Vorgaben können dahingehend interpretiert werden, dass bei komplexen Hilfebedarfen eine Fallbegleitung angemessen ist.

Die Projektmitarbeiter haben während der Projektlaufzeit die ihnen zugeordneten Klienten nach diesen Kriterien beraten und begleitet. Sie haben mit den Betroffenen die individuelle Pflegesituation und den Hilfebedarf besprochen, haben sich mit Hausärzten auseinandergesetzt, haben Maßnahmen z. B. zur Hilfsmittelversorgung, in die Wege geleitet, Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt und vieles mehr.

Markantes Ergebnis des Projektes, das möglicherweise auf diese Interventionen zurückzuführen ist, dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant geringer war.

Wie in der Evaluation zur Pflegeberatung nach § 7a ersichtlich, kennen die Mehrzahl der befragten pflegebedürftigen Personen die Beratungsangebote ambulanter Pflegedienste in ihrem Wohnumfeld. Ambulante Pflegedienste werden nach Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden wie Diakonie und Caritas und von Pflegekassen am dritthäufigsten nachgefragt, wenn Beratungsbedarf besteht. Insbesondere Fallmanagementklienten nutzen die Kompetenzen ambulanter Pflegeeinrichtungen.³⁹

Die Autoren des Evaluationsberichtes beurteilen den Anspruch auf Beratung als

³⁹ Vgl. GKV (2011) S. 231 ff

„fachlich fundierte und leistungsfähige Antwort auf die Notwendigkeit der Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen“ und sehen im Fallmanagement „...einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation, zur Qualifizierung der Pflege und Teilhabe und zur Entlastung Angehöriger...“⁴⁰ (GKV, 2011).

Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothesen des vorliegenden Modellprojektes.

Während die Berater der Pflegekassen oder Pflegestützpunkte überwiegend mit Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden, erhalten ambulante Pflegedienste keine gesonderte Vergütung. Sie sehen Beratung und Fallbegleitung als Service an, der aber aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auf das Notwendigste begrenzt werden muss.

Ein Fallmanagement, insbesondere bei komplexen Hilfebedarfen, kann in den Einrichtungen nur umgesetzt werden, wenn entsprechende personelle Ressourcen vorhanden sind, die sich die Einrichtungen ohne Gegenfinanzierung nicht leisten können.

Die Ergebnisse des Modellprojektes haben beim Modellträger Überlegungen ausgelöst, dass die Versorgungssituation der von ihm versorgten pflegebedürftigen Personen nachhaltig verbessert werden könnte, wenn in ambulanten Pflegediensten Berater bzw. Fallmanager eingesetzt werden würden. Kurze Wege und die Nähe zum Kunden würden Möglichkeiten schaffen, zeitnah und kontinuierlich die Pflegesituationen zu begleiten und zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation und der Pflegearrangements, insbesondere bei komplexen Fällen, beizutragen. Dies ist den Einrichtungen aber nur möglich, wenn die Gegenfinanzierung geklärt ist. Die Effizienz solcher Maßnahmen könnte in nachfolgenden Projekten erforscht werden.

⁴⁰ ebd. S. 288

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt a. M., S. 103-115
- Antoni, G. (2000): Teamarbeit gestalten, Wiesbaden
- Apitz, R. et al (2005): Potentiale und Ansätze zur Prävention – aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Der Internist. 45 (2), S. 139-147.
- Bartholomeyczik, Sabine (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, 11. Jahrgang, Heft 3, S. 210-223.
- Blass, K. (2012): Altenpflege zwischen professioneller Kompetenzentwicklung und struktureller Deprofessionalisierung. In: Reichwald, R; Frenz, M; Hermann, S; Schipanski, A. (Hrsg.): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Wiesbaden: S. 417-438.
- Behrens, J., Langer G. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft, Bern.
- Bertelmann-Stiftung (Hrsg.) (2012): Themenreport „Pflege 2030“ was ist zu erwarten - was ist zu tun? http://www.bertelmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-05950E1F-CEF7798E/bst/xcms_bst_dms_36979_2.pdf, Abruf am 20.02.2013.
- Blinkert, B., Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Hannover.
- Boldt, C, Grill, E, Bartholomeyczik S, Brach M., Rauch A., Eriks-Hoogland I, Stucki G (2010): Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA International Taxonomy II. Journal of Advanced Nursing, 66 (8): 1885-1898.
- Bruder, J. u.a. (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie, Rügheim.
- Bundesministerium für Gesundheit (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit: Zahlenreihen zur Pflegeversicherung Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Leistungsarten. http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten,templateId=raw,property=publicationFile.xls/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten.xls.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin.
- Clausen G, Lucke Ch (2004): Zur Effektivität und Effizienz der stationären geriatrischen Behandlung bei hochbetagten Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37, Heft 1: 37-42.
- Corbin J., Hildenbrand B (2000): Qualitative Forschung. In: Rennen-Althoff, B, Schaeffer D (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim, München, S. 159-184.
- Dangel, B.; Korporal, J. (2003): Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36. S. 50-62.
- Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) (2000): ICN-Ethikkodex für Pflegenden, Eschborn.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede, Köln.
- Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück: Eigenverlag.
- Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: Eigenverlag.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten E.V. (Hrsg.) (2011): Indikationskatalog Ergotherapie, Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

-
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2011): Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen! Strategien der DVfR. Heidelberg. Online verfügbar unter: <http://www.dvfr.de/Stellungnahmen>.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2 (1966). S. 166-206.
- Enquête Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Entlastungsprogramm bei Demenz (Ede): <http://psmi.paritaet-nrw.org/content/e692/e5957/e6665/>, Abruf am 20.03.2013.
- Ertl-Schmuck, Fichtmüller (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik, München.
- Fecher, T. (2009): Lernoptionen in Veränderungsprozessen, Hamburg.
- Geiseke H. (2010) Pädagogik als Beruf. Grundformen des pädagogischen Handelns, Bad Heilbrunn.
- GKV-Spitzenverband der Pflegekassen (Hrsg.) (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger Akademie, TNS Infratest. Online verfügbar unter: http://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/Evaluation_der_Pflegeberatung_Dezember_2011_7a_Abs_SGB_XI.pdf. Abruf: 10.02.2013.
- GKV-Spitzenverband (2007): Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation. Online verfügbar unter: <http://www.bag-more.de/Rahmenempfehlung>.
- Gordon, M. (2003): Handbuch Pflegediagnosen, München: Urban & Fischer.
- Gräßel, E. (2002): Situation pflegender Angehöriger: von der Belastung über die Entlastung zur Prävention. Online verfügbar unter: <http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/e185/e1821/e1832/inhalt1834/PSBinderGraess.pdf>.
- Halsig, N. (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MUG III). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.
- Helfferrich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden.
- Holz, P. (2000): Pflegende Angehörige. In: Wahl, H-W, Tesch-Römer, C (Hrsg.) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart, S. 353-358.
- Info Service: Assessmentinstrumente in der Geriatrie: Timed up & go. Online verfügbar unter: <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/tug.pdf>, Abruf: 18.01.2010.
- Info Service: Assessmentinstrumente in der Geriatrie: DemTect. Online verfügbar unter: <http://www.kcgeriatrie/downloads/instrumente/DemTect.pdf>, Abruf: 14.03.2013.
- Internationale Vereinigung für Assessment in der Rehabilitation (Hrsg.) (1997): FIM, Manual. Straubing: Eigenverlag.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. In: Schriften 146 des Bundesministeriums für Gesundheit, Heidelberg
- Kruse A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F. Schwartz, F.-W., Wilbers, J. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? AOK Baden-Württemberg, Heidelberg.
- Lübke, N., Meinck, M., von Renteln-Kruse, W. (2004): Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 37, Heft 4, S. 316-326.
- Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken. Weinheim.
- Meier-Baumgartner, H-P (1995): Das geriatrische Team. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28 (1995) 2, S. 259-262.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit Frauen und Familie (2012): Landesseniorenplan/Dritter Teil, Saarbrücken.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlung zur Entwicklung eines Monitoring-Systems. Ergebnisse des MILCEA-Projekts, Essen.
- Panfil, E. (2001): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege, Bern.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2005): Gesundheit im Alter, Heft 10. Berlin: Eigenverlag.
- Robert Koch Institut (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter: http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/pdf/gesundheit_im_alter.

-
- Rottländer R. et al. (2013): Zu den Perspektiven und offenen Fragen des PflegeWert-Projekts im Spannungsfeld von Praxis, Forschung und Politik. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): PflegeWert. Wertschätzung erkennen – fördern – erleben, Köln, S. 373-377.
- Runkel, B. (2005): Funktionssysteme der Gesellschaft, Wiesbaden.
- Schäfers, B. (1999): Einführung in die Gruppensoziologie, München.
- Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jahrgang 39, S.192-201.
- Schäffler, A. et al. (2000): Pflege Heute. Urban & Fischer, München, Jena.
- Schneekloth U, Wahl H-W (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München.
- Schwarz, G. (1991): Konfliktmanagement, Wiesbaden.
- Schwarz, G., Govers, M. (2001): Das Fachdidaktik-Modell Pflege, Bern.
- Schweizer, C., Brod, G., Stadler, M. (2009): Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege. Abschlussbericht im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs.3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes.
- Schweizer, C., Brod, G., Stadler, M. (2009a): Rehabilitative Kurzzeitpflege. Ein Konzept zur Realisierung elementarer SGB XI – Prioritäten. Abschlussbericht im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes.
- Schweizer, C. (2005): Mobile Rehabilitation: Vom Modell in die Regelversorgung. Schriftenreihe des Modellprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“, Saarbrücken.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Online verfügbar unter:
http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf.
- TNS-Infratest Sozialforschung (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, München. S. 50 ff.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Nachdruck der autorisierten Fassung, Hamburg.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2000): Erklärung von München. Pflegende und Hebammen – ein Plus für die Gesundheit, (EUR/00/5019309/6 00602), München.
- Wingenfeld, K. et al. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs.3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen, Bielefeld/Münster.

Anhang 1

Erhebungsinstrumente:

- Ø kundenbezogenes Datenblatt
- Ø Outcome-Messung
- Ø Leitfaden zum Expertengespräch mit der Projektleitung
- Ø Leitfaden zum Expertengespräch mit den Mitarbeitern des Aktivierungsteams
- Ø Hintergrund der narrativen Interviews (Erzählanstöße)

Modellprojekt „Daheim aktiv“ des Caritasverbandes Schaumberg-Blies e.V.

Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen zur
„Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 SGB XI“

Kundenbezogenes Datenblatt

ID-Nr. des Kunden/der Kundin:

Beginn der Modellmaßnahme:

I. Soziodemographische Daten

1. Geburtsjahr:

2. Geschlecht:

- männlich
 weiblich

3. Familienstand:

- ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden/getrennt lebend

4. Krankenkasse:

- gesetzlich
 privat

5. Leistungen der Pflegekasse:

- Geldleistung
 Sachleistung
 Kombileistung

6. Wohnort:

7. In welcher Haushaltsstruktur lebt der Kunde/die Kundin zu Beginn und am Ende der Modellmaßnahme?

<i>Beginn</i>	<i>Ende</i>
<input type="checkbox"/> allein im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mit (Ehe)partner im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mit Partnern und Kindern im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mit Kindern im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mit anderen Personen im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> im Haushalt der Kinder oder anderer Bezugspersonen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> im betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/>

8. Welche ICD-10 Hauptgruppe bedingt die funktionellen Beeinträchtigungen, die die Pflegebedürftigkeit zur Folge haben?

- Krankheiten des Nervensystems
- Krankheiten des Kreislaufsystems
- Neubildungen
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Psychische und Verhaltensstörungen
- Symptome und abnorme klinische Befunde
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Erkrankungen des Verdauungssystems
- Krankheiten des Atmungssystems
- Krankheiten des Urogenitalsystems
- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- Krankheiten der Haut und Unterhaut
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache
- Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

II. Pflege- und Hilfebedarf

9. Welche Pflegestufe liegt zu Beginn bzw. zum Ende der Modellmaßnahme vor?

<i>Beginn</i>	<i>Ende</i>
keine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegestufe 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegestufe 3	<input type="checkbox"/>

10. Welche Hilfen nimmt der Kunde/die Kundin zu Beginn und am Ende der Modellmaßnahme in Anspruch?

<i>Beginn</i>	<i>Ende</i>
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> professionelle Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> private Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> niedrigschwellige Angebote gem. § 45 SGB XI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/>

11. Welche Hilfsmittel werden zu Beginn und am Ende der Modellmaßnahme verwendet?

<i>Beginn</i>	<i>Ende</i>
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Matratze	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Duschhocker	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Badewannenlifter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Badewannenbrett	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Badewannensitz	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haltegriffe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Drehteller, Transfer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einstiegshilfe/Hocker	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hebelifter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel für Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gleitbrett, Transfer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Treppenlifter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/>

12. Erhielt der Kunde/die Kundin im Quartal vor Beginn der Modellmaßnahme Heilmittel?

	ja	nein
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Erfolgt die Modellmaßnahme im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder an eine Rehabilitationsmaßnahme?

	ja	nein
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
amb. Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stat. Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Verlauf der Modellmaßnahme

14. Ist die Maßnahme vorzeitig beendet worden?

- ja
 nein

15. Wenn ja, tragen Sie bitte ein, wann genau die Maßnahme beendet worden ist:

..... _Monat Jahr

16. Welche Gründe führten zur vorzeitigen Beendigung der Maßnahme?

- Aufnahme in die stationäre Pflege
 der Kunde/die Kundin ist verstorben
 der Kunde/die Kundin ist in eine andere Gemeinde verzogen
 der Kunde/die Kundin ist mit der Modellmaßnahme unzufrieden und wollte sie deshalb beenden
 sonstige Gründe:

17. Ist die Maßnahme während des Modellverlaufs unterbrochen worden?

- nein
 ja

↳ Wenn ja, tragen Sie bitte ein, von wann bis wann die Maßnahme unterbrochen worden ist.

von Tag Monat Jahr

bis Tag Monat Jahr

18. Was waren die Gründe für die Unterbrechung?

- Krankenhausaufenthalte
 Kurzzeitpflege
 interkurrente Erkrankungen, die keine Aktivierung zuließen
 vorübergehender Aufenthalt an einem Ort, zum Beispiel bei Verwandten oder anderen Bezugspersonen
 sonstige Gründe:

19. Durch wie viele Krankenhausaufenthalte ist die Modellmaßnahme unterbrochen worden und wie lange dauerten die Unterbrechungen?

1. Krankenhausaufenthalt: von bis
2. Krankenhausaufenthalt: von bis
3. Krankenhausaufenthalt: von bis
4. Krankenhausaufenthalt: von bis
5. Krankenhausaufenthalt: von bis

20. Durch wie viele Aufenthalte in der Kurzzeitpflege ist die Modellmaßnahme unterbrochen worden und wie lange dauerten die Aufenthalte?

1. Kurzzeitpflege: von bis
2. Kurzzeitpflege: von bis
3. Kurzzeitpflege: von bis
4. Kurzzeitpflege: von bis
5. Kurzzeitpflege: von bis

21. Was war der Grund für die Aufnahme in die Kurzzeitpflege?

- Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt
- sonstige Gründe:
-
-

22. Anzahl der Heilmittelverordnungen während der Modellmaßnahme:

Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten*				
			3. Quartal 2010	4. Quartal 2010
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				
	1. Quartal 2011	2. Quartal 2011	3. Quartal 2011	4. Quartal 2011
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				
	1. Quartal 2012	2. Quartal 2012	3. Quartal 2012	4. Quartal 2012
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				

* Nicht die Anzahl der Rezepte, sondern die Gesamtzahl der dort verordneten Behandlungseinheiten pro Quartal.

23. Anzahl der fallbezogenen Arztkontakte während der Modellmaßnahme:

- ∅ Anzahl der Kontakte, die das Modellteam mit dem Hausarzt aufnimmt:
insgesamt Kontakte
- ∅ Was war das Ziel der Kontaktaufnahme?
Ist das Ziel erreicht worden?
 ja
 nein
- ∅ Anzahl der Kontakte, die der Hausarzt mit dem Modellteam aufnimmt:
insgesamt Kontakte

IV. Pflegende Angehörige

24. Wer ist die Hauptpflegeperson?

- Ehemann/Partner
- Ehefrau/Partnerin
- Tochter
- Sohn
- Schwiegertochter
- Schwiegersohn
- Enkelkinder
- sonstige Verwandte
- nichtverwandte Bezugspersonen

25. Werden andere Familienmitglieder/Bezugspersonen in die Pflege verbindlich eingebunden?

- nein
- ja

↳ Wenn ja, wie viele weitere Personen beteiligen sich an der Pflege und in welchem Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis stehen sie zum Pflegebedürftigen?

.....
.....

26. Wie gelingt nach Einschätzung der Pflegekraft/des Therapeuten die Anleitung der Hauptpflegeperson? (Antwort am Ende der Maßnahme)

- Sie gelingt gut, die Pflege hat sich dadurch verbessert.
- Die Hauptpflegekraft ist interessiert, tut sich aber schwer bei der Umsetzung der Maßnahmen.
- Die Hauptpflegekraft reagiert auf die Anleitung eher ablehnend und ändert an ihrem pflegerischen Handeln nichts.

V. Gesamtbewertung durch die Pflegekraft

27. Wie zufrieden sind Sie mit der Umsetzung der Modellmaßnahme bei diesem Kunden/diese Kundin? (Antwort am Ende der Maßnahme)

- sehr zufrieden
- zufrieden
- es geht so
- unzufrieden

Modellprojekt „Daheim aktiv“ des Caritasverbandes Schaumberg-Blies e.V.

Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen zur
„Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 SGB XI“

Outcome - Messung

ID-Nr. des Kunden/der Kundin:

Ergebnisse der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung

I. Barthel-Index (Gesamtpunktzahl):

<i>Messzeitpunkt</i>	<i>Datum</i>	<i>Punkte</i>
Eingangsuntersuchung	t1 .....	.....
Zwischenuntersuchung	t2 .....	.....
Zwischenuntersuchung	t3 .....	.....
Abschlussuntersuchung	t4 .....	.....

II. Timed Up & Go:

<i>Messzeitpunkt</i>	<i>Datum</i>	<i>mit Hilfsmittel</i>			<i>ohne Hilfsmittel</i>			<i>Hilfsmittel</i>
		Zeit	sicher	un-sicher	Zeit	sicher	un-sicher	
Eingangsuntersuchung	t1 .....	..... sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenuntersuchung	t2 .....	..... sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenuntersuchung	t3 .....	..... sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschlussuntersuchung	t4 .....	..... sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Visuelle Schmerzskala:

<i>Messzeitpunkt</i>	<i>Datum</i>	<i>Nummer</i>
Eingangsuntersuchung	t1 .....	.....
Zwischenuntersuchung	t2 .....	.....
Zwischenuntersuchung	t3 .....	.....
Abschlussuntersuchung	t4 .....	.....

IV. DemTect

<i>Messzeitpunkt</i>	<i>Datum</i>	<i>Gesamtpunktzahl</i>
Eingangsuntersuchung t1
Zwischenuntersuchung t2
Zwischenuntersuchung t3
Abschlussuntersuchung t4

V. Funktionaler Selbständigkeitsindex (FIM)

	t1	t2	t3	t4	t5	t6
Datum (bitte jeweils eintragen) →	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	Stufe	Stufe	Stufe	Stufe	Stufe	Stufe
Selbstversorgung						
A Essen/Trinken						
B Körperpflege						
C Baden/Duschen/Waschen						
D Ankleiden oben						
E Ankleiden unten						
F Intimhygiene						
Kontinenz						
G Blasenkontrolle						
H Darmkontrolle						
Transfer						
I Bett/Stuhl/Rollstuhl						
J Toilettensitz						
K Dusche/Badewanne						
Fortbewegung						
L Gehen/Rollstuhl						
M Treppensteigen						
N Lagerung/Positionswechsel						
Summenscore motorisch						
Kommunikation						
O Verstehen (visuell/akustisch)						
P Ausdruck (verbal/nonverbal)						
Soziales						
Q Soziales Verhalten						
R Problemlösung						
S Gedächtnis						
Summenscore - kognitiv						

Erläuterungen:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 7 völlige Selbständigkeit | 3 mäßige Hilfestellung |
| 6 eingeschränkte Selbständigkeit | 2 ausgeprägte Hilfestellung |
| 5 Beaufsichtigung/Vorbereitung | 1 völlige Unselbständigkeit |
| 4 Kontakthilfe/geringe Hilfestellung | |

VI. Zeitumfang der Aktivierungsmaßnahmen

Trainingseinheiten (TE) in Minuten:	2011 insgesamt		2012 insgesamt	
	TE	Min.	TE	Min.
1. motorisch-funktionell				
2. sensomotorisch-perzeptiv				
3. Motivationsarbeit				
4. Alltagstraining				
5. Hilfsmittelberatung, -versorgung, -anpassung, -training				
6. kognitives Aktivierungstraining				
7. Mobilisations- und Belastungstraining				
8. Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld				
9. Beratung zu Aktivierungsmaßnahmen				
10. Anleitung / Schulung				
Trainingseinheiten/Zeitumfang insgesamt				

Leitfaden zum Expertengespräch mit der Projektleitung

Gliederung:

- Hintergrund der konzeptionellen Entwicklung
- Zielsetzung
- Zentrale Modellelemente
- Implementierung

1. Hintergrund der konzeptionellen Entwicklung

Vor welchem Hintergrund und in welchen Zusammenhängen ist die Modellidee zu „Daheim Aktiv“ entstanden?

Gabe es einen konkreten Anlass oder waren es mehrere, die letztlich den Ausschlag gaben, die Modellkonzeption zu entwickeln?

Gab es auch wirtschaftliche Gründe ein solches Modellkonzept zu entwickeln?

Wer war alles an der Entwicklung der Modellkonzeption beteiligt? Waren Betroffene an der Entwicklung der Modellkonzeption beteiligt?

Gab es zunächst unterschiedliche Richtungen, in die sich das Modell hätte entwickeln können? Wenn ja, welche? Warum hat sich die aktuelle Version durchgesetzt?

Wie hat die Verbandsspitze auf die Modellidee reagiert? Welche Unterstützung erhielten Sie von der Verbandsspitze bei der Erarbeitung der Modellkonzeption? Gab es währenddessen einen regelmäßigen Austausch?

2. Zielsetzung

Können Sie noch mal in eigenen Worten die wichtigste Zielsetzung des Modells beschreiben?

Auf welches Defizit im Versorgungssystem reagiert der Modellansatz?

Welche wirtschaftlichen Erwartungen sind an die Modellkonzeption geknüpft?

Wie gewährleisten Sie, die Übertragbarkeit der Ergebnisse?

3. Zentrale Modellelemente

Welches sind die zentralen Modellelemente? Würden Sie nach der Erfahrung des ersten halben Jahres die Modellelemente in dieser Form bestehen lassen oder zeichnen sich erste (leichte) Modifizierungen ab?

Welche qualifikatorischen Anforderungen sind notwendig, um die einzelnen Modellelemente umzusetzen (bei den Therapeuten, bei den Pflegekräften)?

Welche Rückmeldung haben Sie seitens der Kassen erhalten, was meinen die anderen Anbieter in der Region und die niedergelassenen Ärzte und die Klinikärzte zu dem Modell?

Ihre Auftaktveranstaltung ist auf großes Interesse gestoßen (120-150 Teilnehmer)? Was hat am meisten interessiert? An welche Fragen erinnern Sie sich noch?

4. Implementierung

Was war der erste Schritt bei der Umsetzung des Modells? Wie ging es dann weiter?

Gab es trägerinterne Hindernisse, die Sie mit Überzeugungsarbeit aus dem Weg räumen mussten?

In welcher Weise sind Sie von Ihrem Träger unterstützt worden?

Wie haben Sie die Mitarbeiter des Aktivierungsteams gewonnen? Waren Sie in Ihrem Haus schon beschäftigt?

Was waren die Auswahlkriterien? Auf was haben Sie besonderen Wert gelegt?

Gab es anfänglich Schwierigkeiten in der Teamarbeit? Gibt es sie noch? Was war der Grund?

Würden Sie aus der heutigen Sicht anders beginnen? Wenn ja, wie und warum?

Welches sind die weiteren Umsetzungsschritte?

Welchen Stellenwert hat die Qualifizierung der Mitarbeiter? Wie sind die Rückmeldungen? Wie verläuft die Qualifizierung, welche Inhalte werden angeboten?

Wer führt die Qualifizierungen durch? Welche Rückmeldungen haben Sie dazu erhalten?

5. Leitung

Was reizt Sie an der Leitungsaufgabe? Ist es Ihre erste Leitungsfunktion?

Was macht für Sie Leitung aus? Wo sehen Sie im Bezug auf das Aktivierungsteam Ihre Aufgaben?

Haben Sie auch direkten Kontakt zu Ihren Kunden? In welcher Form? Gibt es eine Form des Beschwerdemanagements?

Was machen Sie, wenn Konflikte auftreten (innerhalb des Teams, zwischen Teammitgliedern und Kunden)?

Was müssen wir in Bezug auf das Modell noch lernen?

Gibt es jetzt am Ende des Interviews noch irgendetwas, was nicht gefragt wurde, Ihnen aber noch wichtig ist?

Leitfaden zum Expertengespräch mit den Mitarbeitern des Aktivierungsteams (sechs Monate nach dem Start des Modells)

Gliederung:

- Ø Beruflicher Hintergrund
- Ø Beteiligung an der konzeptionellen Entwicklung
- Ø Ziele
- Ø Umsetzung des Modells
- Ø Teamarbeit

1. Beruflicher Hintergrund

Was sind Sie von Beruf? Wo haben Sie zuvor gearbeitet? Was war für Sie ausschlaggebend, im Modellprojekt mitzuarbeiten?

Was reizt Sie an dieser Arbeit?

Sind Sie für den Einsatz im Modell speziell qualifiziert worden? In welcher Form, welche Inhalte wurden vermittelt? War die Qualifizierung angemessen? Was hätte besser gemacht werden können?

2. Beteiligung an der konzeptionellen Entwicklung

Waren Sie an der Konzeptentwicklung beteiligt? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, hätten Sie einen anderen Schwerpunkt gesetzt? Hätten Sie etwas anders gemacht?

Wenn Sie darauf angesprochen werden, wo und was Sie arbeiten, was sagen Sie dazu? Wie sind die Reaktionen?

Führt die Arbeit im Modell zu einer Aufwertung Ihrer Tätigkeit? Wenn ja, warum?

Sind im Modellverlauf schon Modellelemente modifiziert worden? Wer hat die Modifizierung vorgeschlagen?

Wie ist entschieden worden, welche Assessmentinstrumente zum Einsatz kommen? Bilden die Instrumente die Situation des Betroffenen und den Erfolg der Massnahme angemessen ab? Was kommt dabei zu kurz?

3. Ziele

Was ist Ihrer Meinung nach das zentrale Ziel der Modellmaßnahme? Gibt es für Sie auch ganz persönliche berufliche Ziele, die Sie damit verbinden?

Empfinden Sie die Modellmaßnahme als Aufwertung Ihrer Arbeit? Inwiefern?

Welche Hoffnungen verbinden Ihrer Meinung nach die Betroffenen (Pflegebedürftige und Angehörige) mit der Modellmaßnahme? Sind das realistische Erwartungen?

4. Umsetzung der Modellmaßnahme

Was haben Sie in den ersten Monaten der Modellmaßnahme alles gemacht? Wo lag der Schwerpunkt?

Was ist besonders gut gelaufen? Wo gab es eher Probleme? Was war richtig schwierig?

Wer war für die Akquirierung der Teilnehmer zuständig? Waren Sie dafür alleine zuständig? Wie ist es Ihnen gelungen, in einem doch relativ kurzen Zeitraum fast alle Teilnehmer zu gewinnen?

Wo lagen die Probleme bei der Akquirierung? Wie haben Sie die Pflegebedürftigen motiviert, an der Maßnahme teilzunehmen (Beispiele)? Wie reagierten Angehörige auf das Angebot (Beispiele)? Werden hier Konflikte zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson spürbar (Beispiele)?

Sind allein lebende Pflegebedürftiger stärker motiviert, an der Maßnahme teilzunehmen als Pflegebedürftige, die mit einer Pflegeperson zusammen leben?

Können Sie mir ein positives Beispiel über den Verlauf einer Maßnahme erzählen? Was ist für Sie der ideale Teilnehmer?

Können Sie mir ein negatives Beispiel erzählen? Bei welchen Teilnehmern stoßen Sie an Grenzen, wo würden Sie sagen, dass die Modellmaßnahme keinen Sinn macht?

In welcher Art und Weise bemerken Sie schon Effekte der Maßnahmen? (Beispiele)

5. Teamarbeit

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten? Werden Sie als Anleiterinnen akzeptiert? Oder gibt es da Rollenkonflikte?

Ggf.: Wie schaffen Sie es, Ihre Rolle als Anleiterin ohne Konflikte zu etablieren?

Was muss Ihrer Meinung nach gemacht werden, damit die Konflikte gelöst werden? Wäre eine Supervision sinnvoll? Was muss die Projektleitung tun, damit die Konflikte nicht überhand nehmen?

Wie würden Sie die positive Seite der multiprofessionellen Zusammenarbeit beschreiben, wie die negative?

Jetzt würde ich Sie gerne bitten, ein gemeinsames Fazit nach dem ersten halben Jahr zu ziehen.

Erzählanstöße* während des narrativen Interviews mit dem Kunden und seinen Angehörigen (Hauptpflegeperson)

*Sie erfolgen nur, wenn das Gespräch stockt oder wenn das Gespräch eine Richtung nimmt, die mit der Modellmaßnahmen nicht mehr in Verbindung gebracht werden kann.

Gliederung:

1. Lebens- und Hilfsituation
2. die Modellmaßnahmen und ihre Wirkung
3. Weitere Bedarfe

1. Lebens- und Hilfsituation

- Ø *Kurze Beschreibung (Informationen durchs Team) bzw. Befragung der Probanden zur Wohn-, Lebens- und Hilfsituation:*

Wohnsituation: Wohneigentum? Sind die Räumlichkeiten behindertengerecht? Gibt es Bedarf an Maßnahmen zur Wohnraumanpassung? Was ist diesbezüglich schon gemacht worden? Wer hat das in die Wege geleitet und von wem wurde die Maßnahme finanziert?

Lebenssituation: Wer lebt alles mit in der Wohnung? Wer ist die primäre Betreuungsperson? Wer hilft noch mit? Wer kommt wie häufig zum Helfen? Wo/ wie weit entfernt leben die Kinder? Gibt es Unterstützung durch die Nachbarschaft?

Hilfsituation: Ist ein ambulanter Pflegedienst an der Versorgung beteiligt? Wird eine hauswirtschaftliche Hilfe in Anspruch genommen? Wer putzt? Wer wäscht? Wer kocht? Werden niedrigschwellige Angebote nach § 45 SGB XI genutzt?

2. Die Modellmaßnahme und ihre Wirkung

- Ø Haben Sie den Eindruck, dass Ihnen die Übungen gut tun? Was verbessert sich?
- Ø Hat der Pflegedienst mit Ihnen auch bestimmte Übungen gemacht? Was ist jetzt anders im Vergleich zu früher?
- Ø Machen Sie die Übungen gerne oder ist es eher ein bisschen Mühe oder sogar eine Qual zu trainieren?
- Ø Üben Sie auch alleine, also ohne Frau S/Frau W oder Frau N/Frau S? Wie oft in der Woche?
- Ø Hat sich durch die Übungen an Ihrem Alltag etwas geändert? Wenn ja, was hat sich geändert?
- Ø Haben sich die Übungen auf Ihre Stimmung ausgewirkt? Können Sie beschreiben wie?
- Ø Was sagen Ihre Angehörigen, wenn Sie solche Übungen machen? Unterstützen sie Sie dabei?
- Ø Was sagt Ihr Hausarzt dazu? Findet er es gut, dass Sie aktiver sind oder ist er eher skeptisch, ob die Übungen was nützen oder sagt er gar nichts dazu oder haben Sie ihm gar nichts davon erzählt?

- Ø *An die Hauptpflegeperson gerichtet:* Hat sich durch die Maßnahme an Ihrer Art zu pflegen etwas geändert? Was hat sich geändert?
- Ø Haben Sie heute eine etwas andere Einschätzung von der Pflegebedürftigkeit Ihre/s/r Mannes/Vaters/Frau als vor Beginn der Modellmaßnahme? Was hat sich geändert?
- Ø Was an den Veränderungen/Verbesserungen ist Ihnen besonders wichtig?

3. Weitere Bedarfe

- Ø So ein Modellversuch ist auch immer dazu da, um sich zu überlegen, ob man es noch besser machen kann. Was meinen Sie, was könnte an diesem Angebot besser gemacht werden?
- Ø Sind Sie mit den Hilfen, die Sie insgesamt in Anspruch nehmen zufrieden, sind sie ausreichend oder bräuchten Sie noch weitere Unterstützung? Welche?

