
**Modellprogramm des Spitzenverbandes und der
gesetzlichen Pflegekassen zur „Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI“**

**Modellprojekt: „Rehabilitative Kurzzeitpflege. Ein Konzept
zur Realisierung elementarer SGB XI-Prioritäten**

**Teil B: Möglichkeiten und Grenzen einer rehabilitativ orientierten
solitären Kurzzeitpflege**

von
Carola Schweizer
Garvin Brod
Matthias Stadler

Saarbrücken, April 2009

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	5
2.	Zentrale Fragestellung, Hypothesen und Methode	9
3.	Die schwierige Implementierung des Modellansatzes	12
3.1	Die Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Klinik und die Einbindung weiterer Krankenhäuser	13
3.1.1	Der Ausfall der poststationären Therapien	14
3.1.2	Zuweisungs- und Auslastungsprobleme	15
3.1.3	Die Rolle der Krankenhaussozialdienste bei der Patientenüberleitung	17
3.2	Die Beratungs- und Koordinierungsstellen (Beko-Stellen) im Kontext der Modellkurzzeitpflege	19
3.3	Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten.....	21
3.4	Die Zusammenarbeit mit dem MDK und den Pflegekassen.....	23
3.5	Fazit zur schwierigen Implementierung des Modellansatzes	24
4.	Das multiprofessionelle Team	26
4.1	Verbesserung der Pflegequalität	28
4.2	Fazit zur Verbesserung der Pflegequalität	30
5.	Zielgruppe	31
5.1	Soziodemographischer Hintergrund.....	31
5.2	Pflege- und Hilfebedarf	32
5.3	Fazit zum einbezogenen Personenkreis	34
6.	Ergebnisqualität	35
6.1	Fazit zur Ergebnisqualität	44
7.	Schluss	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Wie viele Kurzzeitpflegegäste haben Physiotherapie in Anspruch genommen?.....	14
Tabelle 2:	Anzahl der Zuweisungen aus den beteiligten Kliniken	17
Tabelle 3:	Beratungsbedarf der Kurzzeitpflegegäste (Mehrfachnennungen)	19
Tabelle 4:	Häufigkeit der Arztbesuche in der Kurzzeitpflege.....	22
Tabelle 5:	Alter und Geschlecht	31
Tabelle 6:	Familienstand	31
Tabelle 7:	Haushaltsstruktur/Lebenssituation	32
Tabelle 8:	Pflegestufen nach Altersgruppen.....	32
Tabelle 9:	Ambulante Hilfe vor dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege (Mehrfachnennungen)	33
Tabelle 10:	Diagnosegruppen (Mehrfachnennungen)	33
Tabelle 11:	Zielsetzung der Modellmaßnahme (Mehrfachnennungen)	35
Tabelle 12:	Aufenthaltsdauer in der Modellkurzzeitpflege	35
Tabelle 13:	Gründe für den vorzeitigen Abbruch	36
Tabelle 14:	Ergebnis der Maßnahme nach Barthel-Index, Mobilitätstest nach Tinetti und Timed up & go	36
Tabelle 15a:	Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung	38
Tabelle 15b:	Veränderungen bei den Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung.....	38
Tabelle 16a:	Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung.....	39
Tabelle 16b:	Veränderungen bei den Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung.....	40
Tabelle 17a:	Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen.....	40
Tabelle 17b:	Veränderungen bei den sensomotorischen Funktionen	40
Tabelle 18a:	Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen	41
Tabelle 18b:	Veränderungen bei den psychosozialen Funktionen	41
Tabelle 19:	Veränderungen der Schmerzintensität.....	42
Tabelle 20:	Aufenthalt des Gastes nach Beendigung der Kurzzeitpflege.....	42
Tabelle 21:	Aufenthaltsort nach sechs bis acht Monaten.....	43
Tabelle 22:	Hilfen, die sechs bis acht Monate nach Beendigung der Maßnahme in Anspruch genommen werden (Mehrfachnennungen)	43

B: Möglichkeiten und Grenzen einer rehabilitativ orientierten solidären Kurzzeitpflege

1. Ausgangslage

Die Realisierung des Postulats „ambulant vor stationär“ ist eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung.¹ Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI spielt dabei eine ganz besondere Rolle: Einerseits ist sie ein wichtiges Angebot, um pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen zu entlasten. Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Pflegebereitschaft und zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung. Andererseits ist sie ein entscheidendes, bislang aber nur unzureichend genutztes Element der Patientenüberleitung. Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt bietet sie den Zeitrahmen und – allerdings abhängig vom konzeptionellen Hintergrund – das fachliche Know-how, um gemeinsam mit den Betroffenen Versorgungsalternativen abzuwägen. Genau dies war die Intention, die der Gesetzgeber mit der Kurzzeitpflege verband. Im Kommentar zur § 42 SGB XI heißt es:

„Eine typische Einsatzform ist die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen. Endet der Anspruch auf Krankenhausbehandlung (vgl. § 27 SGB V) einschließlich des Anspruches auf Krankenhausbehandlung, ist jedoch der Aufwand an Pflege noch relativ hoch, kommt eine zeitweise stationäre Unterbringung in Betracht. Dies wird in der Praxis zugleich eine Beobachtungsphase mit einschließen, mit der Möglichkeit, anschließend eine andere Pflegeform zu finden, nämlich die häusliche i. V. mit teilstationärer Pflege oder die Überleitung in die vollstationäre Pflege nach § 43.“²

Die Kurzzeitpflege ist somit in direktem Zusammenhang mit dem in § 3 SGB XI postulierten Vorrang der häuslichen Pflege zu sehen. An der Schnittstelle zwischen akutstationärer Versorgung und ambulanter sowie stationärer Pflege gehört sie zu den Leistungen, die „die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen (soll), damit Pflegebedürftige möglichst lange in der häuslichen Umgebung bleiben können“ (vgl. § 3 SGB XI). Die Kurzzeitpflege hat Vorrang vor der stationären Pflege und soll dazu beitragen, Fehlplatzierungen im Pflegeheim zu vermeiden.

Dies gelingt aber nur, wenn es erstens verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen der Kurzzeitpflegeeinrichtung und den umliegenden Krankenhäusern gibt; zweitens, wenn die Selbsthilfepotentiale der Gäste erkannt und trainiert werden und drittes,

¹ Vgl. Deutscher Bundestag (1993): Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Drucksache 12/5262: 89 f.

² Dalichau, Gerhard; Grüner, Bernd; Müller-Alten, Lutz (2005): Pflegeversicherung. Kommentar und Rechtssammlung. Bde. I – IV. Stand: 1. März 2005.

wenn ein Beratungsangebot zur Verfügung steht, welches die Betroffenen bei der Bewältigung der Hilfsituation unterstützt.³

Wenn die Kurzzeitpflege im Anschluss an die akutstationäre Versorgung als eine Variante der Nachsorge genutzt wird, so auch die Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS), dann

„... ist es eminent wichtig, dass der Kommunikationsfluss zwischen Klinik und Kurzzeitpflege klappt. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung muss wissen, was mit dem Pflegebedürftigen im Krankenhaus mit welchem Ziel und mit welchem Ergebnis gemacht wurde; die Kurzzeitpflegeeinrichtung muss auch wissen, welche Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Anschluss an die Kurzzeitpflege möglich sind. Diese umfängliche Informationserhebung sollte vom Krankenhaus durchgeführt werden und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Basis ihres Konzeptes im Rahmen einer Überleitung zur Verfügung stehen. Der Kurzzeitpflegeeinrichtung muss es dann auch kurzfristig möglich sein, ein individuelles Aktivierungskonzept für den aus dem Krankenhaus kommenden Kurzzeitpflegegast zu erstellen.“⁴

Im Jahr 2007 entfiel von den Leistungsausgaben der Pflegekassen (17,45 Mrd. Euro) nur ein Anteil von 0,24 Mrd. Euro auf die Kurzzeitpflege. Eine Untersuchung des iso-Instituts zeigt, dass die Kurzzeitpflege in knapp der Hälfte der Fälle (48,7%) als „Urlaubspflege“ nach § 39 SGB XI in Anspruch genommen wird, in einem Drittel (32,8%) im Anschluss an die akutstationäre Versorgung und in rund 19 Prozent der Fälle ist die Kurzzeitpflege nach § 39 und nach § 42 SGB XI genutzt worden.⁵

Auch wenn ein Patient im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege kommt, wird der Aufenthalt dort nicht unbedingt zur Abklärung des Pflege- und Hilfebedarfes genutzt. In vielen Fällen dient die Kurzzeitpflege lediglich als „Warteschleife“ bis ein Platz im Pflegeheim frei wird.⁶ Mit der suboptimalen Nutzung der Kurzzeitpflege werden nicht nur Ressourcen verschenkt, sie ist auch einer der Gründe für ihre „systembedingte“ Unterauslastung. Im Jahr 2005 lag zum Beispiel die durchschnittliche Auslastung der Kurzzeitpflege im BMG-Modellprogramm nur bei etwa 73,5 Prozent⁷, in der Brebacher Einrichtung lag sie zur selben Zeit bei rund 74 Prozent.

Die mangelnde Auslastung führt dazu, dass immer mehr Kurzzeitpflegeplätze in vollstationäre Plätze umgewidmet oder nur noch „eingestreut“ vorgehalten werden. Diesen Weg konnte der ASB in Saarbrücken-Brebach mit seiner solitären Einrichtung nicht wählen. Deshalb ging er in die Offensive, suchte sich einen Krankenhausträger als

³ Brandt, Franz (2005): Pflegeüberleitung, Patientenüberleitung, Entlassungsmanagement. Schriftenreihe zum Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Saarbrücken: 150.

⁴ Brucker, Uwe (2002): Die Rolle des MDK bei der Entscheidung zwischen häuslicher und stationärer Pflege. In: **iso**-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft 2002: 204-218.

⁵ Geiger, Manfred; Kirchen-Peters, Sabine (2007): Kurzzeitpflege vor der Reform: Perspektiven eines Versorgungsbausteins. Schriftenreihen zum BMG-Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“, Saarbrücken: 37.

⁶ Vgl. Maurer, Birgit: Teil A im vorliegenden Bericht.

⁷ Geiger, Manfred u.a. a.a.O.: 136.

Partner, gemeinsam entwickelten sie ein Modellkonzept, welches die „Realisierung elementarer SGB XI Prioritäten“ zum Ziel hat.

Die zentralen Elemente des Brebacher Modells sind der „rehabilitative“ Umbau der Kurzzeitpflege und deren enge Zusammenarbeit mit einer geriatrischen Klinik.⁸ Beide Elemente entsprechen der Intention des Gesetzgebers. Dabei geht es vor allem

- um die adäquate Überleitung Pflegebedürftiger aus einer Geriatrischen Klinik,
- um die Nutzung der Möglichkeiten der Kurzzeitpflege zur Abklärung und zur Vorbereitung der häuslichen Versorgung und
- um die Stärkung der rehabilitativen Orientierung in der Kurzzeitpflege.

Der Modellpartner – die Geriatrische Klinik (SHG) in Saarbrücken-Brebach – hatte zunächst eine andere Zielgruppe im Blick als der Modellträger, nämlich Patienten, die nur vorübergehend⁹ pflegebedürftig, also nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Dabei handelt es sich um Patienten, die keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfen, aber dennoch nicht entlassen werden können, weil ihr momentaner Pflegebedarf und ihre häusliche Situation es (noch) nicht zulässt.

Mit der Einführung der Fallpauschalen (DRG) stehen die Ärzte unter Druck, Patienten frühzeitig zu entlassen. Der Patient wird „stärker als bislang unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten und damit auch als wirtschaftliche Chance oder Gefahr ... für das Krankenhaus“ betrachtet.¹⁰ Insofern war dem Krankenhaus daran gelegen, ein Modellkonzept zu entwickeln, das zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer beiträgt. Damit der Patient mit „gutem Gewissen“ entlassen werden kann, sollte die fachgerechte Weiterversorgung der pflegebedürftigen Patienten sichergestellt werden, auch jener Pflegebedürftigen, die unterhalb der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI liegen.

Auch das saarländische Sozialministerium war daran interessiert, für die Pflegebedürftigen, die keine Leistungen der Pflegekassen erhalten, ein Versorgungsangebot zu konzipieren, welches Heimaufnahmen vermeiden hilft. Denn die Kosten für die stationäre Pflege muss, wenn der Pflegebedürftige sie nicht selbst tragen kann, in diesen Fällen der Sozialhilfeträger übernehmen. Deshalb förderte das Sozialministerium in der Brebacher Kurzzeitpflege einen einzelnen Platz („Landbett“), der diesem Personenkreis vorbehalten sein sollte.

Die Hauptzielgruppe des Modells, und darüber ist früh Konsens erzielt worden, waren aber Pflegebedürftige, die Leistungen der Pflegekassen erhalten. Ihre nachstationäre Versorgung, so die Einschätzung der Modellpartner, entspräche immer noch nicht

⁸ Vgl. Modellantrag „Rehabilitative Kurzzeitpflege. Ein Konzept zur Realisierung elementarer SGB XI Prioritäten (2006).

⁹ D.h. weniger als die im Gesetz (§ 14 SGB XI) vorgeschriebenen sechs Monate.

¹⁰ Simon, Michael (2000): Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public – Health – WZB Berlin: 22.

dem, „... was unter geriatrisch/gerontologischen und unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll und angemessen wäre“. ¹¹ Aus diesem Grund verknüpft das Konzept die Elemente Entlassungsmanagement, rehabilitative Kurzzeitpflege und ambulante Weiterversorgung miteinander. Pflegebedürftige Menschen sollten die Möglichkeit haben, „wenn sie der stationären Behandlung in der Geriatrischen Klinik nicht mehr bedürfen und für die – aus welchen Gründen auch immer – eine häusliche Versorgung noch nicht möglich oder ausreichend ist, für einen begrenzten Zeitraum eine Kurzzeitpflege mit rehabilitativem Schwerpunkt in Anspruch zu nehmen“. ¹²

Das Brebacher Modell ließ sich nur in Teilen realisieren. Probleme bei der Implementierung gab es vor allem an der Schnittstelle zur akutstationären und zur vertragsärztlichen Versorgung. Eine Rolle spielten aber auch Qualifizierungsdefizite, falsche finanzielle Anreize und bürokratische Hindernisse. Die Umsetzungsprobleme werden sich wie ein roter Faden durch die folgenden Kapitel ziehen. Allerdings nur bis zum Kapitel über die ‚Ergebnisqualität‘, die ist durchaus positiv zu bewerten.

¹¹ Modellantrag: 1.

¹² Vgl. ebd.

2. Zentrale Fragestellung, Hypothesen und Methode

Die Hypothesen und Fragestellungen des Modells stehen in Zusammenhang mit den Modellzielen. Diese lassen sie sich mit den Stichworten umschreiben: Lösung von Schnittstellenproblemen, adäquate Entlassungsplanung, fundierte Entscheidung über die nachstationäre Versorgung, Nutzung der Kurzzeitpflege als Phase der Aktivierung, der Abklärung und Vorbereitung.

Die Evaluationsergebnisse müssen Aussagen dazu erlauben, ob und in welchem Maße die Modellziele erreicht worden sind, welche Faktoren sich hemmend oder fördernd ausgewirkt haben, ob Modifizierungen notwendig gewesen sind und ob der Transfer der Ergebnisse auf andere Standorte möglich ist.

In Teil A des Berichtes¹³ sind die Modellziele im Einzelnen aufgelistet. Die Hypothese, die sich daraus ableiten lässt, lautet:

Ein systematisches Entlassungsmanagement in einer (Geriatrischen) Klinik und deren verbindliche Kooperation mit einer rehabilitativ orientierten Kurzzeitpflege führt dazu, dass die Klinikverweildauer reduziert wird, dass Aktivierungs- und Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und umgesetzt wird, dass die Qualität der weiteren Versorgung, auch durch vorbereitende Maßnahmen und frühzeitige Einbeziehung der Hausärzte insoweit optimiert wird, als Unter- und Überversorgung vermieden werden und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert wird.¹⁴

Zur Überprüfung der Hypothese müssen die nachstehenden Fragen geklärt werden:

- Lässt sich durch die enge und systematisch abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Geriatrischer Klinik und Kurzzeitpflege die Krankenhausverweildauer verkürzen und „Fehlbelegungen“ (im Hinblick auf Patienten, die nicht mehr krankenhausbedürftig sind, aber noch nicht zu Hause versorgt werden können) vermeiden?
- Gelingt es der rehabilitativen Kurzzeitpflege die Aktivierungspotentiale der Gäste auszuschöpfen und führt sie zu nachweislichen Verbesserungen der Mobilität und der Selbsthilfekompetenz, minimiert sie das Sturzrisiko und trägt sie zur Verbesserung der Lebensqualität der Probanden bei?
- Wird die Qualität der nachstationären Versorgung durch die rechtzeitige Weitergabe der erforderlichen Informationen und durch die Einbeziehung des Hausarztes in das rehabilitative Angebot verbessert?
- Führt die Integration von therapeutischen Fachkräften in das Pflorgeteam zu Veränderungen im pflegerischen Selbstverständnis und zu einem modernen Pflegeleitbild?

¹³ Vgl. Maurer, Birgit: Teil A im vorliegenden Bericht: 2.

¹⁴ Modellantrag: 13.

- Trägt die rehabilitative Kurzzeitpflege zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ bei und hilft sie, Fehlplatzierungen in der stationären Pflege zu vermeiden?

Da sich das Modell nicht in der gewünschten Form hat implementieren lassen, konnte die Hypothese nicht in ihrer Gänze überprüft werden. Das betrifft vor allem die Effekte, die von der Einbindung der niedergelassenen Ärzte und der Zusammenarbeit mit der geriatrischen Klinik erwartet wurden. Bei der Evaluation standen hier deshalb Fragen nach den Gründen für die Implementierungsschwierigkeiten im Vordergrund.

Im Rahmen einer formativen Prozessevaluation sind die Umsetzungs- und Entwicklungsprozesse kontinuierlich reflektiert und analysiert worden. Zu den Aufgaben der Wissenschaftlichen Begleitung gehörten die Beratung bei der Entwicklung und Modifizierung der Modellkonzeption sowie die Analyse und die Unterstützung bei der Überwindung von Problemen. Auf Grund der zahlreichen Umsetzungsschwierigkeiten hat dieser Teil der Aufgaben deutlich mehr Zeit beansprucht als zunächst dafür vorgesehen war.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt war die Outcome-Messung. Dazu ist ein einzelfallbezogener und anonymisierter Erhebungsbogen entwickelt worden, mit dem die folgenden Daten erfasst wurden (vgl. Anlage): Alter, Geschlecht, Diagnosen, soziale Situation, Wohnort, Hilfe- und Pflegebedarf, Leistungsumfang und die Ergebnisse der Testverfahren.

Folgende Tests sind zur Outcome-Messung verwendet worden: Barthel-Index, Timed up & go, Tinnetti, Schmerzskala und Ergotherapeutisches Assessment des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie Freiburg.

Sechs Monate nach Beendigung der Modellmaßnahme wurde von der Ergotherapeutin ein Nachsorgebesuch durchgeführt. Das Ergebnis dieses Besuchs wurde in einem kurzen Nachsorgebogen (siehe Anlage) dokumentiert und ausgewertet.

Ergänzend zur quantitativen Erfassung sind leitfadengestützte Interviews (vgl. Anlage) mit den wichtigsten Akteuren im Krankenhaus und der Kurzzeitpflegeeinrichtung durchgeführt worden (Sozialdienst, Pflegedienstleitung, Pflegekräfte, Ergotherapeutin). Mit den Ärzten der Geriatrischen Klinik haben insgesamt acht Treffen stattgefunden, bei denen jeweils themenzentriert die Vorgehensweise und Probleme besprochen wurden.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Modells machten es notwendig, immer wieder auch themenzentrierte Gesprächsrunden mit weiteren Modellpartnern zu initiieren und zwar

- mit dem MDK (Begutachtungsverfahren),
- mit den Pflegekassen (Bearbeitungszeiträume),

- mit der Geriatrischen Klinik Halberg (Zielgruppe, Fallbesprechungen, Auslastung),
- mit dem Sozialdezernat des Stadtverbandes (Aufgabenspektrum und Zusammenarbeit mit den Beko-Stellen),
- mit den Krankenhaussozialdiensten (Zielgruppe, Zuweisungsverfahren).

Die Gesprächsergebnisse sind dokumentiert und ausgewertet worden.

Im Folgenden werden die Modellbausteine beschrieben und dabei geklärt, inwieweit sie realisiert wurden. Es werden die Gründe für die Implementierungsschwierigkeiten aufgezeigt und dargelegt, welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind. Im Anschluss daran wird anhand statistischer Daten der Personenkreis beschrieben, der in die Modellmaßnahme einbezogen worden ist und die Ergebnisqualität dargestellt, die auf der statistischen Auswertung der Assessmentverfahren und der Patientendokumentation beruht.

3. Die schwierige Implementierung des Modellansatzes

Bevor im Folgenden auf die Umsetzungsprobleme eingegangen wird, soll der im Modellkonzept vorgesehene Ablauf nochmals skizziert werden.¹⁵

<p>1. und 2. Woche</p>	<p>Patientenaufnahme und 1. Fallbesprechung:</p> <p>Teilnehmer der Fallbesprechung sind: der Klinikarzt, die Therapeuten der Geriatrischen Klinik, die Pflegefachkraft der Kurzzeitpflege, der zuständige Hausarzt.</p> <p>Inhalt der 1. Fallbesprechung: Präsentation der Assessmentergebnisse durch den Arzt (und die Therapeuten) der SHG-Klinik. Auf dieser Basis wird gemeinsam ein Reha- und Pflegeplan erstellt und das Pflege- und Rehabilitationsziel definiert.</p> <p>Leistungsspektrum: KG, Ergo, Logo (insgesamt 7 poststationäre Therapien durch die Therapeuten der SHG-Klinik. Rehabilitative Pflege durch Pflegefachkraft der ASB-Kurzzeitpflege Anleitung/Beratung pflegender Angehöriger durch Pflegefachkraft und durch Sozialarbeiter der Beko-Stellen Ärztliche Versorgung durch die zuständigen Haus- und Fachärzte. 2. Fallbesprechung (jour fix) mit Haus- oder Facharzt, Pflegefachkraft der Kurzzeitpflege und Therapeuten der SHG-Klinik. Supervision durch einen geriatrieeerfahrenen Arzt.</p>
<p>3. und 4. Woche</p>	<p>Leistungsspektrum: Zwischenassessment durch den zuständigen Haus- oder Facharzt. 3. Fallbesprechung – Überprüfung des zu Beginn gesetzten Behandlungsziel, ggf. Modifizierung und Plan für die Vorbereitung der Nachsorge. Bei Bedarf KG, Ergo, Logo im Rahmen der Heilmittelversorgung durch niedergelassene Therapeuten. Rehabilitative Pflege durch Pflegekraft der ASB-Kurzzeitpflege. Anleitung/Beratung pflegender Angehöriger durch Pflegekraft und durch den Sozialarbeiter der Beko-Stelle. Ärztliche Versorgung durch die zuständigen Haus- und Fachärzte Abschlussassessment durch den zuständigen Haus- oder Facharzt. Evaluation der Maßnahme. Überprüfung der Zielsetzung. 4. Fallbesprechung: Planung der ambulanten Weiterversorgung mit der Pflegefachkraft der ASB-Kurzzeitpflege und den pflegenden Angehörigen.</p>

¹⁵ Vgl. Modellantrag: 9.

Die Umsetzungsprobleme sind an beiden für die Etablierung des Modells entscheidenden „Schnittstellen“ aufgetreten:

1. in der Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Klinik (später auch in der Zusammenarbeit mit weiteren Krankenhäusern);
2. in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten.

Weder die Geriatrische Klinik, noch die zuständigen Haus- und Fachärzte ließen sich auf eine verbindliche, auch ihre Routinen verändernde Zusammenarbeit ein. Obwohl die Geriatrische Klinik bis heute an einer Zusammenarbeit interessiert ist, die Notwendigkeit des Modellangebotes sieht, ist es ihr nicht gelungen, dafür klinikinterne Abläufe zu überdenken und ggf. zu ändern.

In der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten hat sich im Modellverlauf wenig geändert. Die in der Modellkonzeption vorgesehene Kooperation mit dem Praxisnetz ist schon früh als „Planungsfehler“ erkannt worden. Denn die meisten Modellpatienten wurden von Ärzten versorgt, die dem Praxisnetz nicht angehörten.

3.1 Die Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Klinik und die Einbindung weiterer Krankenhäuser

Vor dem Start des Modells hat der Modellträger mit der Geriatrischen Klinik eine Kooperationsvereinbarung (vgl. Anlage) abgeschlossen. Die Partner vereinbarten „die grundsätzliche Bereitschaft, verbindliche Kooperationsstrukturen zu schaffen“. Die Verbindlichkeit sollte sich unter anderem darin äußern, dass das Krankenhaus pro Jahr 72 pflegebedürftige Patienten in die Modellkurzzeitpflege vermittelt.

In der Klinik sollten gemeinsame Fallbesprechungen stattfinden, an denen eine Pflegefachkraft der Kurzzeitpflege und der Mitarbeiter der Beko-Stelle teilnehmen. Während der Fallbesprechungen sollten die Assessmentergebnisse vorgestellt und die Überleitung in die Kurzzeitpflege vorbereitet werden. Vorgesehen war, dass die Physiotherapeuten der Klinik in den ersten beiden Wochen poststationäre Therapien in der Kurzzeitpflege erbringen. Allerdings sind die poststationären Therapien in der Kooperationsvereinbarung nicht explizit geregelt worden. Es ist jedoch fraglich, ob eine schriftliche Fixierung den Wegfall des Modellelements hätte verhindern können. Vielleicht sollten Partner deshalb beim Abschließen einer Kooperationsvereinbarung immer zuerst klären, wie verbindlich sie eigentlich ist.

3.1.1 Der Ausfall der poststationären Therapien

In den ersten beiden Wochen der Modellmaßnahme sollten insgesamt sieben poststationäre Therapien durchgeführt werden. Doch bereits im 1. Quartal der Modelllaufzeit hatte die Klinik das Interesse daran verloren. Die poststationären Therapien, so die ehrliche Antwort der Klinikverwaltung, würden sich für das Haus nicht rechnen. Die Personaldecke der Therapeuten sei zudem so dünn, dass für die Kurzzeitpflege keine Kapazitäten mehr frei seien.

Warum rechnen sich die poststationären Therapien nicht? Die Saarbrücker Klinik ist bestrebt, wie andere Geriatrische Kliniken auch, möglichst viele ihrer multimorbiden Patienten über die finanziell attraktive geriatrische Komplexbehandlung (Fallpauschale OPS 855-0) abzurechnen. Wenn hier aber die so genannte obere Grenzverweildauer nicht ausgeschöpft wird, sie liegt bei rund 40 Tagen, dann können poststationäre Therapien nicht „zusätzlich“ in Rechnung gestellt werden. Da die wenigsten Patienten jedoch so lange in der Klinik bleiben, die durchschnittliche Verweildauer liegt bei etwa 20 Tagen (Stand: 2008), bringen die poststationären Therapien kein zusätzliches Geld.

Mit dem Angebot der poststationären Therapien sind zwei Ziele verfolgt worden:

1. das Erreichen einer hohen Therapiefrequenz, um die Aktivierungspotentiale der Gäste optimal auszuschöpfen;
2. die Sicherstellung der Behandlungskontinuität beim Übergang aus akutstationären in die ambulante Versorgung (niedergelassene Therapeuten).

Diese Ziele konnten nicht realisiert werden. Der Modellträger versuchte den Ausfall der poststationären Therapien jedoch im Rahmen der Heilmittelverordnung zu kompensieren. Die Modellgäste sollten zumindest die in der Modellkonzeption vorgesehene Anzahl an Therapien erhalten. Tabelle 1 zeigt, dass dies aber nur zum Teil gelungen ist.

Tabelle 1: Wie viele Kurzzeitpflegegäste haben Physiotherapie in Anspruch genommen?

Physiotherapie (Heilmittelverordnung)	Patienten	Pat. in %
keine Physiotherapie	63	69,2
bis fünf Einheiten	9	10,0
bis 10 Einheiten	18	19,8
mehr als 10 Einheiten	1	1,0
Insgesamt	91	100,0

Alle Modellgäste haben durch die beim Träger beschäftigte Ergotherapeutin Einzel- und Gruppenmaßnahmen erhalten. Aber nur etwa ein Drittel der Gäste erhielten physiotherapeutische Behandlungen. Die niedergelassenen Ärzte haben bei einer „klaren Indikationsstellung“, so die Ergotherapeutin, das heißt bei allen Frakturen, in der Regel Physiotherapie verordnet. Bei anderen Diagnosen, wäre zwar ebenfalls „ein Training der Gangsicherheit oder ein Mobilitätstraining indiziert gewesen“. Hier ist die Heilmittelverordnung jedoch restriktiver gehandhabt worden, manchmal mit der schlichten Feststellung: „Ist nicht mehr notwendig, der Patient ist dafür zu alt“ (I:502).

3.1.2 Zuweisungs- und Auslastungsprobleme

Die Geriatriische Klinik sollte laut Kooperationsvertrag 72 Patienten pro Jahr in die Kurzzeitpflege vermitteln. Die Anzahl der Modellplätze ist in Abstimmung mit der Klinik festgelegt worden. Die Klinik ging davon aus, die sechs Modellbetten (darunter ein „Landbett“) kontinuierlich belegen zu können. Nach einem halben Jahr musste festgestellt werden, dass die vereinbarte Zahl an Zuweisungen nicht erreicht wird. Weil die mangelnde Auslastung nicht allein mit Anlaufschwierigkeiten begründet werden konnte, fanden mehrere Gespräche zwischen den Modellpartnern statt. Dabei sollten die Ursachen geklärt und eine gemeinsame Lösung gefunden werden. Denn auch die Geriatriische Klinik war am Fortbestand des Modells interessiert.

Warum ist die vereinbarte Fallzahl nicht erreicht worden? Was sind die Gründe für die Auslastungsprobleme?

- In den Gesprächen in der Klinik ist deutlich geworden, dass bei der Frage wann und wohin ein Patient entlassen wird, nicht allein patientenbezogene Kriterien entscheidend sind, sondern oft verwaltungs- oder abrechnungstechnische Modalitäten den Ausschlag geben. Der Versuch, sich auf Screeningkriterien zu verständigen, musste im Sand verlaufen, da die Entlassungsplanung einer anderen Logik folgte.
- Ein weiterer Grund für die geringe Zahl der Zuweisungen ist, dass die Klinikärzte das Modellangebot bei der Klärung der Frage der Heimbedürftigkeit nicht nutzten. Die Klinikärzte sind relativ schnell dabei, Heimaufnahmen in die Wege zu leiten. Manchmal mussten sich Patienten oder ihre Angehörigen sogar regelrecht zur Wehr setzen¹⁶, weil ihnen alternativlos und eindringlich die stationäre Pflege empfohlen wurde.

In den „großen“ Fallbesprechungen der Klinik, wo eine Vielzahl von Patienten jeweils in wenigen Minuten besprochen wird, konnte der Hinweis ausreichen, der ältere Patient „lebt allein“ oder er „wird künftig auf einen Rollstuhl angewiesen sein“, um die Übersiedlung ins Pflegeheim vorzuschlagen. Vielleicht hatten

¹⁶ Vgl. Maurer Birgit: Teil A des vorliegenden Berichts.

die Ärzte noch andere Faktoren im Blick, die für eine Heimaufnahme gesprochen haben, sie sind aber in der Fallbesprechung nicht kommuniziert worden.

- Dagegen sehen die Klinikärzte den Grund für die geringe Auslastung in dem sich verändernden Bedarf: Ein Großteil der multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten werde in der Geriatrie „fallabschließend“ behandelt (OPS 855). Die rehabilitative Kurzzeitpflege sei deshalb in vielen Fällen nicht mehr indiziert: „Die Patienten sind so lange bei uns bis sie wieder nach Hause gehen können. Oder sie sind so pflegebedürftig, dass tatsächlich nur noch ein Pflegeheim in Frage kommt“ (G:3).

Diese Einschätzung mag in Einzelfällen zu treffen. Angesichts der durchschnittlichen Verweildauern kann sie aber nicht für die Mehrheit gelten. In einen Zeitraum von 20 Tagen können ältere und hochaltrige Schlaganfallpatienten, die zeitlebens auf Fremdhilfe angewiesen sein werden, nicht fallabschließend behandelt werden. Hier sind in der Krankenhausfinanzierung die falschen Anreize gesetzt worden.

Um die Zuweisungs- und Auslastungsprobleme in den Griff zu bekommen, versuchte das Brebacher Modell

1. die Zusammenarbeit mit der Klinik Halberg zu intensivieren. Dazu wurden weitere Treffen mit dem Sozialdienst vereinbart.
2. Und es sind weitere Krankenhäuser in das Modellvorhaben einbezogen worden.

Anfang 2007 stellte die Projektleitung das Modell bei den Sozialdiensten in fünf umliegenden Krankenhäusern vor. Dabei stieß sie auf reges Interesse. Die Sozialdienste sahen den Bedarf, hielten das Angebot sogar für „überfällig“, wobei ihnen der schnelle Zugriff auf das „Landbett“ besonders wichtig war.

Alle Sozialdienste waren bereit, die speziellen Antragsformulare (siehe Anlage) zu verwenden und sich auf einen engeren Informationsaustausch mit der Modellkurzzeitpflege einzulassen.

Die Gesamtzahl der Zuweisungen verteilt sich in den Modelljahren wie folgt:

2006 (Oktober bis Dezember): 3 Modellgäste

2007 (Januar bis Dezember): 47 Modellgäste

2008 (Januar bis Dezember): 41 Modellgäste

Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Patienten von den einzelnen Krankenhäusern in die Modellkurzzeitpflege vermittelt worden sind.

Tabelle 2: Anzahl der Zuweisungen aus den beteiligten Kliniken

Krankenhäuser	Patienten	Pat. in %
Krankenhaus 1	37	40,7
Krankenhaus 2	21	23,0
Krankenhaus 3	10	11,0
Krankenhaus 4	12	13,2
Krankenhaus 5	2	2,2
andere	4	4,4
keine Angabe	5	5,5
Insgesamt	91	100

Auch mit der Einbindung weiterer Krankenhäuser ist es nicht gelungen, die wenigen Modellbetten auszulasten. Dies ist umso erstaunlicher, als keiner der Beteiligten die Notwendigkeit des Angebots in Frage stellte. Die vereinbarten Treffen mit dem Sozialdienst der Geriatrischen Klinik führten ebenfalls zu keiner höheren Belegung. Die Treffen sind zudem häufig abgesagt worden, weil, so die Begründung, bei keinem Patienten Kurzzeitpflege in Frage kam.

3.1.3 Die Rolle der Krankenhaussozialdienste bei der Patientenüberleitung

Die Krankenhaussozialdienste nehmen bei der Patientenüberleitung eine zentrale Rolle ein. Im Konzept zum Entlassmanagement der Universitätsklinik Heidelberg heißt es: „Im Krankenhaus ist es eine Aufgabe des Sozialdienstes, die Entlassung des Patienten zu planen und zu koordinieren und dabei neben der gesundheitlichen Situation auch seine soziale, berufliche und wirtschaftliche Situation zu berücksichtigen“.¹⁷ Die Rolle der Sozialdienste wird in der Fachwelt indes auch kritisch gesehen und beklagt, dass sie sich oft als Einzelkämpfer verstehen und ein „Nischendasein“ führen, womit „ein Teil des sozialarbeiterischen Unterstützungspotentials für Patienten ungenutzt und für andere Berufsgruppe nicht nachvollziehbar bleibt“.¹⁸ Pflegeüberleitungsansätze wie sie im Brebacher Modell erprobt werden sollten, tangieren immer auch gewachsene Strukturen im Krankenhaus und beeinträchtigen damit, so Brandt, auch die Erfolgsaussichten dieser Ansätze.¹⁹ Diese Annahme wird durch die Implementierungsschwierigkeiten des Brebacher Modells bestätigt. Die Bereitschaft, sich zu verständigen und eng zu-

¹⁷ Universitätsklinikum Heidelberg (2004): Entlassmanagement der klinischen Sozialarbeit am Universitätsklinikum Heidelberg. www.med.uni-heidelberg.de/sozd/konzept: 1.

¹⁸ Hedtke-Becker, Astrid; Lutz, Maren; Herzog, Wolfgang (2000): KISMED: Kooperationsprojekt Interdisziplinärer Sozialarbeit und Krankenhausmedizin. In: Evangelische Impulse (2000):5: 20.

¹⁹ Vgl. Brandt, Franz (2005): a.a.O.: 98.

sammenzuarbeiten, war in Brebach auf beiden Seiten zwar groß. Trotzdem ist es nicht gelungen, den Modellansatz zu realisieren:

- Wenn am Ende eines Krankenhausaufenthaltes die Frage der Heimbedürftigkeit beantwortet werden muss, tragen die Sozialdienste zur Klärung wenig bei. In der Regel werden sie einbezogen, wenn die Entscheidung gefallen ist. Als Aufgabe bleibt ihnen, die leistungsrechtlichen Fragen zu klären, die erforderlichen Anträge zu stellen und die Betroffenen bei der Suche nach einem Heimplatz zu unterstützen. Die Arbeitsteilung im Krankenhaus, so Schaeffer und Moers, sieht folgendermaßen aus: „Die Krankenhausärzte sind für die Entscheidung über die Zuweisung nach dem Krankenhaus erforderlicher Versorgungsmaßnahmen zuständig, und die Sozialdienstmitarbeiter sind für die Umsetzung der getroffenen Versorgungsentscheidung verantwortlich“.²⁰
- Auch im Brebacher Modell hat sich bestätigt, dass bei der Platzierungsentscheidung die Einschätzung des Arztes ausschlaggebend ist. Er rät sehr früh, meist ohne Alternativen abzuwägen, zu einer Übersiedlung ins Heim.²¹ Untersuchungen zeigen, dass die entscheidenden Determinanten dabei nicht der Grad der Funktionsbeeinträchtigungen sind, sondern dass Alter und die Lebenssituation: „Bei gleichem Barthel-Index und allein lebend erhöhte sich das Risiko, in ein Pflegeheim entlassen zu werden, auf etwa das Doppelte, sofern der Patient der Gruppe der 80- bis 100-Jährigen angehörte“.²² Wenn aber die Lebenssituation eine entscheidende Determinante ist, so ist es originäre Aufgabe der Sozialdienste, Ressourcen im ambulanten Bereich zu erschließen und dafür zu sorgen, dass der Patient in seiner Privatwohnung verbleiben kann.
- Das würde aber bedeuten, dass die Sozialdienste ihr Profil schärfen müssten. Zu ihren Aufgaben dürften dann nicht nur die Klärung sozialversicherungsrechtlicher Fragen und die Vermittlung von Hilfe gehören. Das Spektrum müsste vielmehr eine ausführliche und strukturierte Sozialanamnese umfassen sowie das Erschließen von Ressourcen und ggf. das rechtzeitige Einbinden und Überleiten des Patienten an externe Beratungsstellen. Ob die Einführung der Pflegestützpunkte hier zu einer Verbesserung der Patientenüberleitung führt oder „statt der Zusammenarbeit die Konkurrenzschiene gefahren wird“, bleibt abzuwarten.²³

²⁰ Schaeffer, Doris; Moers, Martin (1994): Überleitungspflege – Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2 (1994) 1: 7-25.

²¹ Vgl. Maurer, Birgit in Teil A des vorliegenden Berichtes.

²² Claußen, Gisela; Lucke, Christoph (2004): Zur Effektivität und Effizienz der stationären geriatrischen Behandlung bei hochbetagten Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37 (2004): 37-42.

²³ Gödecker-Geenen, Norbert (2001): Vernetzungsarbeit ist unser täglich Brot. Krankenhaus-Sozialdienst will mehr Steuerungsaufgaben übernehmen. In: krankenhaumschau (2001)12: 1083-1085.

Mit der Implementierung der Pflegestützpunkte sind jedoch Chancen verbunden, die sich positiv auf die Rolle der Krankenhaussozialdienste auswirken könnten. Durch den im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verankerten Rechtsanspruch (§ 7a SGB XI) auf Beratung wird der Beratungsarbeit und dem Fallmanagement im Versorgungsprozess deutlich mehr Gewicht zugemessen als bisher. Ob diese neue Wertschätzung auch krankenhauserne Entscheidungsabläufe verändern kann, bleibt abzuwarten. Die Beratungsarbeit am Ende eines Krankenhausaufenthaltes wird noch durch eine weitere gesetzliche Neuerung gestärkt.

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes haben Versicherte nach § 11 Abs.4 SGB V den Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement. Betont wird, dass bei der Krankenhausentlassung für einen nahtlosen Übergang zu sorgen und die Zusammenarbeit mit den Pflegeberatern (§ 7a SGB XI) zu sichern ist. Diesen Rechtsanspruch gilt es durchzusetzen. Die Kurzzeitpflege könnte dabei im Rahmen der integrierten Versorgung (§ 140 a bis 140 d) eine interessante und der Intention des Gesetzgebers entsprechende Rolle spielen. Hier gilt es innovative Ansätze zu entwickeln, die die Schnittstellen zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung sowie zwischen den Kranken- und Pflegekassen durchlässiger machen und kooperativer gestalten.

3.2 Die Beratungs- und Koordinierungsstellen (Beko-Stellen) im Kontext der Modellkurzzeitpflege

Die rehabilitative Kurzzeitpflege ist mit der beim ASB räumlich angebundene Beko-Stelle verknüpft worden. Der Beratungsbedarf der Zielgruppe war erwartungsgemäß relativ hoch:

Tabelle 3: Beratungsbedarf der Kurzzeitpflegegäste (Mehrfachnennungen)

Inhalt	n=91	in %
leistungsrechtliche Fragen	65	71,4
Organisation von Hilfen	66	72,5
Psychosoziale Unterstützung	38	41,8
Wohnberatung	63	69,2
Sonstiges	3	3,3

Knapp drei Viertel der Modellgäste mussten bei sozialversicherungsrechtlichen Fragen und bei der Organisation von Hilfen beraten und unterstützt werden. Der Anteil derjenigen, die einer Wohnberatung bedurften ist mit rund 70 Prozent ebenfalls verhältnismäßig hoch, wobei hier das Spektrum der Beratung vom Anbringen von Haltegriffen bis zum kompletten Umbau des Badezimmers reicht. Die Wohnberatung ist vom Mitarbei-

ter der Beko-Stelle gemeinsam mit der Ergotherapeutin durchgeführt worden. Eine psychosoziale Unterstützung war bei knapp 42 Prozent der Modellgäste erforderlich.

Wegen eines personellen Wechsels konnte die hausinterne Beko-Stelle nach dem ersten Modelljahr nicht mehr in die Arbeit eingebunden werden. Als sich diese Änderung abzeichnete, nahm die Projektleitung umgehend Kontakt mit den Beko-Stellen des Stadtverbandes Saarbrücken auf, damit der Erfolg der Modellmaßnahme nicht durch die fehlende Beratung gefährdet wird, zumal der Beratungsbedarf für alle Beteiligten offensichtlich war.

Die Beko-Stellen des Stadtverbandes Saarbrücken waren sofort bereit, mit dem Modell zusammen zu arbeiten und sich auf die speziellen Antragsmodalitäten einzulassen. Wichtig war ihnen der Hinweis auf ihre Neutralität, was etwas erstaunlich war, weil es kein vergleichbares Angebot im Einzugsbereich des Stadtverbandes gab. Das Betonen der Neutralität kann jedoch auch als Versuch der Distanzierung interpretiert werden. In den Gesprächen mit den Beko-Stellen hat die Projektleitung auf den umfassenden Beratungsbedarf der Modellgäste hingewiesen, worauf die Berater signalisierten, nur über begrenzte personelle Kapazitäten zu verfügen und Case Management deshalb nicht zu ihren Aufgaben gehöre.

Bei komplexen Problemlagen ist jedoch das Case Management, und das ist fachlich unstrittig, die Methode der Wahl. Eine Studie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zeigt, dass unter den Ratsuchenden, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine Beratungsstelle aufsuchen, die Mehrheit einer umfassenden Unterstützung im Sinne des Case Managements²⁴ bedarf.

In der Regel reagieren die Mitarbeiter der Beko-Stelle auf konkrete Anfragen, klären die dazu gehörigen sozialversicherungsrechtlichen Fragen und vermitteln die entsprechenden Hilfen. Auf eine systematische Erfassung des Hilfebedarfes wird meistens verzichtet.

Ein strukturiertes Vorgehen bei der Konkretisierung des Hilfebedarfes ist aber notwendig. Gerade wenn es sich um einen komplexen Hilfebedarf handelt, wissen die Ratsuchenden oft nicht, welche Hilfen sie brauchen. Sie stehen vor einem Berg von Problemen und da muss ihnen jemand den Weg zeigen, den sie gehen können, ohne sich zu überfordern. Und in nicht wenigen Fällen ist der Weg kompliziert, mit vielen Abzweigungen und da müssen die Betroffenen auf dem Weg begleitet werden, wenn sie ans Ziel kommen sollen.

Wenn bei der flächendeckenden Einführung der Pflegestützpunkte im Saarland auf bewährten Strukturen aufgebaut werden sollte, was per se sinnvoll ist, bieten sich die

²⁴ Schweizer, Carola (2007): Das Modell aus der Perspektive der Ratsuchenden und der Profis - Ergebnisse der qualitativen Untersuchung. In: Abschlussbericht zur Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen. Download unter www.vdak-aev.de.

Beko-Stellen natürlich dafür an. Nur dann muss auch das methodische Defizit behoben werden. Mängel in der Qualität der Beratungsarbeit sind aber kein rein saarländisches Problem. Eine bundesweite Umfrage der Katholische Fachhochschule Münster zeigt, dass 54 Prozent der Beratungsstellen zwar angeben, mit der Methoden des Case Managements zu arbeiten, jedoch nur 19 Prozent der Beratungsstellen über die entsprechenden Standards verfügen und lediglich 8,4 Prozent der Mitarbeiter eine Weiterbildung zum Thema Case Management absolviert haben.²⁵ Bei der flächendeckenden Implementierung der Pflegestützpunkte werden die Qualifizierungsrichtlinien der Pflegekassen nicht ausreichen. Die Länder müssen sich vielmehr auf eine bundeseinheitliche Qualifizierungsstrategie verständigen.

Das Brebacher Modell hätte sehr davon profitieren können, wenn ein professionelles Beratungsangebot (inklusive Case Management) integriert gewesen wäre. Die Pflegekräfte und die Therapeutin haben sich zwar auf eine beachtliche Art und Weise bemüht, die soziale Situation des Kurzzeitpflegegastes bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen, nur sie sind für die Beratungsarbeit nicht qualifiziert. Sie sind mit gesundem Menschenverstand vorgegangen, was viel Wert, aber für eine professionelle Versorgungsinfrastruktur nicht ausreichend ist.

3.3 Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten

In der Modellkonzeption ist zunächst vorgesehen gewesen, dass die rehabilitative Kurzzeitpflege mit einem Praxisnetz kooperiert und die Ärzte an einem Jour fix zu Fallbesprechungen in die Einrichtung kommen. Dieser Modellbaustein ist „etwas blauäugig“, so die Projektleitung, konzipiert worden, weil nicht bedacht wurde, dass die Mehrzahl der Modellgäste von Ärzten behandelt wird, die dem Praxisnetz nicht angehören.

In Teil A ist der Eindruck vermittelt worden, das Praxisnetz habe sich vor allem deshalb am Modellversuch beteiligt, weil erwartet wurde, Leistungen außerhalb des Budgets erbringen zu können. Dieser Eindruck lässt sich nicht ganz von der Hand weisen. Als klar war, dass dies nicht möglich ist, hatte das Praxisnetz kein Interesse mehr, sich am Modellversuch zu beteiligen.

In der Modelllaufzeit sind die 91 Modellgäste von insgesamt rund 50 Ärzten behandelt worden. Diese Vielzahl von Ärzten ließ sich nicht in eine systematische Zusammenarbeit einbinden. Alle zuständigen Ärzte sind mit einer Kurzkonzeption schriftlich informiert und von der Pflegedienstleitung nochmals telefonisch über das Modell unterrichtet.

²⁵ Mennemann, Hugo; Schmidt, Christine (2007): Kernprozesse von Pflege- und Wohnberatungsstellen. In: Abschlussbericht zur Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen. Download unter www.vdak-aev.de.

tet worden. Am Ende der Kurzzeitpflege erhielten die Ärzte einen ausführlichen Abschlussbericht über den Verlauf und das Ergebnis der Modellmaßnahme.

Reaktionen auf die ausführlichen Informationen gab es nur wenige und wenn dann nur mittelbar über die Patienten. Ein ehemaliger Kurzzeitpflegegast berichtete, dass sein Hausarzt mit Blick auf Abschlussbericht zu ihm sagte: „Dort sind Sie aber gut versorgt worden“. Konkrete Nachfragen in der Einrichtung waren aber die Ausnahme.

In Tabelle 4 wird deutlich, dass rund ein Drittel der Kurzzeitpflegegäste von ihren Ärzten nicht in der Kurzzeitpflege besucht wurde. Die Heilmittelrezepte sind nach telefonischer Absprache mit den Pflegekräften, der Ergotherapeutin und/oder den Angehörigen ausgestellt worden.

Tabelle 4: Häufigkeit der Arztbesuche in der Kurzzeitpflege

Anzahl der Besuche	n = 91
0	36
1	24
2	13
3	12
4	1
5	1
6	2
8	1
keine Angabe	1

Knapp die Hälfte der Modellgäste sind ein bis drei Mal von ihren Hausärzten in der Kurzzeitpflege aufgesucht worden. In wenigen Fällen (6 Gäste) auch wöchentlich oder mehrmals in der Woche.

Da rund 55 Prozent der Modellgäste während der Kurzzeitpflege den Hausarzt entweder nicht oder nur einmal gesehen haben, ist die Kritik der Projektleitung berechtigt, dass man eine Systematisierung der Zusammenarbeit nicht überstrapazieren sollte. Insofern wäre es sinnvoll, zunächst zu klären, wie groß der Bedarf an ärztlicher Behandlung tatsächlich ist und wo die Defizite in der medizinischen Versorgung liegen.

Die Pflegedienstleitung sieht die Defizite vor allem im Bereich der Medikation. Hier werden Medikamente verordnet, die ihrer Meinung nach nicht sinnvoll sind, für den älteren Patienten sogar gefährlich sein können.²⁶ Um die Versorgung diesbezüglich zu verbessern, aber auch um die Ärzte an die Modelleinrichtung zu binden, initiierte die Pflegedienstleitung gemeinsam mit dem Chefarzt der Geriatrischen Klinik eine Fortbildungsveranstaltung, die die „Medikation beim älteren Patienten“ zum Thema hatte. Obwohl rund 200 Einladungen verschickt wurden und die Fortbildung von der Landesärzte-

²⁶ Vgl. Maurer, Birgit in Teil A des vorliegenden Berichtes.

kammer anerkannt war (Fortbildungspunkte), nahmen nur drei Ärzte an der Veranstaltung teil.

Die Modellmaßnahme hatte keinen nennenswerten Einfluss auf die Zusammenarbeit zwischen Kurzzeitpflege und den niedergelassenen Ärzten: Abhängig von einzelnen Ärzten ist sie entweder unverändert gut oder unverändert schlecht geblieben. Für die Ärzte war die Ergotherapeutin in der Kurzzeitpflege eine Neuerung, aber auch hier kam der der Anstoß zum Austausch nicht von den Ärzten, sondern von der Therapeutin:

„Wenn ein Arzt hierher kam, dann bin ich auf ihn zu gegangen. Weil sie sich wenig dafür interessiert haben, wer hier alles durch die Gänge läuft. Die Zusammenarbeit hätte wesentlich besser sein können. Wenn das Wort Ergotherapie gefallen ist, reagierten sie ganz schnell und sagten ‚habe ich nicht verordnet‘. Also trotz Kurzkonzeption und mündlicher Information war das Modell nicht wirklich in ihren Köpfen. Außerdem ist die Ergotherapie bei ihnen immer noch ein Stiefkind. Für die Zeit nach der Kurzzeitpflege ist maximal Physiotherapie verordnet worden. Die Ärzte haben immer mit dem Kostendruck argumentiert. Aber es gab auch einzelne Ärzte, die haben den Therapiebericht gelesen, waren interessiert und haben dann auch noch mal Behandlungen verordnet. Wohlgemerkt es ging nicht um Langzeitverordnungen, sondern nur darum, im häuslichen Bereich noch mal zu trainieren und anzuleiten“ (I:511).

Die Frage, welcher Weg eingeschlagen werden müsste, um die Zusammenarbeit zwischen Kurzzeitpflegeangebot und niedergelassenen Ärzten zu verbessern, ist schwierig zu beantworten. Abgesehen davon, dass der Austausch strukturiert erfolgen sollte (gemeinsame Visiten, gemeinsame Dokumentation), müssen vordringlich die Kenntnislücken im Bereich der Geriatrie behoben werden. Hier sind die Landesärztekammern und Hausärzteverbände gefordert entsprechende Qualifizierungsstrategien zu entwickeln.

3.4 Die Zusammenarbeit mit dem MDK und den Pflegekassen

Ein Grund, warum die Kurzzeitpflege nicht häufiger genutzt wurde, liegt auch darin, dass die Frage der Kostenübernahme nicht rechtzeitig geklärt wurde. Die Versicherten, die nicht schon vor dem Krankenhausaufenthalt „eingestuft“ waren, sondern bei denen die Erstbegutachtung anstand, haben in der Regel erst Wochen nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege die Mitteilung der Pflegekassen erhalten. Im Zweifelsfall begeben sich deshalb nur diejenigen in die Kurzzeitpflege, die die Kosten ggf. selbst tragen können.

Um dieses Verfahren zu beschleunigen, wurde mit dem MDK und den Vertretern der Pflegekassen ein „Eilverfahren“ vereinbart, mit eigenem Deckblatt und telefonischer „Vorankündigung“²⁷ der Antragstellung. Beim MDK führte das zu einer Beschleunigung des Verfahrens, die Begutachtungen erfolgten daraufhin deutlich zeitnaher. Die Bearbeitungszeiten bei den Pflegekassen blieben dagegen unverändert lang und lagen

²⁷ Vgl. Maurer, Birgit: Teil A im vorliegenden Bericht.

weit über den gesetzlichen Vorgaben. Mit einer Ausnahme ist keine Mitteilung innerhalb der vierwöchigen Kurzzeitpflege eingegangen. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (§ 18) sind Bearbeitungszeiten rechtsverbindlich geregelt:

„... Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

- 1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung in der Einrichtung erforderlich ist ... ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen ...*

Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftliche mitzuteilen“.

Im Begründungstext zum Gesetz steht dazu: „Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragte Leistung erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können“. Es gibt also keine rechtlichen Lücken, die bestehenden Vorgaben müssen nur erfüllt werden.

Ein Problem, und darauf weisen die Gutachter des MDK zu recht hin, ist allerdings die Begutachtung während oder kurz nach der akutstationären Phase. In vielen Fällen, so die begutachtenden Ärzte, könne man nicht „guten Gewissens prognostizieren“, ob der Patient in sechs Monaten noch den gleichen oder einen höheren oder einen deutlich geringeren Pflegebedarf aufweisen wird. Deshalb müsse, wenn die Kurzzeitpflege als Element der Nachsorge genutzt werden soll, eine Lösung gefunden werden, die diesem Sachverhalt Rechnung trägt.

Trotz der an sich guten Abstimmung zwischen MDK und Modellkurzzeitpflege ließen sich bis zum Modellende nicht alle Spannungen ausräumen. Wie in Teil A beschrieben, verursachte vor allem die wenig flexible Haltung des MDK bei der Terminierung der Begutachtungen²⁸ immer wieder Ärger. Die Begutachtung wurde oft in einer Zeitspanne zwischen 7:30 Uhr und 13:00 Uhr anberaumt, was vor allem dann nicht tragbar war, wenn Angehörige bei der Begutachtung dabei sein wollten. Hier strahlt der MDK eine starke „Behördenmentalität“ aus, die allen Planungsschwierigkeiten zum Trotz, überwunden werden muss.

3.5 Fazit zur schwierigen Implementierung des Modellansatzes

- Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI kann nur dann funktionieren, wenn Krankenhaus und Kurzzeitpflege strukturiert zusammen arbeiten und die Kurzzeitpflege als Phase der Abklärung immer dann in Erwägung gezogen wird, wenn Aufnahmen in die stationäre Pflege anstehen. Dazu ist es notwendig, dass die Krankenhaussozialdienste in diesen Entscheidungsprozess

²⁸ Ebd.

eingebunden werden, weil nur sie über die notwendige Kompetenz und die Infrastrukturkenntnisse verfügen. Die „Aufgabenteilung“ – der Arzt entscheidet, der Sozialdienst führt aus – muss überwunden werden. Dafür müssen die Krankenhaussozialdienste aber auch ihr Profil schärfen und sich mit hoher Professionalität in den Entscheidungsprozess einbringen.

- Die „fallabschließende“ Behandlung im Rahmen der Geriatrischen Komplexbehandlung ist ein Mythos. Die durchschnittlichen Verweildauern in den Geriatrien liegen in der Regel unter 20 Tagen. In diesem Zeitrahmen ist ein geriatrischer Patient mit einem komplexen Hilfebedarf nicht so zu versorgen, dass er keiner weiteren Abklärung und keiner weiteren Unterstützung mehr bedarf.
- Die Pflegekassen müssen stärker bemüht sein, gesetzlich vorgeschriebene Fristen einzuhalten. Sonst können Leistungselemente wie die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI nicht in der vom Gesetzgeber intendierter Weise realisiert werden.
- Positiv auf die Kurzzeitpflege könnten sich die neuen Regelungen im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V) auswirken. Eine (modellhafte) Verzahnung von Entlassungsplanung im Krankenhaus, rehabilitativer Kurzzeitpflege und geriatrisch qualifizierten niedergelassenen Ärzten im Rahmen der integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) wäre eine Möglichkeit, nicht nur Fehl- und Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen zu vermeiden, sondern die Qualität der geriatrischen Versorgung im ambulanten Bereich zu verbessern. Voraussetzung wäre aber auch hier, gezielt fachliche und qualifikatorische Standards an den Versorgungsauftrag zu knüpfen.

4. Das multiprofessionelle Team

„Von einem Team spricht man, wenn eine Gruppe von fachlich unterschiedlich spezialisierten Menschen an einem Ziel arbeitet, in der Zusammenarbeit fortlaufend auf Koordination und Kommunikation angewiesen ist und der Arbeitserfolg von keinem für sich allein erreicht werden kann“.²⁹ Die Modellkonzeption sieht vor, dass das Kernteam des Modells sich aus den Pflegekräften, der Ergotherapeutin und dem Mitarbeiter der im Haus angesiedelten Beratungs- und Koordinierungsstelle (Beko-Stelle) zusammensetzt. Die Therapeuten der Geriatrischen Klinik, ihre niedergelassenen Kollegen und die zuständigen Haus- und Fachärzte wären assoziierte Teammitglieder gewesen, mit denen in wöchentlichen Fallbesprechungen die Vorgehensweise hätte abgestimmt werden sollen. Aus folgenden Gründen ließ sich die Teamarbeit in dieser Form nicht realisieren:

- Wegen des Ausfalls der poststationären Therapien kam es zu keiner engeren Zusammenarbeit mit den Kliniktherapeuten. Der Austausch beschränkte sich auf die Erstellung eines Therapieberichtes, der den Entlassungsunterlagen beigelegt und der rehabilitativen Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt wurde. Über diese schriftliche Information hinaus, gab es lediglich sporadische Kontakte bei speziellen Nachfragen.
- Die niedergelassenen Ärzte ließen sich nicht in den Teamprozess einbinden, wobei die grundsätzliche Kritik von Maurer³⁰ an dem konzeptionellen Ansatz berechtigt ist. Da die Modellgäste von unterschiedlichen Hausärzten behandelt wurden, war die Konzipierung eines ‚Jour fix‘, an dem alle beteiligten Ärzte teilnehmen, tatsächlich etwas praxisfremd. Im Modellverlauf hat man sich darauf beschränkt, sich zeitlich auf den jeweiligen Arzt einzustellen, um gemeinsame Visiten sicherzustellen.
- Die Zusammenarbeit mit den städtischen Beko-Stellen war zwar gut, aber aufgrund der räumlichen Distanz und der „Neutralität“ der Beko-Stellen konnten die Mitarbeiter nicht ins Kernteam integriert werden.

Im Kernteam des Brebacher Modells waren letztlich nur zwei statt drei Professionen vertreten: die Ergotherapie und die Pflege. Die Abstimmung mit den niedergelassenen Therapeuten erfolgte jedoch ebenfalls in einer gewissen Systematik.

Mit der niedergelassenen Praxis für Physiotherapie wurde vereinbart, dass die Maßnahmen nicht von ständig wechselnden Therapeuten erbracht werden, sondern die personelle Kontinuität sichergestellt sein muss. Bevor die Therapeuten morgens mit den Behandlungen anfangen, fand eine kurze Fallbesprechung statt, in der ihre Vorgehensweise mit jener der Pflegekräften und der Ergotherapeutin abgestimmt wurde.

²⁹ Runge, Martin; Rehfeld, Gisela (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team, Stuttgart, New York: 153.

³⁰ Maurer, Birgit: Teil A des vorliegenden Berichtes.

Alle physiotherapeutischen Leistungen sind in der gemeinsamen Dokumentation festgehalten worden.

Die Leitung des Teams oblag der Pflegedienstleitung. Sie koordinierte und überprüfte Informationen, Ziele, Planungen und Handlungen. Ihr berufliches Selbstverständnis lässt sich mit einer Definition von Runge und Rehfeld beschreiben: Die Leitungsaufgabe „besteht in der Angleichung der Kenntnisse und Kompetenz im fachlichen und persönlichen Bereich und der Kontrolle über die Einhaltung des Konzeptes“.³¹ Ein Vorzug der Pflegedienstleitung ist, dass sie – auch in der „normalen“ Kurzzeitpflege – strukturiert vorgeht, neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in den Pflegealltag integriert, zugleich die Kompetenzgrenzen kennt und deshalb bei Bedarf – zum Beispiel beim Wundmanagement – externe Fachkräfte hinzuzieht. Das pflegerisch-therapeutische Vorgehen ist in Teil A dieses Berichts beschrieben. Dabei sind alle Elemente enthalten, die in der Teamarbeit im Bereich der Geriatrie wichtig sind:

Pflegerisch-therapeutisches Vorgehen:

- Assessment
- Planung
- Zielformulierung
- Dokumentation
- Evaluation
- Abschlussberichte
- Beratung der Angehörigen
- Nachsorgevorbereitung
- Nachsorgebesuch (präventiver Hausbesuch)
- Konkretisierung des Hilfe- und Pflegebedarfs
- Vermittlung von Hilfen

Voraussetzung für eine funktionierende Teamarbeit ist, dass Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse klar geregelt sind. Es müssen die jeweiligen Kompetenzen und Kompetenzgrenzen abgesteckt und die Zusammenarbeit muss von gegenseitigem Respekt getragen werden.

Folgende Aspekte waren für die funktionierende Zusammenarbeit im Kernteam und mit den assoziierten Partnern (Physiotherapie, Beko-Stelle) ausschlaggebend:

- Die Pflegedienstleitung, wie auch ihre Stellvertreterin waren von der Modellkonzeption überzeugt und haben sich engagiert für die Umsetzung des Modellprojekts eingesetzt. Viel Überzeugungsarbeit mussten sie dennoch nicht leisten. Die Pflege-

³¹ Runge, Martin; Rehfeld, Gisela (1995) a.a.O.: 153.

kräfte waren an der Realisierung des Modells interessiert. Sie sahen darin eine Chance, den Fortbestand der solitären Kurzzeitpflege zu sichern. Die positive Haltung der Pflegedienstleitung ist dennoch eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das Modell von den Mitarbeitern akzeptiert und motiviert umgesetzt wird.

- Die Integration der Ergotherapeutin ins Team ist reibungslos gelungen. Für die Ergotherapeutin war das nicht selbstverständlich. Sie berichtete von ihren Erfahrungen aus anderen Einrichtungen, wo sich Pflegekräfte oft benachteiligt fühlten und den Therapeuten vorgeworfen haben, sich „luxuriös viel Zeit“ für einzelne Verrichtungen zu gönnen. „Oder es war so, dass die Pflege vormittags ein anderes Ziel verfolgte als die Therapeuten nachmittags. Die Pflege arbeitet oft unter Zeitdruck und hat dann nur das Ziel ‚wir müssen unser Pensum schaffen‘. Als Ergotherapeut bringt man dann nur den Zeitplan durcheinander. Das ist oft sehr schwierig“ (I:520).
- Warum im Brebacher Modell kaum Konkurrenzgefühle zwischen den Berufen aufgetreten sind, lag u.a. daran, dass die Ergotherapeutin berufserfahren war und die Kompetenz der Pflegekräfte schätzte: „Sie machen sehr gut Arbeit und man merkt, dass die Pflege gut vorbereitet in das Modell eingestiegen ist“ (I:515).

4.1 Verbesserung der Pflegequalität

Ein Modellziel war, durch die Integration therapeutischer Maßnahmen in den Pflegeprozess für eine stärkere rehabilitative Orientierung in der Pflege zu sorgen. In der Zusammenarbeit mit der Ergotherapeutin sollten die Pflegekräfte lernen, Aktivierungspotentiale der Pflegebedürftigen zu erkennen und mit den richtigen Maßnahmen darauf zu reagieren. Im Modell ging es nicht primär um ein multiprofessionelles, sondern um ein transdisziplinäres Arbeiten. Die verschiedenen Berufe sollten in ihre Arbeit jeweils Elemente der anderen Professionen übernehmen.

Zwischen Pflege und Therapie wird oft der Unterschied gemacht, dass die Pflege, die einzige Profession sei, „die ohne sektorielle Beschränkung für jeden ... Patienten zuständig ist“.³² Diese sektorielle Beschränkung trifft in dieser Strenge nicht auf die Arbeitsweise der Ergotherapeutin im Pflegeteam zu. Auch die Therapeutin muss den Pflegebedürftigen „konsequent im Zusammenhang mit Biographie, kultureller Herkunft, persönlicher Wertsetzung und Zielsetzung und familiärem, gesellschaftlichem und ökologischem Umfeld“ sehen.³³ Wir lernen, so die Ergotherapeutin, „vom ganzheitlichen Blick der Pflege“. Und was lernt die Pflege?

Die Pflege profitiert vor allem davon, dass Aktivierungspotentiale systematischer erfasst und fachgerechter ausgeschöpft werden. Der Wechsel der fachlichen Perspekti-

³² Ebd.: 154.

³³ Ebd.: 156.

ven beim Wasch- und Anziehtraining oder beim Anreichen des Essens erleichtert es, die eigene Vorgehensweise zu reflektieren. Der größte Nutzen, so die Pflegekräfte, liege aber in der verbesserten Hilfsmittelversorgung und beim Training der Gangsicherheit.

Die Definition der ‚Bezugspflege‘ durfte im Modell nicht zu eng ausgelegt werden. Die Pflege legte zum Beispiel bei inkontinenten Gästen Wert darauf, täglich auf Hautveränderungen achten und den Intimbereich pflegen zu können. In diesen Fällen wurde das Wasch- und Anziehtraining der Ergotherapeutin auf den Oberkörper beschränkt: „Erst war es für die Gäste seltsam, dass morgens zwei Leute zum Waschen kamen. Aber sie haben das sehr schnell akzeptiert und auch gut geheißen, weil sie merkten, dass sie angelernt werden“ (I:403).

Eine positive Wirkung auf die Qualität der Versorgung hatten die „diagnostischen“ Hausbesuche. Bei jedem Modellgast, der damit einverstanden war, ist ein solcher durchgeführt worden, wenn möglich gemeinsam mit dem Modellgast. In der häuslichen Umgebung sind dann die notwendigen Wohnraumadaptationen besprochen und bei Bedarf in die Wege geleitet worden. Wenn ein umfassendes Hilfesetting arrangiert werden musste, wurden die Beko-Stellen hinzugezogen. Bei diesen Besuchen ist den Betroffenen mitgeteilt worden, dass die Ergotherapeutin in sechs Monaten erneut Kontakt mit ihnen aufnehmen wird, um ggf. die Hilfen anzupassen.

Ein halbes Jahr nach Beendigung der Maßnahme telefonierte die Ergotherapeutin mit den ehemaligen Modellgästen oder ihren Angehörigen und bot einen Hausbesuch an. Diese Nachsorgebesuche haben eine stark präventive Wirkung. In wenigen Fällen sind sie aber als „Kontrollbesuche“ (miss)verstanden worden. Insofern erklärt sich, warum einzelne Betroffene auf den Anruf schroff reagierten und den Besuch ablehnten: „Es braucht niemand vorbei zu kommen. Es ist alles organisiert. Wir machen alles richtig.“ Von der Mehrheit sind die Besuche – sogar bei anfänglicher Skepsis – dankbar angenommen worden. Die Ergotherapeutin konnte in der Regel neue und wichtige Tipps geben. Oft sind es Kleinigkeiten, wie ein bestimmtes Hilfsmittel oder ein neuer Handlauf, die dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson die Bewältigung des Alltags erleichtern und die soziale Teilhabe verbessern. Wenn die Ergotherapeutin den Eindruck hatte, die Situation hat sich verschlechtert, die Pflegeperson ist überlastet, wurde die Beko-Stelle eingeschaltet.

Von den Pflegekräften wie auch von den Therapeuten ist die Zusammenarbeit als Gewinn für die eigene Fachlichkeit und als Aufwertung der pflegerischen Arbeit eingeschätzt worden. Positiv wurde aber allem der Nutzen für die Kurzzeitpflegegäste gesehen. Es gab immer wieder Gäste oder Angehörige, die in der Modelllaufzeit ein zweites Mal auf die Einrichtung zukamen und das Angebot erneut in Anspruch nehmen wollten, weil „es so gut getan habe“. Solche Rückmeldungen und eine spannungsfreie Teamar-

beit erhöhe, so die Einschätzung der Pflegekräfte, die Arbeitszufriedenheit und mache die Arbeit in der Pflege attraktiver.

4.2 Fazit zur Verbesserung der Pflegequalität

- Die transdisziplinäre Zusammenarbeit in einem pflegerisch-therapeutischen Team wird von beiden Seiten als fachlicher Gewinn angesehen. Die Pflege wird sensibilisiert für die Aktivierungspotentiale des Pflegebedürftigen und lernt, adäquat darauf zu reagieren. Auch die Therapeuten lernen vom „ganzheitlichen Blick“ der Pflege. Sie sehen ihre Maßnahmen nicht mehr nur unter dem Aspekt des funktionellen Zugewinns, sondern primär im Kontext der Alltagsbewältigung und der Teilhabemöglichkeiten.
- Zu den Voraussetzungen für eine weitgehend spannungsfreie Teamarbeit gehören: die Offenheit gegenüber Veränderungen, die Bereitschaft eigene Routinen zu überdenken, der gegenseitige Respekt und die Bereitschaft, sich auf ein gemeinsames Ziel zu verständigen. Für dieses innovationsfreundliche Klima ist die Haltung der Pflegedienstleitung entscheidend. Sie muss die Haltung „vorleben“. Steile Hierarchien sind dagegen hinderlich.
- Niedergelassene Ärzte in (nichtärztliche) Versorgungsprozesse einzubinden, gelingt möglicherweise erst, wenn die Geriatrie in der Medizin einen anderen Stellenwert bekommt. Es sind nicht allein fehlende finanziellen Anreize, die die Zusammenarbeit erschweren. Das geriatrische Basisassessment wird beispielsweise vergütet, vielen Ärzten, so die Erfahrung im Modell, kennen es aber nicht. Angesichts des demographischen Wandels müsste es eine vordringliche Aufgabe der ärztlichen Fach- und Berufsverbände sein, die Versorgung geriatrischer Patienten zu verbessern. Ärzte sind nicht dann geriatrisch qualifiziert, wenn sie viele ältere Patienten in ihren Praxen behandeln, sondern wenn sie auf dem aktuellen Stand des Fachdiskurses sind.

5. Zielgruppe

Die Zielgruppe des Modellvorhabens sind Patienten eines Krankenhauses, die nicht mehr einer Behandlung im Krankenhaus bedürfen, aber weiterhin auf Hilfe und Pflege angewiesen sind und für die ein zeitlich begrenzter Aufenthalt in einer rehabilitativ orientierten Kurzzeitpflege indiziert ist. Der Modellträger ging davon aus, vor allem hochaltrige und funktionell stark beeinträchtigte Pflegebedürftige zu erreichen, die schon vor der Akuterkrankung auf Fremdhilfe angewiesen waren. Im Folgenden wird die Zielgruppe anhand der soziodemographischen Daten und ausgewählter Daten zum Hilfe- und Pflegebedarf beschrieben. Die Daten sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2006 bis zum 30. November 2008 erhoben worden.

5.1 Soziodemographischer Hintergrund

Tabelle 5: Alter und Geschlecht

n = 91	Jünger als 70 Jahre	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 Jahre und älter
Männer	2	0	7	4	11	1
Frauen	1	11	11	14	21	8
insgesamt	3	11	18	18	32	9

Knapp drei Viertel (73%) der Probanden sind Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 82,3 Jahren. Rund 65 Prozent der Probanden sind älter als 80 Jahre alt. Die stärkste Altersgruppe (35%) sind die 85 bis 89-Jährigen. Über 85 Jahre alt sind mehr als 45 Prozent der Kurzzeitpflegegäste.

Tabelle 6: Familienstand

	n = 91	in %
ledig	4	4,4
verheiratet	23	25,3
verwitwet	61	67,0
geschieden/getrennt lebend	2	2,2
keine Angabe	1	1,1

Zwei Drittel der Kurzzeitpflegegäste sind verwitwet, angesichts des hohen Durchschnittsalters ist dies zu erwarten gewesen. Bemerkenswert ist aber, dass die meisten unter ihnen allein im eigenen Haushalt leben. Gemeinsam mit dem Ehepartner leben

noch 22 Prozent. Mit den Kindern zusammen leben nur etwa 9 Prozent. Andere Lebensformen fallen nicht ins Gewicht.

Tabelle 7: Haushaltsstruktur/Lebenssituation

	n = 91	in %
allein im eigenen Haushalt	57	63,3
mit (Ehe)Partner	20	22,2
mit Partner und Kind(er)	1	1,1
mit Kind(er)	7	7,8
mit anderen Personen	3	3,3
im Betreuten Wohnen	2	2,2
Sonstiges	-	-

5.2 Pflege- und Hilfebedarf

Tabelle 8: Pflegestufen nach Altersgruppen

Altersgruppen	Keine	Antragsverfahren läuft	PS I	PS II	PS III
70 Jahre u. jünger	1	2	-	-	-
71-75 Jahre	2	3	2	1	-
76-80 Jahre	-	3	4	3	-
81-85 Jahre	1	12	4	-	1
86-90 Jahre	-	7	11	3	-
über 90 Jahre	-	1	5	-	-
insgesamt	4	28	26	7	1

Bei den Daten zu den Pflegestufen fällt auf, dass der Anteil der Probanden, bei denen keine Angaben gemacht wurden, mit 27 Prozent unverhältnismäßig hoch ist. Ein Grund dafür, so die Erklärung der Pflegekräfte, waren Unsicherheiten bei der Eintragung, nämlich dann, wenn zwar eine Pflegestufe vorlag, aber ein Wiederholungsgutachten beantragt worden ist. Dann ist einigen Fällen weder die „alte“ Pflegestufe, noch ‚Antragsverfahren läuft‘ eingetragen worden.

Etwas mehr als die Hälfte der Probanden (52%) erhalten Leistungen der Pflegekassen. Darunter sind die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 mit 39 Prozent am stärksten vertreten. Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 und 3 fallen dagegen weniger ins Gewicht.

Der Anteil der Gäste, bei denen das ‚Antragsverfahren läuft‘, ist mit 42 Prozent relativ hoch. Das liegt daran, dass die Kurzzeitpflege in Folge einer Akuterkrankung in Anspruch genommen wurde, die zur Pflegebedürftigkeit oder zu einer Veränderung des Pflegebedarfes geführt hat.

Tabelle 9: Ambulante Hilfe vor dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege (Mehrfachnennungen)

	n = 91	in %
Haushaltshilfe	29	31,9
Nachbarschaftshilfe	8	8,8
Pflege durch Angehörige	24	26,4
Ambulanter Pflegedienst	38	41,8
Tagespflege	2	2,2
Essen auf Rädern	19	20,9
Hausnotruf	3	3,3
Niedrigschwellige Angebote nach § 45 SGB XI	-	-

Etwa 42 Prozent der Kurzzeitpflegegäste sind bereits vor dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege von einem ambulanten Pflegedienst versorgt worden. Haushaltshilfen sind bei knapp 32 Prozent der Probanden im Einsatz. Die Pflege durch Angehörige steht dagegen mit 26 Prozent erst an dritter Stelle. Die Tagespflege oder niedrigschwellige Angebote nach § 45 SGB XI spielten in der bisherigen Versorgung der Zielgruppen keine oder nur eine marginale Rolle.

Tabelle 10: Diagnosegruppen (Mehrfachnennungen)

	Männer	Frauen	insgesamt
Zustand nach Apoplex	5	8	13
Frakturen/Gelenkerkrankungen	12	54	66
Herz-, Kreislauferkrankungen	19	50	69
Spätschäden bei Stoffwechselerkrankungen (Amputationen)	-	1	1
sonstige neurologische Erkrankungen (Parkinson, MS etc.)	7	6	13
Erkrankungen des Verdauungstraktes	5	12	17
Demenz	13	22	35
Depression	2	10	12
Sonstige	5	19	24

In Tabelle 10 bestätigt sich, dass es sich bei der Zielgruppe um einen multimorbiden Personenkreis handelt. Unter den Diagnosen dominieren die ‚Frakturen/Gelenkerkrankungen‘ sowie die ‚Herz-/Kreislauferkrankungen‘. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich bei den ‚Frakturen/Gelenkerkrankungen‘. Darunter leiden 82 Prozent

der Frauen (n=66) und 48 Prozent der Männer (n=25). Bei den ‚Herz-/Kreislaufkrankungen‘ ist kein geschlechtsspezifischer Unterschied zu erkennen. Hier liegt der Anteil beider Geschlechter bei rund 76 Prozent. Einen Unterschied gibt es bei der Diagnose ‚Demenz‘. Die Männer sind hier mit einem Anteil von 52 Prozent betroffen, die Frauen mit rund 33 Prozent. Angesichts der geringen Fallzahl sind die Prozentzahlen hier jedoch mit Vorsicht zu genießen. Sie sollen ein Bild der Zielgruppe vermitteln, weitergehende Schlüsse können nicht gezogen werden.

Alle Modellgäste waren zuvor im Krankenhaus. Die Aufenthaltsdauer erstreckt sich von wenigen Tagen bis zu mehreren Wochen (Minimum = 5 Tage – Maximum = 47 Tage). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 25,3 Tage. Damit lag sie fünf Tage über der durchschnittlichen Verweildauer in der geriatrischen Klinik. Ob die Modellmaßnahme dazu beigetragen hat, die Krankenhausverweildauer der Zielgruppe zu verkürzen, wie es in der Hypothese zum Modell formuliert worden ist, ließ sich nicht überprüfen. Dazu wäre nicht nur eine enge Abstimmung zwischen Klinik und Modellkurzzeitpflege notwendig gewesen, sondern auch eine Entlassungsplanung, die die Alternativen der ambulanten Weiterversorgung systematisch abwägt.

5.3 Fazit zum einbezogenen Personenkreis

- Mit dem Modellansatz ist die Gruppe unter den geriatrischen Patienten einbezogen worden, die der Modellträger auch einbeziehen wollte. Es handelt sich dabei um hochaltrige Patienten, von denen die Mehrheit schon vor dem Krankenhausaufenthalt auf Fremdhilfe angewiesen war und deren Situation sich durch das Akutereignis weiter verschlechtert hat.
- Die Modellgäste sind im Durchschnitt rund 82 Jahre alt. Die stärkste Altersgruppe sind mit rund 35 Prozent die 85- bis 89-Jährigen. Trotz der Hochaltrigkeit leben knapp zwei Drittel der Probanden allein im eigenen Haushalt. Etwas mehr als die Hälfte erhalten bereits Leistungen der Pflegekassen, rund 42 Prozent unter ihnen werden von einem ambulanten Pflegedienst betreut.
- Die Daten zum Alter, zur Lebenssituation und zum Pflege- und Hilfebedarf machen deutlich, dass es sich um einen Patientenkreis handelt, dessen Risiko groß ist, am Ende eines Krankenhausaufenthaltes nicht mehr in die Privatwohnung zurückkehren zu können. Die entscheidenden Determinanten für die Heimaufnahme sind dabei weniger der Grad der Funktionsbeeinträchtigungen, sondern die Hochaltrigkeit und das Single-Dasein. Diese Zielgruppe weist im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt nicht nur Pflegebedarf, sondern einen relativ umfassenden Beratungs- und Unterstützungsbedarf auf. Deshalb ist es sinnvoll, die Kurzzeitpflege nicht nur mit einem rehabilitativen Ansatz, sondern auch mit einem Beratungsangebot (Case Management) zu verknüpfen.

6. Ergebnisqualität

Im Rahmen der Pflege- und Therapieplanung sind vier Ziele formuliert worden, die das Team bei der Durchführung der Maßnahmen im Blick haben sollen.

Tabelle 11: Zielsetzung der Modellmaßnahme (Mehrfachnennungen)

	n = 91	in %
Verbesserung der Mobilität	75	86,2
Verbesserung der Selbständigkeit im Alltag	68	78,2
Stabilisierung der häuslichen Versorgung	71	81,6
Vermeidung stationärer Pflege	69	79,3

Bei der überwiegenden Mehrheit der Modellgäste werden mehrere Ziele verfolgt, was auch daran liegt, dass die Zielsetzung relativ allgemein formuliert wurde und die einzelnen Items sich aufeinander beziehen. Wenn es um die Verbesserung der Mobilität geht, geht es in der Regel auch um die Stabilisierung der häuslichen Versorgung und um mehr Selbständigkeit im Alltag. Bemerkenswert ist aber, dass es bei knapp 80 Prozent der Probanden explizit um die Vermeidung der stationären Pflege geht. In die Modellkurzzeitpflege sind demnach Pflegebedürftige einbezogen worden, die sich auf dem Grat zwischen ambulanter und stationärer Pflege bewegen, also genau die Zielgruppe, für die das Modell konzipiert wurde.

Tabelle 12: Aufenthaltsdauer in der Modellkurzzeitpflege

n = 91	Tage
Mittelwert	24,54
Median	28,00
Modus	28

Die Probanden waren im Durchschnitt 24,5 Tage in der Kurzzeitpflege. In der Regel sind aber die vorgesehenen vier Wochen ausgeschöpft worden. Insgesamt haben 11 Modellgäste die Maßnahme vorzeitig abgebrochen und zwar aus den folgenden Gründen:

Tabelle 13: Gründe für den vorzeitigen Abbruch

	n = 91	in %	Gültige Prozente
Einweisung ins Krankenhaus	6	6,6	54,5
Übersiedlung ins Pflegeheim	2	2,2	18,2
Rückkehr in die Privatwohnung	2	2,2	18,2
sonstiges	1	1,1	9,1
insgesamt	11	18,7	100

Am häufigsten wurde die Maßnahme abgebrochen, weil sich die gesundheitliche Situation des Kurzzeitpflegegastes akut verschlechtert hat und er erneut ins Krankenhaus aufgenommen werden musste. Bei zwei Modellgästen ist eine Aufnahme ins Pflegeheim in die Wege geleitet worden und zwei sind vorzeitig in die Privatwohnung zurückgekehrt.

Um die Wirkung der Maßnahmen bewerten zu können, sind die Eingangs- und Abschlussassessments ausgewertet worden. Das Assessment ist multiprofessionell durchgeführt worden. Der Barthel-Index und die Schmerzskala wurden von den Pflegekräften verwendet, der Timed Up & Go sowie der Tinetti von den Physiotherapeuten und die Ergotherapeutin. Das ergotherapeutische Assessment erfolgte allein durch die Ergotherapie.

Tabelle 14: Ergebnis der Maßnahme nach Barthel-Index, Mobilitätstest nach Tinetti und Timed up & go

Testverfahren*	Eingangsassessment	Abschlussassessment	Differenz	p ≤
Barthel-Index n = 80	Punkte (Mittelwert)	Punkte (Mittelwert)	+ 13,8	0,01
	55,3	69,1		
Timed Up & Go n = 41	Sekunden (Mittelwert)	Sekunden (Mittelwert)	- 23,7	0,01
	41,1	17,4		
Tinetti n = 41	Punkte (Mittelwert)	Punkte (Mittelwert)	+ 4,4	0,01
	13,0	17,4		

* Es sind nur die Tests in die Auswertung einbezogen worden, bei denen die Ergebnisse des Eingangs- und des Abschlussassessments vorgelegen haben.

Die Testergebnisse zeigen, dass mit Hilfe der Maßnahmen Verbesserung bei der Selbstversorgungskompetenz, der Lokomotion und Mobilität erzielt werden konnten. Die funktionellen Einschränkungen in der Selbstversorgungskompetenz (Barthel-Index) waren mit 55,3 Punkten zu Beginn der Maßnahmen erheblich. Sie verbessern sich im

Verlauf der Maßnahme zwar signifikant um knapp 14 Punkte auf 69,1 Punkte (max. 100 Punkte). Die Probanden haben aber auch nach der Maßnahme noch gravierende Funktionsbeeinträchtigungen.

Zur Lokomotionsbeurteilung ist der Timed Up & Go verwendet worden. Die lokomotorische Leistung von einem Stuhl auf zu stehen, drei Meter zu gehen, sich umzudrehen und wieder auf den Stuhl zu setzen wird in Sekunden gemessen. Ein Zeitbedarf unter 20 Sekunden bedeutet im Allgemeinen eine unabhängige Lokomotion. Ein Zeitbedarf über 30 Sekunden, wie er bei den Probanden im Eingangsassessment gemessen wurde, bedeutet „die Tendenz zum personellen Hilfebedarf bei vielen anderen Lokomotionsaufgaben im Alltag“.³⁴ Die lokomotorische Leistung verbessert sich bei den Probanden signifikant um knapp 24 Sekunden. Damit haben sie bei der Lokomotion eine weitgehende Unabhängigkeit erreicht.

Der Mobilitätstest nach Tinetti besteht aus einem Gleichgewichtstest und einer Gehprobe. Insgesamt können 28 Punkte erreicht werden. Der Test beurteilt nicht nur die Mobilität, sondern auch das Sturzrisiko. Die Mobilität der Probanden verbessert sich während der Maßnahme signifikant um 4,4 Punkte, auf 17,4 Punkte, was aber heißt, dass sich die Mobilität zwar verbessert hat, das Sturzrisiko jedoch bestehen bleibt.

Der Timed up & go und der Tinetti sind nur bei etwa der Hälfte der Probanden durchgeführt worden. Nach Einschätzung der Pflegekräfte waren beide Tests bei den anderen Gästen nicht durchführbar. Hier sind wahrscheinlich auch Unsicherheiten bei der Handhabung mit im Spiel. Den Test sollten die Physiotherapeuten durchführen, die Ergotherapeutin sollte nur in den Fällen einspringen, bei denen keine Heilmittel verordnet wurden.

Das ergotherapeutische Assessment des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie des Universitätsklinikums Freiburg ist ein zeitintensives Verfahren, mit ihm lassen sich Veränderungen in den Kategorien ‚körperliche Selbstversorgung‘, ‚eigenständige Lebensführung‘, ‚alltagsrelevante Folgen sensomotorischer und psychosozialer Funktionen‘ abbilden.

Das Ergotherapeutische Assessment ist keine Testung, „sondern eine Beurteilungsinstrument, d.h., der das Assessment erstellende Ergotherapeut sammelt Informationen per Patientenbefragung, durch Beobachtung, per Fremdanamnese, durch Tests und/oder Teamrücksprache. Mit Hilfe dieser gesammelten Informationen beurteilt er dann die Fähigkeiten und Funktionsstörungen des Patienten bei Alltagsaktivitäten unter Berücksichtigung des Umfeldes, indem er sie jeweils definierten Items zuordnet und hier mit Hilfe vier beschriebener Kategorien der Schwere nach skaliert“.³⁵

³⁴ Runge, Martin; Wahl Johannes-Hermann (1996): Ambulantes Geriatriches Assessment, Darmstadt: 22.

³⁵ Voigt-Radloff, Sebastian; Schochat, T; Heiss, HWolfgang. (2000): Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie, Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. In: Rehabilitation 2000; 39: 255-261.

Ein wichtiges Kriterium der Einteilung des Schweregrades ist der Bezug zum Alltag:

- I *Der Patient hat bei Alltagsaktivitäten keine Einschränkungen.*
- II *Der Patient kann seine Einschränkungen noch selbständig und sicher durch Hilfsmittel oder Kompensationsstrategien kompensieren.*
- III *Eine Hilfsperson, die Teilleistungen oder Aufsicht übernimmt, ist zeitweise nötig, um die mittleren Einschränkungen des Patienten im jeweiligen definierten Item zu kompensieren und Alltagsaktivitäten zu gewährleisten. Der Patient erbringt relevante Teilleistungen.*
- IV *Aufgrund seiner starken Einschränkungen kann der Patient auch mit Hilfsperson bei Alltagsaktivitäten keine relevanten Teilleistungen erbringen.*

Tabelle 15a: Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung

Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung									
	I		II		III		IV		n
	EA*	AA*	EA	AA	EA	AA	EA	AA	
Umsetzen	23	39	22	21	24	19	11	1	80
Toilettenbenutzung	18	32	15	21	29	19	18	8	80
Tägliche Hygiene	6	22	14	29	48	25	11	4	80
Baden/Duschen	1	7	7	22	49	43	20	8	80
Aus-/Anziehen oben	17	39	24	26	30	14	8	1	80
Aus-/Anziehen unten	11	24	10	16	41	32	15	8	80
Trinken	54	70	18	5	4	3	4	1	80
Essen	52	65	17	7	8	5	3	1	80
Beweglichkeit im Haus	16	23	18	32	22	17	22	8	80

* EA = Eingangsassessment, AA = Abschlussassessment

Tabelle 15b: Veränderungen bei den Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung

Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung	Veränderung					Veränderung	
	0	+1	+2	-1	-2	n	%
Umsetzen	44	31	5	0	0	36	45,0
Toilettenbenutzung	39	32	7	2	0	41	51,2
Tägliche Hygiene	34	33	12	1	0	46	57,5
Baden/Duschen	44	27	9	0	0	36	45,0
Aus-/Anziehen oben	36	33	11	0	0	44	55,0
Aus-/Anziehen unten	61	13	4	1	0	19	43,7
Trinken	60	15	3	1	0	20	25,0
Essen	61	13	4	1	0	19	23,7
Beweglichkeit im Haus	37	31	10	0	2	43	53,7

Bei den Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung kam es bei mehr als der Hälfte der Probanden zu deutlichen Verbesserungen bei den Items ‚Toilettenbenutzung‘, ‚tägliche Hygiene‘, ‚Aus-/Anziehen (Oberkörper)‘. Bei der täglichen Hygiene zum Beispiel haben sich 33 Probanden (n = 80) um einen und 12 Probanden um zwei Schweregrade verbessert. Tab. 15a zeigt, dass gerade bei diesen Items die Beeinträchtigungen im Eingangsassessment erheblich waren. Bei der täglichen Hygiene hatten rund 59 Probanden (74%) Beeinträchtigungen, die den Schweregraden III und IV zugeordnet wurden. Im Abschlussassessment hatten nur noch 4 Probanden den Schweregrad IV und 25 den Schweregrad III. Im Vergleich zum Aus- und Anziehen des Oberkörpers, wo deutliche Verbesserungen erzielt worden sind, sind die Veränderungen bei Aus- und Anziehen des Unterkörpers geringer ausgefallen. Hier hat die Hälfte der Probanden im Abschlussassessment noch Einschränkungen des Schweregrades III und IV. Den geringsten Hilfe- und Pflegebedarf hatten die Probanden beim Essen und Trinken.

Tabelle 16a: Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung

Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung									
	I		II		III		IV		n
	EA	AA	EA	AA	EA	AA	EA	AA	
Telefonbenutzung	49	53	12	11	5	10	10	6	80
Medikamenteneinnahme	22	23	13	12	19	30	18	10	80
Schreiben	42	44	6	14	7	6	16	12	80
Lesen	47	49	13	16	3	2	13	11	80
Rechnen	35	40	15	18	10	11	11	9	80
Geld/Haushalt	19	18	3	5	15	20	32	30	80
Mobilität außer Haus	3	3	7	15	23	32	45	29	80
Einkaufen	1	3	1	24	16	49	58	2	80
Mahlzeiten zubereiten	1	2	2	7	21	28	52	41	80
Haushaltsführung	-	1	1	5	22	26	53	46	80

Tabelle 16b: Veränderungen bei den Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung

Veränderungen zwischen Erst- und Zweitbeurteilung						Veränderung	
	0	+1	+2	-1	-2	n	%
Telefonbenutzung	67	6	6	0	1	23	16,2
Medikamenteneinnahmen	63	11	3	1	0	27	21,2
Schreiben	66	5	6	0	2	14	16,5
Lesen	66	5	8	1	0	14	17,5
Rechnen	62	7	8	2	0	18	21,5
Geld/Haushalt	66	10	0	1	2	14	16,5
Mobilität außer Haus	54	22	2	1	0	26	32,5
Einkaufen	64	13	2	1	0	16	20,0
Mahlzeiten zubereiten	57	21	1	1	0	23	18,7
Haushaltsführung	61	16	1	2	0	19	13,7

Bei den Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung sind die Beeinträchtigungen bei den Items ‚Mobilität außer Haus‘, ‚Einkaufen‘, ‚Mahlzeiten zubereiten‘ und ‚Haushaltsführung‘ am stärksten. Über 90 Prozent der Modellgäste sind zu Beginn der Maßnahme nicht in der Lage diese Aktivitäten durchzuführen. Am Ende der Maßnahme konnte bei knapp 20 Prozent eine Verbesserung erzielt werden. Die Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung bleibt aber der Bereich, wo die wenigsten Veränderungen erreicht werden konnten.

Tabelle 17a: Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen

Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen									
	I		II		III		IV		n
	EA	AA	EA	AA	EA	AA	EA	AA	
Sitzen	52	64	21	13	6	3	1	-	80
Stehen	13	25	26	33	31	19	10	2	80
Gehen	6	15	24	39	31	17	18	8	80
Schlucken	71	73	5	3	2	2	2	2	80

Tabelle 17b: Veränderungen bei den sensomotorischen Funktionen

Veränderungen zwischen Erst- und Zweitbeurteilung						Veränderung	
	0	+1	+2	-1	-2	n	%
Sitzen	62	15	2	0	1	18	22,5
Stehen	39	37	3	1	0	41	51,2
Gehen	31	44	3	2	0	49	61,2
Schlucken	78	2	0	0	0	2	2,5

Über die Hälfte der Modellgäste hatten beim Stehen und Gehen Einschränkungen der Schweregrade II und III. Im Verlauf der Maßnahme kam es bei rund 50 Prozent zu Funktionsverbesserungen um eine, in wenigen Fällen auch um 2 Schweregrade. Schluckstörungen lagen kaum vor.

Tabelle 18a: Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen

Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen									
	I		II		III		IV		n
	EA	AA	EA	AA	EA	AA	EA	AA	
Antrieb	29	49	29	25	12	3	2	2	80
Emotionalität	31	44	30	31	9	4	4	1	80
Motivation	40	59	24	17	8	3	6	1	80
Krankheitsverarbeitung	29	38	22	21	10	10	5	5	80
Interaktionsfähigkeit	42	54	27	22	6	3	4	1	80
Verantwortungsbewusstsein	31	37	21	22	6	7	5	8	80
Interessensverwirklichung	29	34	17	25	10	8	6	7	80

Tabelle 18b: Veränderungen bei den psychosozialen Funktionen

Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen	Veränderung					n	%
	0	+1	+2	-1	-2		
Antrieb	44	22	12	1	1	36	45,0
Emotionalität	51	19	9	1	0	29	36,2
Motivation	49	20	9	2	0	31	38,7
Krankheitsverarbeitung	54	19	6	1	0	26	32,5
Interaktionsfähigkeit	59	16	4	1	0	21	26,2
Verantwortungsbewusstsein	58	11	8	3	0	22	27,5
Interessensverwirklichung	55	11	12	2	0	25	31,2

Der Anteil der Probanden, die keine Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich aufwiesen, lag je nach Item zwischen 36 und 50 Prozent. Die meisten Probleme traten bei den Items ‚Antrieb‘, ‚Krankheitsverarbeitung‘ und ‚Interessensverwirklichung‘ auf. In Tab. 18b wird deutlich, dass sich zwischen Beginn und Ende der Modellmaßnahme positive Entwicklungen abzeichnen. Der ‚Antrieb‘ verbessert sich bei 22 Probanden um einen, bei 12 Probanden sogar um zwei Schweregrade, die ‚Interessensverwirklichung‘ in 12 Fällen um zwei und in 11 Fällen um einen Schweregrad.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Outcome – Messung sind die ‚Schmerzen‘. Sie haben erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Modellgäste. Anhand einer Schmerzskala ist die Schmerzintensität in fünf Stufen erfasst worden.

Tabelle 19: Veränderungen der Schmerzintensität

Schmerzintensität	Eingangsassessment		Abschlussassessment	
	n = 80	in %	n = 80	in %
keine Schmerzen	2	2,5	10	12,5
eher leichte Schmerzen	33	41,3	45	56,2
störend, aber erträgliche Schmerzen	15	18,8	21	26,3
gerade noch erträgliche Schmerzen	20	25,0	3	3,8
unerträgliche Schmerzen	10	12,5	1	1,3

Die Auswertung der Schmerzskala zeigt, dass 37 Prozent der Modellgäste zu Beginn der Maßnahme ‚gerade noch erträgliche‘ bis ‚unerträgliche‘ Schmerzen hatten. Nur drei Gäste hatten keine Schmerzen. Am Ende der Maßnahme hatten nur noch 5 Probanden schlimme Schmerzen, die Mehrheit (81%) hatte dagegen nur noch leichte oder erträgliche Schmerzen. Der Anteil derjenigen, die keine Schmerzen mehr haben, stieg auf 13 Prozent.

Das zentrale Modellziel war die Realisierung des Postulats „ambulant vor stationär“. Die Modellkurzzeitpflege sollte dazu beitragen, Aufnahmen in die stationäre Pflege zu vermeiden. Tabelle 20 zeigt, dass dies auch weitgehend gelungen ist.

Tabelle 20: Aufenthalt des Gastes nach Beendigung der Kurzzeitpflege

	n = 91	in %
Privatwohnung	65	71,4
Umzug zu Angehörigen/Kindern	2	2,2
Betreutes Wohnen	1	1,09
Pflegeheim	6	6,6
sonstiges	14	15,4
keine Angaben	3	3,3

Etwa 71 Prozent der Modellgäste konnten nach der Maßnahme in die Privatwohnung zurückkehren. Die Aufnahme in ein Pflegeheim ist nur bei knapp 7 Prozent in die Wege geleitet worden. Der Anteil ‚sonstiges‘ ist mit 15,4 Prozent relativ hoch. Dahinter verbergen sich primär die Probanden, die nach der Kurzzeitpflege vorübergehend bei Angehörigen unterkommen bis sie wie geplant in ihre Privatwohnung zurückkehren. In

wenigen Fällen endete die Kurzzeitpflege mit einer erneuten Einweisung ins Krankenhaus, in Einzelfällen auch mit der Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation.

Bei 42 Probanden sind ein halbes Jahr nach Beendigung der Maßnahme Nachsorgebesuche durchgeführt worden. Dabei wurde geprüft, ob das arrangierte Hilfesetting stabil geblieben ist und ob ggf. weitere Hilfen vermittelt werden müssen.

Tabelle 21 zeigt, dass über die Hälfte der Probanden weiter in der Privatwohnung lebt, entweder allein (29%) oder mit Partner (10 %) und/oder mit Kindern (19%). Sieben der 42 ehemaligen Modellgäste sind in ein Pflegeheim übersiedelt, neun sind verstorben.

Tabelle 21: Aufenthaltsort nach sechs bis acht Monaten

	n = 42	in %
Allein im eigenen Haushalt	12	28,6
Privatwohnung mit Partner	4	9,5
Privatwohnung mit Kind(ern)	4	9,5
Privatwohnung mit Partner und Kind(ern)	4	9,5
Privatwohnung mit anderen Personen	2	4,8
Pflegeheim	7	16,7
Verstorben	9	21,4

Bei 24 von 26 Probanden, die in einer Privatwohnung leben, schätzt die Ergotherapeutin, die Versorgungssituation als stabil ein, wobei – mit einer Ausnahme – alle auf Fremdhilfe angewiesen sind.

Tabelle 22: Hilfen, die sechs bis acht Monate nach Beendigung der Maßnahme in Anspruch genommen werden (Mehrfachnennungen)

	n = 24
keine Hilfen	1
Pflege/Betreuung durch Angehörige	16
ambulanter Pflegedienst	17
Haushaltshilfe	7
Tagespflege	0
Essen auf Rädern	2
Hausnotruf	3

Die Mehrheit der Probanden, bei denen ein Nachsorgebesuch durchgeführt worden ist, nimmt ambulante Pflegedienste in Anspruch, aber auch die Hilfe durch Angehörige.

Warum Tagespflege, Hausnotruf und Essen auf Rädern kaum genutzt wird, lässt sich an dieser Stelle nicht klären, muss aber kritisch hinterfragt werden.

6.1 Fazit zur Ergebnisqualität

- Die Auswertung der Assessmentverfahren zeigt, dass die rehabilitative Kurzzeitpflege zu signifikant positiven Veränderungen im Bereich der Lokomotion, Mobilität, Selbstversorgungskompetenz sowie im sensomotorischen und im psychosozialen Bereich führt. Aber nicht nur die Funktionsgewinne wirken sich positiv auf die Lebensqualität und die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe aus, sondern vor allem auch die nachweisliche Reduktion der Schmerzen.
- Trotz der Zugewinne in den genannten Funktionsbereichen bleibt die Mehrheit der Probanden nach der Modellmaßnahme auf Fremdhilfe angewiesen. Die Assessmentergebnisse zeigen jedoch, dass es ihnen mehrheitlich gelingt, die Einschränkungen mit Hilfsmitteln oder anderen Strategien zu kompensieren.
- Ein wichtiger Parameter für den Erfolg der Maßnahme ist die Vermeidung der stationären Pflege und die Sicherung des Verbleibs in der Privatwohnung. Nach der Modellmaßnahme kehrt die überwiegende Mehrheit in die Privatwohnung zurück. Die Situation dort ist nachhaltig stabil. Es leben zwar in Relation zur Zeit vor der Akuterkrankung weniger der hochaltrigen Probanden allein im Haushalt, aber es sind primär Arrangements im privaten Bereich getroffen worden. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Befähigung der Probanden zur Selbsthilfe, die Pflegebereitschaft der Angehörigen erhöht hat. Aufgrund der niedrigen Fallzahl bei den Nachsorgebesuchen ist diese Annahme aber nicht belegbar.

7. Schluss

Das Modell ließ sich nur in Teilen realisieren. Aus diesem Grund hat der Modellförderer das Modell vorzeitig beendet, allerdings mit dem Hinweis, den Modellansatz nach wie vor für sinnvoll zu erachten. Die Implementierungsschwierigkeiten des Modells sind symptomatisch für die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Bundesweit werden immer mehr Kurzzeitpflegeplätze in stationäre umgewidmet oder als „eingestreute“ Plätze vorgehalten. Die Kurzzeitpflege wird primär als „Urlaubspflege“ oder als „Warteschleife“ genutzt bis ein Platz in der stationären Pflege frei wird.

Die Intention des Gesetzgebers war eine andere: Die Kurzzeitpflege sollte im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt als Beobachtungs- und Abklärungsphase dienen, in der Aktivierungspotentiale des Pflegebedürftigen ausgeschöpft und die Nachsorge adäquat vorbereitet wird. An dieser Intention setzte der Modellträger an, verknüpfte die Kurzzeitpflege mit dem Entlassmanagement einer geriatrischen Klinik sowie mit therapeutischen Leistungen und einem Beratungsangebot (Beko-Stelle). Damit es zu keinem Bruch in der Behandlungskontinuität kommt, sollten die niedergelassenen Ärzte in die Zielformulierung und Versorgungsplanung eingebunden werden.

Warum ließ sich das Modell nicht in der gewünschten Form implementieren? Der Hauptgrund lag darin, dass die Kooperationsbeziehung zur Klinik und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten nicht in der erforderlichen Systematik funktionierten. Die Ursachen sind zwar vielschichtig. Sie fokussieren aber in zwei wesentlichen Punkten:

1. Die Platzierungsentscheidung im Krankenhaus wird in der Regel von den Ärzten allein getroffen. Die Sozialdienste der Krankenhäuser, deren originäre Aufgabe es wäre, materielle und soziale Ressourcen zu erschließen, um dem Patienten die Rückkehr in die Privatwohnung zu ermöglichen, sind nur ausführendes Organ. In den Entscheidungsprozess sind sie nicht eingebunden.
2. Die niedergelassenen Ärzte lassen sich nur schwer in nichtärztliche Versorgungsplanungen einbeziehen, was weniger an den fehlenden finanziellen Anreizen liegt, sondern mehr an den mangelnden Kenntnissen im Bereich der Geriatrie.

Viele innovative Ansätze, die auf die Überleitung von Patienten aus dem akutstationären in den ambulanten Bereich zielen, scheitern an diesen beiden Barrieren. Hier sind vor allem die ärztlichen Berufs- und Fachverbände, aber auch die Krankenhaussozialarbeit gefordert, Qualifizierungsstrategien zu entwickeln sowie Kommunikations- und Entscheidungsprozesse innerhalb der Klinik zu überdenken und ggf. eingespielte Routinen zu verändern.

Aber auch die Kurzzeitpflege muss konzeptionell so gestaltet sein, dass sie die Anforderungen einer Abklärungs- und Aktivierungsphase erfüllt. Dazu ist es notwendig therapeutische Kräfte in das Pflegeteam zu integrieren und eng mit Beratungsangeboten zu verknüpfen. Das Modell hat - trotz aller Mängel bei der Umsetzung - gezeigt, dass die Integration einer Ergotherapeutin ins Pflegeteam und die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Physiotherapeuten zu einer Verbesserung der Pflegequalität und zu einer größeren Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte geführt hat.

Vom Modellansatz profitiert haben jedoch vor allem die 80 Kurzzeitpflegegäste, die die Maßnahmen durchlaufen haben. Bei ihnen kam es zu signifikanten Verbesserungen im Bereich der Lokomotion, der Mobilität, der Selbstversorgungskompetenz sowie im sensorischen und psychosozialen Bereich. Doch trotz der Zugewinne in allen Funktionsbereichen bleibt die Mehrheit der Probanden auf Fremdhilfe angewiesen. Insofern ist es wichtig, die Kurzzeitpflege mit einem Beratungsangebot zu verbinden. Denn die Ergebnisse zeigen auch, dass der Beratungsbedarf der Modellgäste hoch gewesen ist.

Vor dem Hintergrund des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sollte das Konzept der Kurzzeitpflege neu bedacht werden. Mit dem Rechtsanspruch auf Beratung und Versorgungsmanagement könnte sie im Rahmen der integrierten Versorgung (§140 SGB V) und in enger Verknüpfung mit den Pflegestützpunkten ein wichtiges Element im Rahmen der Aktivierung, des Empowerments und der adäquaten Nachsorge sein.

In der letzten Gesundheitsreform ist mit der Novellierung des § 40 SGB V die Möglichkeit geschaffen worden, medizinische Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Eine Kurzzeitpflege, die Therapeuten ins Pflegeteam integriert hat und Case Management anbietet, würde genau die Voraussetzungen erfüllen, die für die Sicherung des nachhaltigen Rehabilitationserfolges notwendig wäre. Die medizinische Rehabilitation selbst kann natürlich nicht von der Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht werden, sondern muss durch eine anerkannte Rehabilitationseinrichtung erfolgen.

Das Modell hat aber in erster Linie deutlich gemacht, dass es nicht an guten konzeptionellen Ideen mangelt. Die vielen Schwierigkeiten, die zu überwinden waren, lagen vor allem im Bereich nicht funktionierender Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

Das Modellteam hat trotz der vielen Schwierigkeiten mit viel Engagement für die Etablierung des Ansatzes gekämpft. Teilweise war es ein Kampf gegen Windmühlen.

An dieser Stelle möchten wir als wissenschaftliche Begleitung dem Modellträger und der Projektleitung unsere Anerkennung für ihr Engagement aussprechen und dem gesamten Kurzzeitpfllegeteam für die vertrauensvolle Zusammenarbeit danken.