



Abschlussbericht für das Projekt Nordlicht

Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch assessmentgestützte Planung und Kooperation

Titel: „Nordlicht“: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch Assessment-gestützte Planung und Kooperation

Projektnehmer: AWO Pflege Schleswig Holstein gGmbH für den Kieler Pflegeverbund, KPV e.V.

Projektadresse: Projekt Nordlicht, AWO Pflege Schleswig Holstein, Vaasastr. 2a, 24109 Kiel

Wissenschaftliche Begleitung: Institut für Sozialwissenschaften an der CAU Kiel
Prognos AG

Ansprechpartner Martin Hamborg

Telefon: 0431 / 53 33 010

E-mail: Martin.Hamborg@awo-sh.de

Gliederung

0. Übersicht	Seite 5
1. Nordlicht: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch assessmentgestützte Planung und Kooperation	
Formaler und organisatorischer Rahmen des Projektes	
Ziele, Aufgabe und Meilensteine des Projektes	Seite 6
Struktur des Modellprojektes	Seite 7
Projektphasen	Seite 9
Partner im Modellprojekt	Seite 10
Steuerungsgruppe des Projektes Nordlicht	Seite 13
Netzwerkarbeit durch Öffentlichkeitsarbeit	Seite 14
2. Umsetzung im Projekt: Was haben wir getan?	
Methoden und Instrumente	
Methoden und Instrumente der Netzwerkgestaltung	Seite 15
Methoden / Instrumente im Rahmen der Umsetzung des Case-Managements	Seite 16
Case-Finding und Gestaltung der Schnittstelle zwischen Case-Management und Klinik	Seite 20
Anpassung des Case-Managementverfahren an die Bedingungen der Krankenhäuser	Seite 20
Hilfepfankonferenz als Instrument der Schnittstelle zur häuslichen Versorgung	Seite 22
Instrumente des Monitoring und der Selbstevaluation durch die Case-Managerin	Seite 23
Entwicklung des Assessment-Instrumentes und Monitoring (CAU)	Seite 26
3. Umsetzung im Projekt: Was haben wir erreicht?	
Ergebnisse der Netzwerkgestaltung: Probleme und Erfolge	
Zusammenarbeit mit dem KPV	Seite 26
Zusammenarbeit mit den Kliniken	Seite 27
Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken und Kurzzeitpflege	Seite 32
Probleme und Erfolge an der Schnittstelle Case-Management und ambulante Versorgung	Seite 32
Kooperation mit den Beratungsstellen	Seite 33
Kooperation mit den Hausärzten	Seite 36
Erfahrungen mit weiteren Netzwerkpartnern	Seite 37
Fazit aus Sicht der Case-Managerin	Seite 38
Teilbericht (CAU)	
Überprüfung des Verfahrens Schnittstelle Case-Management/Ambulante Pflege (CAU)	Seite 39

4. Gewinnung der Teilnehmer/innen

Teilbericht (CAU)

Klientel der Case-Managerin im Modellprojekt	Seite 42
Beratungsaufwand im Rahmen des Case-Managements	Seite 50
Die Evaluation der häuslichen Pflege-Arrangements	Seite 52

5. Versorgungskontinuität und Versorgungsbrüche

Analyse der Daten im Projektverlauf

Instrumente und Methoden	Seite 55
Ergebnisse zu den Bereichen: Leistung des Pflegedienstes, Netzwerk und personenbezogene Faktoren	Seite 57
Ergebnisse auf der Strukturebene	Seite 57
Ergebnisse zur Netzwerkqualität	Seite 60
Ergebnisse zur personenbezogenen Ebene	Seite 62
Risikoprofile – Unterschiede	Seite 64
Risikoprofil: Psychosoziale Risiken	Seite 66
Versorgungsbrüche – Bewertung der Daten und Spekulationen	Seite 68
Fazit der Ergebnisse	Seite 69

Teilbericht (CAU)

Ergebnisse der Kontrollgruppenstudie (CAU)	Seite 72
--	----------

6. Empfehlungen

Notwendige Weiterentwicklungen der Versorgungsstruktur

Qualitätsanforderungen zur Versorgungskontinuität	Seite 75
Entwicklung neuer Dienstleistungen in der Versorgungsstruktur	Seite 77
Anforderung an eine schnittstellenübergreifende fallbezogene Begleitung	Seite 78
Schnittstellengestaltung	Seite 79

7. Bewertung des Gesamtmodells durch prognos Seite 80

Anlagen

0. Übersicht

In dem Projekt Nordlicht wurden 82 pflegebedürftige Menschen durch eine Case-Managerin vom Krankenhaus in die Häuslichkeit begleitet. Dieser Prozess wurde vorbereitet und flankiert durch

- **die Entwicklung eines Assessment-Instrumentes** und an die drei kooperierenden Kliniken angepassten Verfahren auf der Grundlage von gemeinsamen Expertenworkshops,
- **eine intensive Netzwerkarbeit** mit den Kliniken, Rehakliniken, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten, ehrenamtlichen Initiativen, Beratungsstellen, Ärzten u.a.
- **die kontinuierliche Unterstützung der Steuerungsgruppe** mit verantwortlichen Vertretern der Pflegekassen, der Kliniken, der Stadt und des Landes Schleswig Holstein.

Nordlicht wurde intern wissenschaftlich durch die Forschungsgruppe Gerontologie der CAU Kiel begleitet und extern durch das Sozialforschungsinstitut prognos. Im gesamten Case-Managementprozess wurden umfangreiche Daten ermittelt, die Verläufe in Fallbesprechungen ausgewertet und Hinweise auf Faktoren für Versorgungsbrüche und Versorgungskontinuitäten herausgearbeitet.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung und der internen Fallauswertung sowie der Diskussion und Konsentierung der Ergebnisse in Expertenworkshops werden in dem vorliegenden Bericht zusammengefasst. Die Autorenschaft der CAU wird jeweils aus der Überschrift der Abschnitte deutlich. Von der externen Evaluation liegt ein abschließender Bericht mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur vor.

Die Ziele Sicherung und Erhalt der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt konnten bei etwa 2/3 der Teilnehmerinnen erreicht werden. Jeder vierte Teilnehmer zog trotz Case-Management in die stationäre Pflege um, 17% verstarben im Projektzeitraum.

Aus diesen Erfahrungen lassen sich zum einen Erkenntnisse zu den persönlichen Faktoren, zu sozialen Netzwerken und den Anforderungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Dienste und Schnittstellenarbeit in den Kliniken ableiten. Zum anderen werden erforderliche Rahmenbedingungen, Instrumente und praktische Implikationen für Beratungsstrategien durch Pflegebegleitung oder Fallmanagement nach der Entlassung aus dem Krankenhaus deutlich. Das Projekt bietet Anregungen für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags der Pflegereform.

1. Nordlicht: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch assessmentgestützte Planung und Kooperation

Formaler und organisatorischer Rahmen des Projektes

Pflegebedürftige Menschen werden nach einem Krankenhausaufenthalt überproportional häufig in eine stationäre Einrichtung übergeleitet, obwohl der Wunsch nach Rückkehr in die eigene Häuslichkeit besteht und aus fachlicher Sicht auch möglich und sinnvoll erscheint. Diese Situation zeigt, dass einerseits eine gezielte, fachlich unterstützte Planung häuslicher Pflege- und Unterstützungsarrangements notwendig ist und andererseits Pflegedienste vor der Aufgabe stehen, für die Pflege dieser Kunden angemessene Strukturen aufzubauen.

Die Organisation der häuslichen Pflegesituation ist nach einem Krankenhausaufenthalt ein wichtiger Faktor, um (vermeidbare) stationäre Pflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt zu verhindern und dauerhaft eine tragfähige häusliche Pflegesituation zu schaffen.

Ziele, Aufgabe und Meilensteine des Projektes

Übergeordnete Zielsetzung: Sicherung und Erhalt der Häuslichkeit

Mit dem Projekt „Nordlicht“ sollte im Einzugsgebiet Kiel ein Beitrag für pflegebedürftige Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt geleistet werden, sodass möglichst eine stabile häusliche Pflegesituation hergestellt und gesichert werden kann. Im Rahmen des Modellprojektes wurde überprüft, inwieweit ein solches Unterstützungsangebot den Anteil der Menschen aus der Zielgruppe erhöhen kann, die im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt häuslich gepflegt werden (Ziel 1) und inwieweit es dazu beiträgt, die Nachhaltigkeit der häuslichen Pflege sicherzustellen (Ziel 2).

Zielgruppe

Das Projekt richtete sich an Pflegebedürftige zumindest mit einem Eilantrag für eine Pflegestufe

- nach Sturzverletzungen,
- einem Schlaganfall,
- oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz verbunden mit Demenz oder psychischer Erkrankung sowie einer Multimorbidität.

Projektauftrag: Case-Management als Methode

Kieler Experten aus ambulanten Diensten, Kliniken und dem soziologischen Institut haben vor dem Hintergrund der o.g. Zielsetzung ein modulares Instrument zum Case-Management entwickelt. Dieses Instrument wurde in der Praxis durch die Projektmitarbeiterin umgesetzt und von der CAU wissenschaftlich evaluiert. Dabei wurden die Module des Assessments erprobt und mit der Pflegeplanung der ambulanten Dienste im KPV verknüpft.

Die unterschiedlichen Leistungen im Pflegemix, die Belastung der pflegenden Angehörigen und die Pflegeverläufe wurden dokumentiert. Dadurch konnten ambulante Versorgungslücken analysiert und Angebote und Versorgungswege für ältere Kieler Bürger hinsichtlich der Sicherung der Häuslichkeit optimiert werden.

Kooperation, Netzwerkbildung und Qualitätsimpulse

Ein weiterer Fokus lag in der Entwicklung der Netzwerke zur Sicherstellung der Projektziele und der Weiterentwicklung ambulanter Strukturen.

Struktur des Modellprojektes

Projektrahmen und Ausstattung

Das Projekt wurde im Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach §8 gefördert und durch die Koordinierungsstelle des GKV begleitet.

Zur Umsetzung der Aufgaben wurde eine Stelle „Case-Management“ besetzt, um die Menschen zu begleiten, die sich zur Teilnahme an dem Projekt entschlossen haben.

Die Projektsteuerung wurde mit einem Stundenanteil von 10 Wochenstunden konzipiert, dieser Anteil wurde im Projektverlauf auf 13 Wochenstunden erhöht.

Zusätzlich standen Mittel für die Expertenworkshops und die Wissenschaftliche Begleitforschung und wissenschaftliche Evaluation zur Verfügung.

Projektträger und Projektkoordination

Der Kieler Pflegeverbund als Projektträger

Der Kieler Pflegeverbund (KPV e.V.) ist ein Verein ambulanter Pflegedienste von frei gemeinnützigen und privatgewerblichen Trägern. Die für das Modell notwendigen organisatorischen Strukturen, z.B. die Freistellung von Mitarbeitern konnten auf der Grundlage der bisherigen Kooperationsbeziehungen sichergestellt und die Verfahren für die Kooperationen an der Nahtstelle zwischen Kliniken und ambulanten Diensten entwickelt werden.

Projektkoordination: AWO als geschäftsführender Verband

Die AWO Schleswig-Holstein gGmbH, Unternehmensbereich Pflege hatte die Geschäftsführung für Nordlicht übernommen. Mit der Projektkonzeption und der Projektleitung wurde ein Mitarbeiter beauftragt, der zum einen die AWO im KPV vertrat, sich an den Netzwerksitzungen und Arbeitsgruppen beteiligte und zum anderen langjährig in unterschiedlichen regionalen und überregionalen Gremien verankert war.

Der trägerinterne Unterstützungsbeitrag bezog sich kontinuierlich auf die Abstimmung in der strategischen Steuerung des Projektes, die Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung und auf inhaltliches Controlling. Aufgrund eines erhöhten Abstimmungsbedarfs übernahm eine Mitarbeiterin der Landesgeschäftsstelle die Funktion der Ansprechpartnerin für die Koordinierungsstelle.

Für die Steuerung des Projektes fanden regelmäßige Teamsitzungen mit den Projektmitarbeitern, der Wissenschaftlichen Begleitung und einer Vertreterin der Kieler Pflegeverbundes statt, in denen die Schritte gemeinsam vorbereitet und begleitet wurden.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Institut für Soziologie der CAU Kiel

Das Forschungsgruppe Gerontologie am Institut für Soziologie der CAU Kiel beteiligte sich auf dem Erfahrungshintergrund langjähriger Forschungs- und Entwicklungstätigkeit im Segment der Altenhilfe. In dem Modellprojekt übernahm sie folgende Schwerpunkte:

- Synopse der relevanten Assessmentinstrumente: dies betraf die bisher von den Kliniken und ambulanten Diensten eingesetzten Instrumente, andere praxiserprobte geriatrische Assessments und Verfahren zur Risikoeinschätzung in der ambulanten Pflege.
- Entwicklung und Konsentierung des modularen Assessment-Instrumentes in Abstimmung mit der Projektkoordination.
- Wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit des Instrumentes im Hinblick auf die Sicherung der Häuslichkeit durch ein Kontrollgruppendesign.

Sozialforschungsinstitut prognos

In Ergänzung zur wissenschaftlichen Begleitung übernahm prognos die Aufgabe der externen Evaluation. Während die Bewertung der Zielerreichung im Case-Management zu den Aufgaben der CAU gehört, betrachtete Prognos das Projekt primär aus einer übergeordneten Perspektive. Der Schwerpunkt lag darin,

- das Modellprojekt im Kontext gegenwärtiger Problemlagen und Reformbemühungen zu beschreiben
- das Schnittstellen- und Informationsmanagement zu analysieren
- das Potenzial zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft zu ermitteln

Die Rückmeldungen, Zwischenberichte und die Stärken-Schwächen-Analyse sollten gleichzeitig Impulse für den Projektverlauf geben und Entwicklungsmöglichkeiten anregen.

Projektphasen

Das Projekt hatte eine Laufzeit vom 1.9.2006 bis zum 31.8.2009. Die Umsetzung der Projektziele erfolgte in vier Projektphasen auf Grundlage eines Kontrollgruppendesigns.

- Projektstart: Bildung des erweiterten Steuerungskreises, Startworkshop, Abstimmung über die Kooperationsstrukturen, Festlegen der Zielvereinbarungen mit den Expertengruppen.
- Entwicklung der Instrumente und Verfahren: Erarbeitung der Instrumente des Case-Managements (Assessment, Risiko-Beobachtung, Evaluation) und verbindliche Regelung des Schnittstellenmanagements)
- Erprobung: Praxiserprobung und wissenschaftliche Überprüfung der Instrumente, Auswertung der Praxiserprobung, Überprüfung und Anpassung der Instrumente.
- Auswertung des Gesamtprojektes und Berichterstellung.

Projektverlauf

Das Projekt Nordlicht wurde 2003/2004 durch den Kieler Pflegeverbund (KPV) mit Unterstützung des Sozialministeriums Schleswig-Holstein konzipiert und 2006 im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung genehmigt. In dieser Zeit wurden die Inhalte zwischen der Projektleitung und der Koordinierungsstelle modifiziert, der Kosten- und Finanzierungsrahmen blieb unverändert.

Nordlicht startete im September 2006 mit der Klärung der Einbindung der Stadt Kiel. Im Ergebnis wurde eine Vereinbarung über Hilfeplankonferenzen für die Projektteilnehmer/innen verabredet, bei denen ergänzende Leistungen des SGB XII zu erwarten waren. Die Stadt sicherte für diese Teilnehmer des Projektes eine flexiblere Leistungsgewährung zu.

Bis Mitte 2007 lagen die Schwerpunkte in der

- Netzwerkarbeit zur Sicherstellung der Kontrollgruppenphase
- Entwicklung des Assessments und Abstimmung der Verfahren
- Hospitationen der Case-Managerin in den Kliniken und ambulanten Diensten
- Erstellung des Leistungsprofils der KPV-Dienste als Grundlage für das Case-Management und
- einer Vereinbarung mit der Stadt über Hilfeplankonferenzen.

In der zweiten Jahreshälfte erfolgten Vorarbeiten zur Implementierung des Case-Managementverfahrens und konzeptionelle Arbeiten für eine mögliche Erweiterung des Projektes. Der Beginn der Fallgruppenphase und des Case-Managements in den Kliniken wurde auf Wunsch der Koordinierungsstelle verschoben, um eine Konzeptanpassung im Rahmen der Kabinettsvorlage zur Pflegereform zu erarbeiten. Durch eine Ausweitung des Modellprojektes sollten differenzierte Erfahrungen für die „Pflegestützpunkte“ und das „Fallmanagement“ aus der Kabinettsvorlage zur Reform des Pflegeversicherungsgesetzes gesammelt werden.

Nach dem ablehnenden Bescheid im März 2008 erfolgte die Anpassung des ursprünglichen Konzeptes unter der Berücksichtigung des 7-monatigen Zeitverzugs.

Die Case-Managerin nutzte die verlängerte Pretestphase mit der Erprobung des Assessment-Instrumentes an komplexen Einzelfällen, bei denen eine stationäre Pflege zu erwarten war. Das Verfahren wurde mit den Kliniken unter Berücksichtigung des spezifischen Versorgungsauftrages

abgestimmt und ein inhaltliches Controlling durch fallbezogene Analyse und Unterstützung des Case-Managements in Fallbesprechungen etabliert.

Im April 2008 begann die Fallgruppenphase und das Case-Finding verlief in zwei Kliniken zunächst eher schleppend. In der zweiten Jahreshälfte wurden gemeinsam mit den Mitarbeitern der Kliniken weitere Strategien zur Sicherstellung der Fall- und Kontrollgruppenzahl vereinbart. Dies führte dazu, dass sich insgesamt 82 pflegebedürftige Menschen an dem Projekt beteiligten. Auf Grundlage der Daten und Erfahrungen wurden Expertenworkshops durchgeführt und Anregungen zu Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur erarbeitet.

Partner im Modellprojekt

Ein schnittstellenübergreifendes Case-Management erforderte eine hohe Akzeptanz bei allen Kooperationspartnern und die ständige Bewährung in der praktischen Zusammenarbeit.

In der Netzwerkarbeit unterschieden wir direkte und indirekte strategische Netzwerkpartner und fallbezogene Partner in den individuellen professionellen und familiären Netzwerken der Teilnehmer.

Direkte Netzwerkpartner

Die direkten Netzwerkpartner waren als Kooperationspartner eng in das Projekt eingebunden: der Kieler Pflegeverbund (KPV) und die drei großen Kliniken in Kiel.

Die ambulanten Dienste im Kieler Pflegeverbund (KPV)

Der Kieler Pflegeverbund (KPV) e. V.¹ besteht seit März 2004 um konkrete Maßnahmen zur Verbesserung des Pflegeangebotes in der häuslichen Pflege in Kiel und seiner näheren Umgebung zu erzielen“. ² Im Kieler Pflegeverbunds (KPV) hat sich eine tragfähige Zusammenarbeit in konstruktiver Konkurrenz zwischen Wohlfahrtsverbänden und freigewerblichen Anbietern etabliert. Der KPV bündelt umfangreiche Kompetenzen der ambulanten und auch teilstationären Pflege und des Betreuten Wohnens. Das Netzwerk hat sich als Dienstleister im Gesundheitswesen dem aktuellen Wandel gestellt. Dazu zählen insbesondere folgende Elemente:

- Aufbau einer gemeinsamen Struktur: Der KPV hat eine Zentrale mit eigener Telefon- und Faxnummer und ein Verfahren zur Zuordnung der Kunden, die den KPV direkt ansprechen
- Aufbau von Kooperationsstrukturen: In den ersten Jahren führten eine Geschäftsordnung und verbindliche Regeln der Zusammenarbeit zu einer hohen Transparenz. Die operative Arbeit wurde durch zwei Sprecherinnen und Arbeitsgruppen geleistet, der erweiterte Vorstand unter Beteiligung aller Mitglieder steuerte den Prozess in monatlichen Sitzungen. 2008 wurde die formale Struktur verändert, die Zahl der Mitgliederversammlungen reduziert und die Geschäftsführung durch einen dreiköpfigen Vorstand übernommen

¹ Der KPV besteht aus folgenden Trägern: AD Ambulante Dienste gGmbH, AWO Pflege Schleswig-Holstein, Unternehmensbereich Pflege gGmbH, DRK Kreisverband Kiel e.V., Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Regionalverband S.-H. Nord/West, Krankenpflegeteam Kiel GmbH, Mobiler Pflegeservice Kiel, Pflegediakonie Kiel gGmbH

² Siehe <http://www.kielerpflegeverbund.de/FACHPERSONEN/ueberkpvfach.html>

- Spezialisierung der Angebote in trägerübergreifender Abstimmung, dies betrifft z.B. den Einsatz und die Ausbildung von Alltagsbegleitern in einem EU-Projekt und trägerübergreifende Vermittlungs- und Serviceleistungen
- Gemeinsame Fortbildungen für die Dienste und Öffnung der trägerinternen Fortbildungen für die „Mitbewerber“
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, der KPV führte mit dem Neurozentrum einen Aktionstag zum Thema „Apoplex“ und Fachabende unter dem Motto „Kiel bleibt gesund“ durch.
- Gemeinsame Vertretung in der Kieler Pflegekonferenz
- Sicherstellung der nächtlichen pflegfachlichen Versorgung. Seit 2003 läuft erfolgreich eine gemeinsame nächtliche Rufbereitschaft. Eine examinierte Kraft wird über einen Dienst zur Verfügung gestellt

Die Kliniken

Die Kooperationspartner sicherten eine formelle Teilnahme an dem Projekt zu. Zu diesem Zweck fanden zunächst informative Gespräche mit den direkten Ansprechpartnern aus den Kliniken statt. Diese stimmten die Beteiligung an dem Projekt mit den Geschäftsführungen und Vorständen ab und meldeten die Projektteilnahme schriftlich oder telefonisch zurück.

Auf Kooperationsverträge wurde verzichtet, da eine stabile Arbeitsebene zwischen den Akteuren schon über Jahre bestand und Verträge mit der Frage nach einer Vergütung der spezifischen Leistungen in den Kliniken verbunden waren. Eine zusätzliche Motivation lag in der Teilnahme an einem Bundesmodellprojekt und der Möglichkeit, den Verantwortlichen in der Politik und in den Verbänden substantielle Erfahrungen aus der Praxis zu vermitteln.

Das städtische Krankenhaus in Kiel

Dieses Krankenhaus der Regionalversorgung hat 608 Betten und im Jahr 2006 eine stationäre Fallzahl von 22.013 Patienten. Die Geriatrie mit 40 vollstationären und 20 teilstationären Plätzen erreichte 2006 eine Fallzahl von 817 Patienten (vollstationär) und 324 Patienten in der Tagesklinik.

Im Projekt wurden 3 Bereiche berücksichtigt, Ansprechpartner waren Stationsleitung bzw. Sozialdienst:

- Schlaganfall Schwerpunktstation, 29 Betten
- Unfallchirurgische Station: 29 Betten
- Geriatrie: 60 Betten

Das Projekt Nordlicht knüpfte nach Einschätzung der Pflegedirektorin³ an eine intensive Zusammenarbeit in der Interessengemeinschaft Entlassungsmanagement und Arbeitsgruppe zur Erarbeitung und Einführung des Kieler Pflegeüberleitungsbogens an.

Die Zusammenarbeit fokussierte sich auf die Geriatrie und die Projektteilnehmer wurden kontinuierlich über den sozialen Dienst gemeldet. Die Empfehlung wurde meist im Rahmen der Fallbesprechungen getroffen, auch auf Vorschlag der Stationsärzte.

³ Protokollierte Aussage in der ersten Steuerungsgruppe

UKSH –Universitätsklinikum Schleswig Holstein Campus Kiel

Das Universitätskrankenhaus war mit 1121 Betten der größte beteiligte Partner, die vollstationäre Fallzahl lag 2006 bei 44.888 Patienten. Im Projekt Nordlicht wurden Patienten immer dann einbezogen, wenn der Sozialdienst tätig wurde. Dies betraf folgende Kliniken:

- Kliniken für Allgemeine Innere Medizin, für Kardiologie, für Nieren- und Hochdruckkrankheiten und für Dermatologie, Venerologie und Allergologie,
- Kliniken für Allgemeine Chirurgie, Urologie,
- Unfallchirurgie und Orthopädie
- Klinik für Neurologie
- Klinik für Gynäkologie

Nordlicht knüpfte nach Einschätzung der Leitung des Sozialdienstes an Projekte zu „Fallgruppen sozialer Arbeit“, das interne Entlassungsmanagement, die Implementierung des Expertenstandards und die Umsetzungsprobleme im stationären Bereich an⁴. Die Kliniken formulierten ein hohes Interesse an einer nachhaltigen Entwicklung der Strukturen, da von den Patienten häufig der Wunsch nach häuslicher Versorgung geäußert werde. Die entscheidende Frage sei, ob das soziale Netz dafür ausreichend sei. Die dafür notwendigen Einschätzungen könnten aus dem Klinikalltag heraus häufig nicht vorgenommen werden.

Clinicum Lubinus

Die unfallchirurgische Privatklinik ist mit 212 Betten und einer vollstationären Fallzahl von 6472 die dritte Klinik, die an dem Projekt Nordlicht mit vier Stationen der Unfallchirurgie und Endoprothetik (82 Betten) beteiligt wurde. Ansprechpartnerin für das Projekt ist die Stationsleitung der Intensivstation.

Indirekte Netzwerkpartner

Um die Unterstützung für die Kontrollgruppe und die Zusammenarbeit im Einzelfall (z.B. bei Überweisungen in Reha Einrichtungen oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen vor Überleitung in die Häuslichkeit) sicherzustellen, wurden weitere, indirekte Netzwerkpartner umfassend über das Projekt informiert. Bei Projektbeginn musste die gesamte medizinische, pflegerische und rehabilitative Versorgungskette berücksichtigt werden. Deshalb wurde das Projekt in 33 Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangeboten und in 5 Reha-Kliniken vorgestellt.

Für eine Zusammenarbeit mit dem Projekt entschieden sich alle Reha-Kliniken und 25 Einrichtungen der Kurzzeitpflege von 14 Trägern. Die Aufgabe für diese Einrichtungen bestand darin, die Case-Managerin in ihrer praktischen Arbeit zu unterstützen und die Datenbögen der, aus den Kliniken überwiesenen Patienten an die wissenschaftliche Begleitforschung weiterzuleiten.

Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen

In Kiel sind zwei ausgewiesene Beratungsstellen in der Beratung und Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf und Demenz tätig. Die Beratungsstellen haben ihre Arbeit aufeinander abgestimmt.

⁴ Protokollierte Aussage in der ersten Steuerungsgruppe

Trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle

Die Pflegeberatungsstelle der Landeshauptstadt Kiel hatte als eine Schwerpunktsetzung die „allgemeine Pflegeberatung“ und Vorbereitung der Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XII. Die Trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle wurde an den Expertenworkshops beteiligt und leistete einen wesentlichen Beitrag zum Konzept der Hilfeplankonferenz für Teilnehmer des Projektes.

Beratungsstelle Demenz und Pflege

Die Beratungsstelle Demenz und Pflege hat ihren Schwerpunkt in der Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen und wird finanziell durch die Landeshauptstadt Kiel und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein gefördert. Das Ziel wird in einem Zitat der Homepage deutlich: „Wir wollen Sie und Ihre Angehörige auf Ihren weiteren Lebensweg begleiten und mit Ihnen gemeinsam verschiedene Alltagshilfen einsetzen und (weiter-)entwickeln, um die Folgen der Krankheit zu mildern.“⁵

Die Begleitung und Beratung für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen erfolgt durch Telefonsprechstunden, Hausbesuche, persönliche Einzel- und Familiengespräche und spezielle (Pflege-) Kurse. Hinzu kommt eine „Hilfe beim Helfen“ durch die Beratung für ehrenamtlich und hauptamtlich Tätige. Die Beratungsstelle arbeitet eng mit der Alzheimer Gesellschaft Kiel e.V. zusammen (Gesprächskreise für pflegende Angehörige, Betreuungsgruppen, Vorträge und Seminare zu speziellen Aspekten der Demenz, Café Vergiß-mein-nicht, WOPA = Wohnanpassung und Wohnberatung).

Wohnraumberatung durch die „WOPA“

Eine über das Case-Management hinaus gehende Beratung zur Wohnraumanpassung wurde in Einzelfällen durch die Einbindung der „WOPA“, einer Initiative der Kieler Alzheimer Gesellschaft ergänzt. Dies war von Bedeutung, wenn damit ein Kontakt zur Selbsthilfegruppe hergestellt werden konnte.

Hausärzte und Fachärzte

Die niedergelassenen Ärzte wurden über die Ärztekammer informiert, die Kontakte zu dem Hausarzt erfolgten zumeist in Arbeitsteilung mit dem Pflegedienst.

Steuerungsgruppe des Projektes Nordlicht

Die Steuerungsgruppe hat das Projekt kontinuierlich begleitet und vielfältige Anregungen bezüglich der konkreten Projektausgestaltung gegeben. Je nach Organisationszugehörigkeit wurden unterschiedliche, sich ergänzende Interessen in der Steuerungsgruppe deutlich.

Neben den Projektmitarbeitern wurden Akteure aus folgenden Bereichen als Kernsteuerungsgruppe beteiligt:

⁵ Beratungsstelle Demenz und Pflege, Informationen aus der homepage (<http://www.awo-Kiel.de/typo3/index.php?id=beratung>)

Mitglieder des Kieler Pflegeverbundes: Für den KPV stand die Entwicklung eines handhabbaren Instrumentes im Vordergrund, mit dem auch Aussagen über die Strukturen der nicht-professionellen Pflege gemacht werden können. Erklärtes gemeinsames Ziel war es auch, Versorgungsbrüche zu identifizieren, um die ambulante Pflege gezielt weiterentwickeln zu können.

Sozialministerium: Das Land hatte sich beratend an dem Projektantrag beteiligt, um Erfahrungen zu Versorgungsbrüchen und Vernetzungsmöglichkeiten exemplarisch für das Land anhand der Kieler Strukturen sammeln zu können.

Kliniken und Pflegekassen (AOK, IKK, VDAK / VDEK): Die Vertreter äußerten großes Interesse an der Begleitung des Projektes, da von den Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt immer wieder der Wunsch nach häuslicher Versorgung genannt werde, aber kein verbindliches Verfahren dieser Begleitung in die eigene Häuslichkeit vorliegt.

Die **Stadt Kiel** interessierte sich in ihrem Auftrag zur Daseinsvorsorge für die Erfahrungen des Projektes und beteiligt sich an der Steuerung. Ein wesentlicher Beitrag lag in der gemeinsamen Erarbeitung einer Vereinbarung für Hilfeplankonferenzen.

Weitere strategische Partner wurden kontinuierlich in die Steuerungsgruppe einbezogen:

- Hausärzte: Als Ansprechpartner für die Steuerungsgruppe wurde der Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin benannt, der die Ausbildung für Allgemeinmediziner in den Lehrpraxen koordiniert und somit einen direkten Zugang zu den Praxen hat. In einem Vortrag in der Steuerungsgruppe formulierte er die Schwierigkeiten an den Schnittstellen zu den Hausärzten.
- Als Vertreter der Fachärzte wurde der Sprecher der niedergelassenen Nervenärzte angesprochen, der in seinen Statements auf die Schwierigkeiten in der Versorgung hinwies.
- Die Beratungsstelle „Demenz und Pflege“ übernahm die Perspektive der Angehörigen Demenzkranker und legte den Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit in der operativen Ebene.
- Der MDK wurde unter der Perspektive einer Optimierung von Hilfeplankonferenzen durch zeitnahe Begutachtungen einbezogen.
- Der Seniorenbeirat beteiligte sich zu Beginn des Projektes an den Sitzungen.

In der Steuerungsgruppe

- wurde fortlaufend zu konzeptionellen Anpassung des Projektes und des wissenschaftlichen Designs berichtet,
- Schwierigkeiten wurden angesprochen und Strategien zur Erhöhung der Fallzahlen diskutiert
- Ergebnisse der Meilensteine wurden vorgestellt
- Erfahrungen und Trends aus Projekt wurden berichtet und reflektiert.

Netzwerkarbeit durch Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit spielte für den Projektauftrag eine nachrangige Rolle. Eine Strategie zur Erhöhung der Fallgruppenzahl war die Erstellung eines Flyers (siehe Anlage Flyer Nordlicht) und eine gemeinsame Presseerklärung mit den kooperierenden Kliniken. In dem Zeitungsartikel vom 6.12.2008 wurde die Pressemitteilung nicht berücksichtigt. Dies führte zu kurzfristigen Verstimmungen mit den Kliniken, zumal die regionale Zeitung anhand eines Einzelfalles (in einem weiteren Artikel unabhängig von dem Projekt) auf die schlechte Überleitungsqualität der Kliniken aufmerksam machte. Zwei

Fernsehbeiträge kamen nicht zustande, da sich angefragte Nordlicht-Teilnehmer nicht zu einer Dreherlaubnis entscheiden konnten. Eine Fachtagung wurde vor Abschluss der Ergebnisse und der Endberichte nicht vorgesehen.

2. Umsetzung im Projekt: Was haben wir getan?

Methoden und Instrumente

Methoden und Instrumente der Netzwerkgestaltung

Das Modellprojekt konnte an eine langjährige Zusammenarbeit in unterschiedlichen Gremien anknüpfen: Von Bedeutung war die „Interessengemeinschaft Entlassungsmanagement“, in der über den Stand der Projektidee am Rande der Sitzungen informiert wurde. In der Planungsphase entwickelte sich so Interesse und Identifikation für eine gemeinsame Sache.

In der Projektphase wurden folgende Instrumente gewählt:

- Formelle Kooperationen mit den direkten Kooperationspartnern (Kliniken und ambulante Dienste des KPV), Einbeziehung in die Steuerungsgruppe, Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter in den Kliniken
- Hospitation der Case-Managerin in den Kliniken, den ambulanten Diensten und in den Beratungsstellen
- Vor-Ort-Informationen bei den indirekten Kooperationspartnern
- Projektinformation in den Kieler Gremien (Pflegekonzferenz, Sozialausschuss, Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie und Arbeitskreis Dezentrale Psychiatrie)
- Diskussion der Bedenken anderer Kieler Träger in der Plegekonzferenz
- Abschluss einer Vereinbarung zu Hilfeplankonferenzen für Teilnehmer, für die zusätzliche SGB XII-Leistungen notwendig waren
- Auftakt im Rahmen eines Fachabends „Kiel bleibt gesund“ unter dem Schwerpunktthema Case-Management in den Kliniken und Vorstellung des Projektes in der Fachöffentlichkeit, Abstimmung einer gemeinsamen Presseerklärung mit den beteiligten Kliniken
- Beteiligung der zentralen Multiplikatoren an der Entwicklung der Instrumente (Case-Finding, Assessment, Case-Managementverfahren) in Expertenworkshops: Dieser Beitrag wurde mit Projektmitteln auf Grundlage von Zielvereinbarungen honoriert, sodass das zusätzliche Engagement nicht ausschließlich ehrenamtlich geleistet werden musste.
- Gespräche mit den beteiligten Akteuren aus den Kliniken zur Erhöhung der Teilnehmer in der Fallgruppe und in den Kontrollgruppen

Eine zentrale Bedeutung hatte während der Fallgruppenphase die fallbezogene Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen und den ehrenamtlichen Initiativen und Akteuren des bürgerschaftlichen Engagements z.B. in Kirchengemeinden.

Methoden / Instrumente im Rahmen der Umsetzung des Case-Managements

Definition „Case-Management im Projekt Nordlicht“

Case-Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem pflegerischen und gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.⁶

Das Case-Management war auf den komplexen Einzelfall innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens ausgerichtet. Im Fokus des Projektes befanden sich Patienten mit hohem Risiko oder chronischen Erkrankungen, bei denen auf Grund einer Sturzverletzung, eines Schlaganfalls oder einer Multimorbidität mit Demenz oder psychischen Erkrankungen eine Krankenhausbehandlung erforderlich wurde.

Im Mittelpunkt standen die Sicherung der Behandlungskontinuität und die Übernahme der anwaltschaftlichen Funktion. Beratung und Unterstützung der Teilnehmer in Hinblick auf behördliche und leistungsrechtliche Ansprüche wurden durch eine neutrale Vermittlungsrolle wahrgenommen. Das Case-Management stellte die bereichsübergreifende Koordination der Patientenversorgung von der Klinik und/oder der Rehabilitationseinrichtung in die Häuslichkeit sicher.

Durch Einsatz von Assessmentinstrumenten sowie intensiver Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen, den behandelnden Ärzten, Pflegern, dem Sozialdienst und den poststationären Einrichtungen für Pflege oder Rehabilitation erfolgte die Ermittlung des aktuellen und die Abschätzung des künftigen Pflegebedarfes. Darüber hinaus wurden ergänzende Maßnahmen, wie Hilfsmittelabklärung, Wohnraumanpassung, ergänzende Unterstützung zur Bewältigung des Alltags sowie Kurse für pflegende Angehörige eingeleitet. Das Case-Management bezog in seine bedarfsorientierten Planungen immer die Angehörigen/das soziale Umfeld und das bürgerschaftliche Engagement mit ein.⁷

Das Case-Management wurde damit zum Unterstützungsmanagement und ermöglichte es, unter komplexen Bedingungen mit Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Die systemische und ökosoziale Perspektive sollte dabei grundlegend berücksichtigt werden, um ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten. Voraussetzung war, dass es am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet wurde und die betroffene Person konkret beteiligt war.⁸ Das Projekt Nordlicht knüpfte an den Expertenstandard Entlassungsmanagement an und zeigte dabei eine weitergehende Perspektive hinsichtlich der Entwicklung regionaler Kooperationsstrukturen auf.

⁶ vgl. Schwaiberg (2005) S. 17, zitiert nach Wendt (2001).

⁷ vgl. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (2003), S. 36.

⁸ vgl. (<http://dgcc.de/wasistcm.html>)

Der Expertenstandard benennt Kriterien zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und kontinuierlichen Versorgung. „Im Wesentlichen beinhaltet er folgende sechs Elemente:

1. Assessment zur Ermittlung des voraussichtlich qualitativen und quantitativen Versorgungsbedarfs zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes und bei Veränderung im Krankheitsverlauf
2. Individuelle Entlassungsplanung die aus den Handlungserfordernissen hervorgeht
3. Beratung und Schulung der Angehörigen
4. Koordination des Entlassungsprozesses – Abstimmung des Entlassungstermins und der Hilfebedarfe, Sicherstellung der Finanzierung, Kontaktaufnahme und Weiterleitung relevanter Informationen zu weiter betreuenden Einrichtungen und Ärzten sowie Organisation der Heil- und Pflegehilfsmittel
5. Zielüberprüfung der Entlassungsplanung und bei Bedarf Modifikation – Umsetzung der Entlassung
6. Evaluation der Umsetzung nach der Entlassung des Patienten.“⁹

Damit hatte das Case-Management im Projekt zwei Schwerpunkte: Die Fallsteuerung und Begleitung des Pflegebedürftigen und die Gestaltung der Netzwerke an den Schnittstellen der Hilfesysteme.

Hospitationen als Grundlage für das Case-Management

Um die Gestaltung der Netzwerke effektiv und effizient gestalten zu können, wurde im Projekt Nordlicht zu Beginn der Arbeit der Case Managerin eine umfassende Hospitation in den beteiligten ambulanten Diensten und den kooperierenden Krankenhäusern vereinbart. Die Hospitation der Case-Managerin in den ambulanten Diensten des KPV und Kliniken vermittelte einen Eindruck in die Arbeitsweise, Struktur und Organisation der Dienste, Kliniken und Beratungsstellen. Im Vorfeld wurden Schweigepflichts- und Datenschutzerklärungen unterzeichnet.

Hospitation in den Kliniken

In den Kliniken standen Fragen zum Entlassungsmanagement, zum Informationsaustausch und zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Vordergrund. Der Case-Managerin wurden Einblicke in Strukturen und Abläufe gewährt und Fragen beantwortet und sie hatte die Möglichkeit des „Mitlaufens“. Im Anschluss fanden jeweils Nachgespräche mit den verantwortlichen Leitungen (Pflegedienstleitung, Pflegedirektorin oder dem Leiter des Sozialdienstes) statt.

Hospitation in den ambulanten Diensten des KPV

Die Case-Managerin führte in den ambulanten Pflegediensten leitfadengestützte Interviews durch und dokumentierte u.a.: Leistungsspektrum, Leitbild und Pflegemodell, Organisationsstruktur und Kundenorientierung, fachliche Schwerpunkte und Qualifikation der Mitarbeiter, Sprachkenntnisse, Einzugsgebiet und Erreichbarkeit sowie die Risikoerkennung und das Beschwerdemanagement. Weiterhin wurden Pflegeplanung und Dokumentation gesichtet und Mitarbeiter in der Pflege begleitet.

⁹ Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (2004), S. 38 – 39.

Um später eine Zuordnung des Pflegekunden in den für ihn optimalen Dienst zu sichern, wurden Leistungen und Preise, Kooperationspartner wie Sanitätshäuser, oder Wundtherapeuten und die Pflegeorganisation erfasst. Die Ergebnisse wurden an die Dienste mit der Bitte um Korrektur oder Ergänzung zurückgekoppelt und im KPV vorgestellt:

- Die Pflegedienste haben spezielle Schwerpunkte und qualifizieren ihre Mitarbeiter (z.B. Wundmanagement, MS-Pflege, Palliativ-Care, usw.).
- Die Pflegedienste haben ein umfangreiches Versorgungsangebot (SBG XI, SGB V, niedrigschwellige und ergänzende Leistungen). Sie leisten geplante nächtliche Versorgungen, zusätzliche nächtliche Einsätze werden zeitnah und qualifiziert durch die gemeinsame nächtliche Rufbereitschaft sichergestellt.
- Bis auf einen Dienst¹⁰ setzen sie Bezugspflege konsequent um, sie gehen unbürokratisch in Vorleistung, auch wenn Kosten möglicherweise nicht übernommen werden.
- Die Pflegedienste nutzen den Kieler Pflegeüberleitungsbogen und arbeiten mit einem Beschwerdemanagement

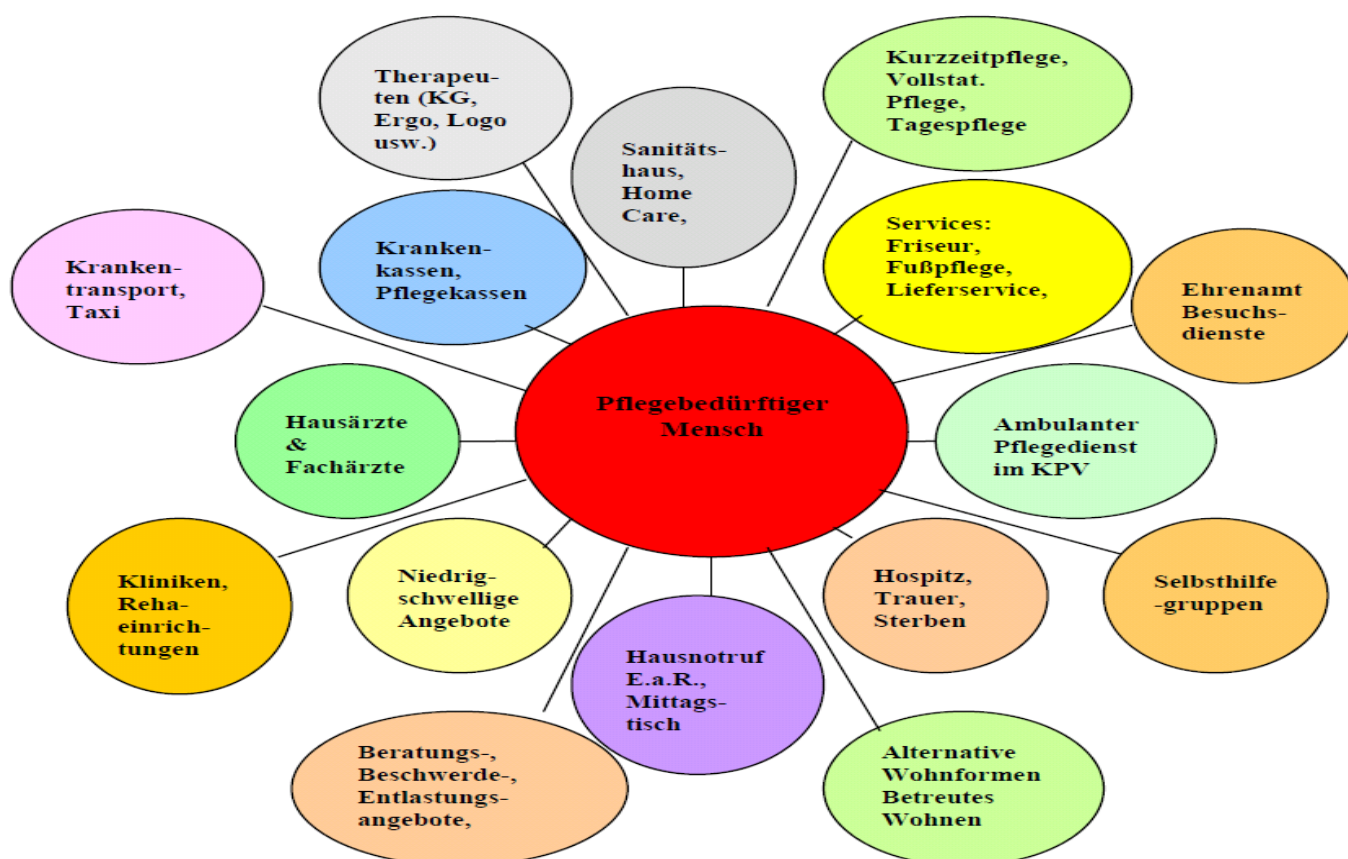
¹⁰ Ein Dienst hat seinen besonderen Schwerpunkt in der Betreuung von komplexen Fällen mit variablen Einsätzen rund um die Uhr. Damit ist die personelle Kontinuität nicht in dem Maß zu erfüllen, wie es die meisten Teilnehmer wünschten und wie es bei Demenzkranken besonders wichtig ist.

Erfassung der Angebote im Kieler Hilfenetz

Auf Grundlage der Hospitationen, fachlicher Gespräche und einer umfangreichen Recherche in Broschüren der Stadt, Informationsmaterial, Flyern und im Internet erstellte die Case-Managerin eine Excel-Tabelle zum Kieler Hilfenetz. Dieses Instrument sollte den umfassenden und schnellen Zugriff auf die passgenaue Hilfe für den Pflegebedürftigen und den Angehörigen sicherstellen. Dazu wurden die Datensätze, Tätigkeitsschwerpunkte und Adressen der Netzwerkpartner in 24 Tabellen zusammengetragen, ca. 600 Stichworte ermöglichten den schnellen Zugriff auf die entsprechende Tabelle.

Die Kontaktdaten dieser Angebote wurden jeweils mit Bemerkungen und Details ergänzt, sodass Erfahrungen aus dem Case-Managementprozess kontinuierlich berücksichtigt wurden. In den ambulanten und niedrigschwelligen Angeboten wurde der Schwerpunkt auf den KPV gelegt, andere Pflegedienste wurden nur berücksichtigt, wenn diese über die Angebote des KPV hinausgingen (z.B. weitere Demenztreuungsgruppen, Vermittlung freiberuflicher Seniorenbegleiter).

Abb. 1 Angebote im Kieler Hilfenetz



Case-Finding und Gestaltung der Schnittstelle zwischen Case-Management und Klinik

In den Expertenworkshops wurde ein idealtypisches Verfahren für den Case-Managementprozess entwickelt und im Folgenden für die einzelnen Phasen differenziert beschrieben. (Anlage Case-Managementverfahren)

Anpassung des Case-Managementverfahren an die Bedingungen der Krankenhäuser

Case-Finding

Das Case-Finding wurde in den Expertenworkshops zwischen den Sozialdiensten und der Wissenschaftlichen Begleitforschung abgestimmt. Dabei galt es zum Einen, die Zielgruppe sorgfältig zu definieren und die Anforderungen des Projektrahmens zu beachten. Zum Case-Finding wurde ein zweiseitiger Datenbogen entwickelt, auf dem die unterschiedlichen Kriterien zusammengefasst wurden


Projektteilnehmer/in konnten Patienten mit folgenden Kriterien werden:

- Vorliegen einer Pflegestufe, incl. der Eileinstufung in der Klinik
- Sturzverletzung, infolge einer Oberschenkelhalsfraktur oder eines Schädel-Hirntraumas
- Apoplex
- Eine „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ zumeist infolge einer Demenz oder Depression mit mindestens zwei Diagnosen bei Erkrankungen, siehe Abbildung 2.
- Perspektive einer ambulanten Pflege und
- der Bereitschaft zur Versorgung durch einen Dienst des KPV
- Pflegebedürftige aus Kieler Versorgungsbereich (nach Liste der Postleitzahlen)

Abb. 2 Definition von Multimorbidität

Demenz oder Depression, Patient/in leidet zusätzlich an mindestens zwei weiteren der folgenden Erkrankungen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: koronare Herz-Erkrankung, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz
- Gefäßerkrankungen: periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Skeletterkrankungen, degener.: Arthrose, rheumatische Erkrankung, Osteoporose, Gicht
- Stoffwechselerkrankungen: Diabetes mellitus, Hypothyreose
- Morbus Parkinson

 Weitere Erkrankungen können gegeben sein.

Gestaltung der Schnittstelle Krankenhaus und Case-Management

Das Verfahren für das Projekt Nordlicht wurde mit jeder Klinik explizit in einem Workshop abgestimmt. Exemplarisch wird hier das Verfahren im städtischen Krankenhaus Kiel dargestellt.

Abb. 3 Gestaltung der Schnittstelle

	Sozialdienst / Pflegeüberleitung	Case-Managerin
Case-Finding	<p>Der Sozialdienst übernimmt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuordnung anhand der Kriterien für die Zielgruppen & Postleitzahl • Befragung des Patienten, ob er/sie durch einen Dienst des KPV betreut werden möchte und zur Teilnahme am Projekt bereit ist • Wenn nein, Bitte an den Patienten, den Fragebogen an die wissenschaftliche Begleitung zurückzusenden (Kontrollgruppe) • Telefonische Information an die Case-Managerin: (Name, Station u.a.) • Die Informationen werden in einer „Nordlichtmappe“ im Fach des Sozialdienstes hinterlegt 	<p>Bei weitergehendem Informationsbedarf wird die Case-Managerin hinzugezogen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information zum Bundesmodellprojekt • Förderung der Motivation zur Teilnahme am Projekt <p>Sie übernimmt folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einholen der Einverständniserklärung der Patienten / des Betreuers für die Teilnahme an der Fallgruppe • Fragen zur Teilnahme an der Kontrollgruppe.
Informations-sammlung	<p>Der Informationsaustausch findet telefonisch statt.¹¹ Die Case-Managerin wird einzelfallbezogen einbezogen und übernimmt Bereiche der Informationssammlung.</p>	<p>Sie dokumentiert die Informationen in dem Assessment, sie führt Gespräche zu Therapeuten / Pflegekräften und kann in die Dokumentation Einsicht nehmen.</p>
Beratung	<p>Die Beratung findet arbeitsteilig statt. Der Sozialdienst delegiert Aufgaben an die Case-Managerin. Eine Information & Rückmeldung erfolgt telefonisch oder vor Ort.</p>	
Hilfeplanung	<p>Die Hilfeplanung findet arbeitsteilig statt und wird telefonisch abgestimmt. (s.o.) Eine Hilfeplankonferenz wird durch Case-Managerin eingeleitet, der Sozialdienst wird bei Bedarf hinzugezogen (z.B. bei „Wiederkehrern“).</p>	
Koordination & Durchführung	<p>Die Arbeitsteilung im Einzelfall findet auch bei der Steuerung des Entlassungsprozesses statt: Voranfrage an den Pflegedienst, Anträge, Bestellung von Hilfsmitteln, Verordnungen, Vermittlung von Dienstleistungen und Hilfen usw. Die Ergebnisse aus der Teambesprechung werden mitgeteilt. (z.B. Ziele und Maßnahmen der Therapeuten)</p>	<p>Die Case-Managerin übernimmt Aufgaben nach Absprache und dokumentiert die Ergebnisse in dem Assessment-Instrument.</p> <p>Sie hält den Kontakt in der Versorgungskette (Rehaklinik / KZP).</p>
Kontrolle/Operativierung	<p>Die Überprüfung der Entlassungsplanung wird ca. 24 Stunden vor Entlassung auf kurzem Wege abgestimmt. (Information telefonisch / Mailbox)</p>	
Evaluation	<p>Der Sozialdienst hat Interesse an der systematischen Rückmeldung zu den Verläufen, zur Validierung der eigenen Arbeit.</p>	<p>Die Case-Managerin übernimmt und dokumentiert die Begleitung im Verlauf (4 Tage, 4 Wochen, 4 Monate und bei Bedarf). Als abschließende Information erhält der Sozialdienst zunächst den Pflegeplan an den ambulanten Dienst und eine Rückmeldung zu den Fällen.</p>

¹¹ Zunächst war geplant, das Assessment-Instrument zur Steuerung des Informationsflusses zu nutzen, dies wurde jedoch nicht umgesetzt.

Im UKSH wurde das abgestimmte Verfahren in der 1. Medizin umgesetzt, in anderen Kliniken erfolgte nach den Gesprächen zur Erhöhung der Fallgruppenzahl eine Meldung von pflegebedürftigen Menschen, die in die Kurzzeitpflege verlegt wurden, das differenzierte Case-Finding übernahm die Case-Managerin.

Im Clinicum Lubinus, wurde Verfahren der Pretestphase im weiteren Verlauf fortgeführt: Im Case-Finding wurden Zettel potenzieller Patienten für die Case-Managerin gesammelt. Dies funktionierte nicht immer reibungslos, manchmal waren die Patienten schon entlassen, so dass die Case-Managerin wöchentlich auf jeder Station nach Patienten für das Projekt fragte, dies verbesserte zwar den Bekanntheitsgrad des Projektes, führte aber zu keiner wesentlichen Erhöhung der Patientenzahl.

Gestaltung der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

Die Aufgabenklärung und Definition der Rollen und Verantwortlichkeiten des Case-Managements und der Pflegedienste wurden an Hand eines schematisierten Verfahrensablaufs mit Leitungen ambulanter Pflegedienste, der wissenschaftliche Begleitung und der Case-Managerin geklärt. (Siehe Anlage Schnittstelle zur Ambulanten Versorgung)

Zusätzliche wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

- Die Pflegeplanung der Case-Managerin wird als verbindliche Arbeitsgrundlage angesehen. Die Pflegedienste akzeptieren die Absprachen mit den Klient/innen und sozialem Netz als begründete und angemessene Maßnahme.
- Insbesondere in prekären Pflegesituationen und wenn die Betroffenen notwendiger externer Hilfe mit Skepsis gegenüberstehen, werden die erzielten Vereinbarungen als Ausgangspunkt für den weiteren Abstimmungsbedarf zugrundegelegt.
- Änderungen in der Planung werden der Case-Managerin mitgeteilt, bei Bedarf wird die Case-Managerin in weitere Gespräche mit den Klient/innen und dem sozialen Netz eingebunden.
- Anforderung und Abholung von Rezepten und Verordnungen aus Arztpraxen ist grundsätzlich Aufgabe der Pflegedienste, die Verantwortlichkeiten sind dem „Übergabeprotokoll“ zu entnehmen.“

Hilfepankonferenz als Instrument der Schnittstelle zur häuslichen Versorgung

Im Modellprojekt Nordlicht bestand die Möglichkeit, in Hilfepankonferenzen unter Einbeziehung aller Beteiligten, des Case-Managements, der beteiligten Kranken- und Pflegekassen und des Amtes für Familie und Soziales möglichst mit den betroffenen älteren Menschen gemeinsam Möglichkeiten zu erörtern, die erforderlichen Hilfen am Wohnort in der individuell erforderlichen Qualität und Quantität abzustimmen. Die Vereinbarung orientierte sich an der Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses zur Reform der Pflegeversicherung. (Siehe Anlage Hilfepankonferenz)

Instrumente des Monitoring und der Selbstevaluation durch die Case-Managerin

Fallbesprechungen: Systematische Begleitung in den Case-Managementprozessen

Während der Fallgruppenphase wurde die Case-Managerin kontinuierlich in Fallbesprechungen durch den Projektleiter in seiner Funktion als Diplompsychologe und Supervisor begleitet. Neben der kontinuierlichen Reflektion der eigenen Rolle im Case-Management-Prozess stand insbesondere eine Analyse der vorhandenen Verlaufsdaten der Projektteilnehmer im Mittelpunkt der Fallbesprechungen.

Unterstützung in der Rollenübernahme

Unter einem supervisionsorientierten Ansatz wurde zum Einen der Case-Managementprozess in den Kliniken und ambulanten Diensten reflektiert und Schwierigkeiten und Konflikte lösungsorientiert aufgearbeitet. Zum anderen erfolgte eine fallbezogene Unterstützung in der Beratungsstrategie für die privaten Hilfesysteme und eine Abstimmung der Interventionen zur Stabilisierung dieser Netzwerke. Ein Aspekt war die Formulierung von Hypothesen zu den erlebten Verhaltensweisen und Haltungen unter dem Gesichtspunkt von Funktionen und Wirkungen auf das System.

Systematische Dokumentation der Verläufe

Die einzelnen Verläufe wurden dokumentiert und die komplexen Informationen zu den Hilfesystemen auf folgende Teilbereiche reduziert:

- **Informationen zum Projektteilnehmer:** Alter, Geschlecht, Familienstand, Grund der Klinikaufnahme, Diagnosen, Pflegestufe, Einschätzung der Compliance, pflegerische und psychosoziale Risiken
- **Informationen zum Netzwerk:** Erfassung der relevanten Personen im privaten und professionellen Hilfesystem, Merkmale des Versorgungssystems (Qualität des Netzwerkes, Ressourcen und Schwierigkeiten)
- **Informationen zum professionellen Leistungsumfang:** Erfassung der Leistungen nach SGB V und SGB XI, Reduzierung von ambulanten Leistungen, Vermittlung weiterer Beratungsstellen u.a.
- **Informationen zum Verlauf:** Situation zum Entlassungszeitpunkt und zu Hausbesuchen nach vier Wochen und vier Monaten: Prioritäre Problembereiche, Missverständnisse oder Konflikte mit Pflegediensten, erneute Krankenhauseinweisungen, Besonderheiten im Pflegearrangement und Schwierigkeiten im Beratungsprozess, Hinweise auf mögliche Bruchstellen u.a.
- **Bewertung der Versorgungsverläufe am Ende der Fallgruppenphase:** Bei Teilnehmern, die in ein Heim gezogen oder verstorben waren, wurden die vermuteten Ursachen der Bruchstellen unter der Gesamtbetrachtung der Verläufe eingeschätzt. Für die übrigen Teilnehmer wurden potenzielle Bruchstellen unter der Fragestellung ermittelt: Welche Faktoren oder Veränderungen könnten zu einem Versorgungsbruch führen?

Vorgehen im Case-Management

Die erste „Beratungsphase“ begann mit dem Erstkontakt auf Empfehlung des Sozialdienstes: Im Vordergrund stand ein gegenseitiges Kennenlernen, der Vertrauensaufbau, die wertschätzende Sammlung von Informationen und die Analyse der Daten aus der Pflegedokumentation in der Klinik. Gemeinsam wurden die Rahmenziele und die wichtigsten Handlungsziele formuliert und notwendige Maßnahmen angesprochen, dies schloss eine erste Beratung z.B. zur Pflegestufe und ambulanten Pflegeleistungen ein.

Dieser Erstkontakt war zeitlich und inhaltlich umfangreich und fand in der Regel wenige Tage vor Entlassung in der Klinik statt. Da bei Entlassung mindestens ein Pflegedienst und Hilfsmittel organisiert sein müssen, ließ sich die Komplexität des Erstkontaktes kaum reduzieren. Die Aufgaben wurden in enger Abstimmung mit dem Sozialdienst arbeitsteilig bearbeitet.

Wurden pflegebedürftigen Menschen nach der Klinik in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung verlegt, gab es weniger zeitliche Grenzen: Der Erstkontakt beschränkte sich auf das gegenseitige Kennenlernen, die Informationsaufnahme und die erste Zielvereinbarung. Der zweite Besuch fand in der Kurzzeitpflege statt. In diesem Kontakt wurde das Hauptziel, in der Regel die Reintegration in der Häuslichkeit, systematisch überprüft und konkrete Handlungsziele vereinbart, an denen der Teilnehmer selbst aber auch die Pflegekräften oder Therapeuten in der Kurzzeitpflege arbeiteten. Auf dieser Grundlage fand die weitere Beratung und Planung der Maßnahmen statt.

Die Besuche vor Ort wurden mit Gesprächen und Telefonaten mit den Angehörigen ergänzt und es wird besprochen, ob zusätzlich ein ambulanter Dienst notwendig war und welchen Dienst der Teilnehmer präferierte.

In Anlehnung an den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, der von follow-ups per Telefonkontakt oder Hausbesuch nach 24 bis 48 Stunden und 4 bis 8 Wochen spricht, gab es folgende Evaluationszyklen durch die Case-Managerin:

Telefonischer Kontakt: 4 Tage nach der Entlassung

Vier Tage nach der Überleitung in der Häuslichkeit fand mindestens eine telefonische Nachfrage bei dem Pflegedienst statt. Bei Teilnehmern, bei denen schon der Erstkontakt relativ reibungslos verlief, Ziele und Maßnahmen unproblematisch vereinbart werden konnten, das vorhandene Hilfenetz stabil erschien, war ein Telefonat zur Einschätzung der Versorgungssituation in der Regel ausreichend.

Bei Projektteilnehmern bei denen die Case-Managerin im Erstgespräch Konflikte zwischen pflegebedürftigen Klienten und pflegenden Angehörigen feststellte, Überforderungen sichtbar wurden oder Verständnisprobleme auftauchten, war innerhalb der ersten Woche ein Hausbesuch erforderlich. In diesem Besuch ging es häufig um praktische Hilfen, wie das gemeinsame Ausfüllen des Antrag auf eine Pflegestufe, die Organisation von Pflegehilfsmitteln, Wohnraumberatung, pflegeerleichternde Maßnahmen und Techniken sowie eine weitergehende Beratung zu sozialrechtlichen Fragen, Pflegeversicherung, MDK-Begutachtung, Antragstellungen z.B. Behindertenausweis, Rezeptgebührenbefreiung usw. sowie Vermittlung/ Empfehlung von Beratungsstellen, Ämtern, Essen auf Rädern usw..

Pflegevisite 14 Tage nach Entlassung

Im Verfahren wurde eine Pflegevisite durch den Pflegedienst ca. 14 Tage nach Entlassung vereinbart. In der Praxis wurden diese Visiten anlassbezogen durchgeführt, häufig noch von der 14-Tage-Frist, da z.B. Angehörige oder Pflegekunden die Leistungen neu abstimmen wollten.

Hausbesuch nach 4 Wochen

Der geplante Hausbesuch fand in der Regel 4-6 Wochen nach Entlassung statt. Bei Teilnehmern mit einem erhöhten Beratungsbedarf gab es in der Zwischenzeit Telefonate oder Gespräche vor Ort, insbesondere dann, wenn die Angehörigen eine Heimeinweisung präferierten.

Wichtiges Kriterium dieses Hausbesuches war die Überprüfung der Ziele und Maßnahmen, die Identifikation von weiteren Risiken oder möglichen Versorgungsbrüchen sowie die Planung weiterer Schritte.

Priorität hatte das Pflegearrangement, im Fokus standen die Fragen, wie:

- Ist das häusliche System ausreichend stabil?
- Sind alle Probleme, Konflikte und Risiken erkannt und wurde zu ihnen beraten?
 - Wird im 4-Wochenzeitraum deutlich, dass der Anstoß an die ökosoziale Selbstregulation des Systems ausreichend war?
 - Wird die Belastungssituation der Angehörigen deutlich, sodass die Akzeptanz professioneller Hilfen erhöht werden kann? (z.B. Tagespflege, Beratungsstelle Demenz und Pflege, Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz, ehrenamtliche Hilfen)
 - Müssen das Netzwerk ausgeweitet, übertragene Aufgaben anders verteilt und neue Ziele und Maßnahmen verabredet werden?
- Sind geplante Maßnahmen sinnvoll oder wurden sie bereits verändert, ob und warum wurden Pflegeleistungen reduziert?
 - Hat sich die Mobilität der Pflegebedürftigen so verbessert, dass eine Reduktion von Pflegeleistungen in Erwägung gezogen werden kann?
 - Sind klärende Gespräche gemeinsam mit dem Pflegedienst notwendig, weil notwendige Leistungen abgewählt wurden?
 - Ist eine Vereinbarung erforderlich, dass grundsätzlich die Case-Managerin einbezogen wird, wenn der Umfang des Hilfeplans verändert werden soll?

Der 4-Wochen-Besuch wurde in einem Interviewleitfaden systematisch evaluiert.

Hausbesuch nach 4 Monaten

Der letzte geplante Hausbesuch fokussierte die Stabilität des Hilfesystems und die Situation des Teilnehmers bezüglich der Pflege in einer abschließenden Beratung, häufige Fragen waren z.B.:

- Welche Erfolge bestehen in der Umsetzung der vereinbarten Ziele?
- Wo sind Anpassungen notwendig und gibt es eine höhere Bereitschaft, Änderungen zuzulassen?
- Welche Empfehlungen sind notwendig, wenn Angehörige trotz ihrer Überforderung die Situation nicht ernsthaft ändern wollen?

Der 4-Monats-Besuch wurde in einem Interviewleitfaden systematisch evaluiert.

Entwicklung des Assessment-Instrumentes und Monitoring (CAU)

Die Entwicklung des Assessment-Instrumentes, inklusive einer Synopse geriatrischer Instrumente, wird in der Anlage dokumentiert. (Siehe Anlage der CAU, Entwicklung des Assessment-Instrumentes)

3. Umsetzung im Projekt: Was haben wir erreicht?

Ergebnisse der Netzwerkgestaltung: Probleme und Erfolge

Zusammenarbeit mit dem KPV

Das Verfahren an der Schnittstelle Case-Managerin - Ambulante Dienste wurde mit den Pflegedienstleistungen in mehreren Sitzungen überprüft und modifiziert und in Schulungen praxisnah vermittelt. Ziel war die systematische Berücksichtigung der Informationen aus dem Assessment in der Pflegedokumentation und Pflegeplanung.

Die Mitarbeiter der Dienste nahmen an folgenden projektbezogenen Fortbildungen teil:

- Schulung Case-Management
- Multiplikatoren-schulung für das Projekt
- Schulung zu den Krankheitsbildern Apoplex, Sturzverletzung, Multimorbidität und eingeschränkte Alltagskompetenz (als Beispiel: Anlage Skript Demenz Multimorbidität)
- Fallbezogene Schulung zur Umsetzung des Case-Managementprozesses (als Beispiel: Anlage Präsentation Fallbezogene Schulung)

Ein weiterer Beitrag war die Berücksichtigung der umfangreichen Daten aus dem Assessment-Instrument im Pflegealltag und projektspezifische Aufträge zur Steuerung im Hilfenetz.

Hinzu kam die Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit der Wissenschaftlichen Begleitforschung für 30 Teilnehmer, zur

- Bewertung der Qualität der Informationen im Assessment
- Einschätzung der Übertragbarkeit auf die Pflegeplanung durch die Bezugspflegekräfte

Im Rahmen des Projektes wurden Qualitätskriterien zur Umsetzung der vereinbarten Pflegeziele entwickelt und Vorschläge zur Anpassung und Weiterentwicklung des Leistungsspektrums für die Bedarfe der Zielgruppe in Expertenworkshops erarbeitet. Im KPV wurde diesbezüglich das weitere Vorgehen nach Projektende abgestimmt.

Für den Case-Managementprozess wurde zum internen Controlling ein Verfahren eingeführt, in dem die Arbeitsaufträge und der aktuelle Stand in Bezug auf die Risiken an den Untersuchungszeitpunkten 4 Wochen und 4 Monate systematisch durch die Case-Managerin eingeschätzt und an den Dienst zurückgemeldet wurden. Diese Daten wurden in die Datenbank eingepflegt und von der Wissenschaftliche Begleitforschung aufgearbeitet.

Nordlicht war ein ständiger Tagesordnungspunkt in den Mitgliederversammlungen, so gab es Diskussionsbedarf z.B. zu folgenden Punkten:

- Die unzureichende Information in der Stagnationsphase hatte den Eindruck fehlender Transparenz hinterlassen.
- Angesichts der geringen Fallzahlen konnte nicht in allen Pflegediensten die erforderliche Routine für den Case-Managementprozess entwickelt werden. Einige engagierte Dienste im KPV waren enttäuscht, weil sie weniger Kunden über das Projekt erhalten hatten, als erwartet.
- In zwei Einzelfällen konnten strukturelle Probleme durch das Case-Management nicht gelöst werden. Dies hatte zu Unzufriedenheit geführt und wurde exemplarisch aufgearbeitet.

Im Projekt gab es zwei grundlegende Schwierigkeiten

Infolge der geringen Fallzahl und der zusätzlichen Arbeitsbelastung in den Diensten war es nicht möglich, die Motivation auf einem einheitlich hohen Niveau zu halten. Die Idee eines Newsletters wurde nicht umgesetzt, da die Ergebnisse und Eindrücke aus den Verläufen erst zum Ende des Projektes aufgearbeitet werden konnten.

Das Projekt wurde teilweise als Mehrbelastung der Dienste wahrgenommen und war damit auf die intrinsische Motivation der Multiplikatoren angewiesen. Diese ist an Personen gebunden und abhängig von Faktoren wie Krankheit, Kinderzeit und Kündigung bzw. Wechsel des Arbeitsplatzes, sodass Kompensationen durch die Projektmitarbeiter und die trägerinterne Unterstützung notwendig wurden.

Zusammenarbeit mit den Kliniken

Der Projekterfolg war in hohem Maße vom Gelingen der Kooperation mit den Kieler Kliniken abhängig. Auch wenn die Fallzahlen bei Beginn des Projektes höher eingeschätzt wurden, kann abschließend eine erfolgreiche Zusammenarbeit festgestellt werden.

Die Kliniken sind Mitbewerber in einer Zeit, in denen die Krankenhäuser durch Gesundheitsreformen und die Umstellung auf DRG's unter verstärktem Wettbewerbsdruck stehen. Alle Kliniken sprechen die für das Projekt relevante Zielgruppe an. Dies wird in der Tabelle mit den Fallzahlen aus den Qualitätsberichten 2006 veranschaulicht: Die drei Kliniken operieren in unterschiedlichem Umfang Hüft-Endoprothesen und hüftnahe Femurfrakturen, zumeist sind dies für das Projekt bedeutsame „Oberschenkel-Halsbrüche“.

	UKSH	Clinicum Lubinus	Städt. Krankenhaus
Hüftgelenknahe Femurfrakturen	160 ¹²	209 ¹³	151 ¹⁴
Gelenkendoprothese am Hüftgelenk, OPS 5-820	92 ¹⁵	1058 ¹⁶	94 ¹⁷

Tab. 1: Hüft-Endoprothesen und hüftnahe Femurfrakturen in den beteiligten Kliniken

Das Städtische Krankenhaus Kiel

In der tatsächlichen Zuweisung der Patienten zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen der Geriatrie im städtischen Krankenhaus und den Akutkliniken. Auch die Akutstationen dieser Klinik leiteten die Patienten nicht direkt in das Projekt, es wurde grundsätzlich in die Geriatrie verlegt.

Die Motivation an dem Projekt führte der Chefarzt der Geriatrie Thomas Jaeger aus: „Gerade bei Menschen mit einer Demenz wissen wir nicht, ob unser Rehabilitationskonzept auch wirklich in der Kurzzeitpflege oder in der Häuslichkeit aufgegriffen wird. Durch die enge Abstimmung mit der ambulanten Pflege sichern wir unsere Behandlung und senken wir das Risiko einer erneuten Krankenhauseinweisung.“¹⁸

Das UKSH

Die Zusammenarbeit mit dem Projekt brachte der Leiter des Sozialdienstes im Universitätsklinikum Kiel, Stefan Dettmers auf folgenden Punkt: „Nordlicht knüpft da an, wo wir aufhören müssen, durch das Case Management wird unsere soziale Arbeit und Pflegeüberleitung in der ambulanten Pflege ergänzt. Ein Pflegeheim im Anschluss an das Krankenhaus werden wir nicht immer verhindern können, aber die Entscheidungswege werden klarer.“¹⁹

Allerdings stagnierte die Zuweisung der Teilnehmer insbesondere zu Beginn der Fallgruppenphase und in den Urlaubszeiten. Eine Rolle spielten auch interne Umstrukturierungen, die Zusammenfassung der Kliniken in Zentren und der Aufbau des Sozialdienstes als klinikübergreifende Abteilung. Zudem standen nur die Patienten in den Fokus des Projektes, bei denen die Überleitung durch Ärzte oder Pflegekräfte an den Sozialdienst übertragen wurde.

¹² S. 72, der Bericht weist auf der Seite 184; 96 hüftgelenknahe Femurfrakturen werden in der vergleichenden Qualitätssicherung ausgewiesen.

¹³ S. 21, alle Femurfrakturen (ICD: S72)

¹⁴ S. 105 Angabe der Fallzahl im Rahmen der Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

¹⁵ S. 79

¹⁶ S. 23

¹⁷ Qualitätsbericht 2006, S. 45

¹⁸ Zitat aus der gemeinsamen Pressemitteilung 2008

¹⁹ Zitat aus der gemeinsamen Pressemitteilung 2008

Aufgrund einer internen Analyse der Abteilung wurden weitere Punkte benannt:

- Das UKSH hat in seiner Rolle als Maximalversorger in größerem Umfang Patienten, die nicht aus dem Einzugsgebiet für das Projekt Nordlicht kommen.
- Die Patienten werden aus dem UKSH häufig in Reha-Kliniken verlegt und nicht direkt in die eigene Häuslichkeit. Die Begleitung durch den Sozialdienst endet in der Regel bei der Überleitung in die RehaMaßnahme.
- Die Pflegestufen und die Diagnosen Demenz und Depressionen werden z.T. nicht standardmäßig gescreent – die Fallgruppe ist deshalb nicht automatisch erkennbar.
- Das UKSH ist eine Ausbildungsstätte für medizinische Berufe und hat damit eine hohe strukturelle Fluktuation. Folge sind wechselnde Ansprechpartner für den Sozialdienst und eine erschwerte kontinuierliche Informationsweitergabe.
- Die Veränderungen in den Verweildauern erschweren eine systematische Begleitung der Patienten. Notwendige Gespräche für das Projekt können in den kurzen Zeitspannen häufig nicht geführt werden.
- Die konkrete Zusammenarbeit gestaltete sich bei den erfolgten Überleitungen positiv, aber arbeitsintensiv.

Die Wirkung der Gespräche zwischen Projekt und Klinik zeigte sich an der Zunahme der potenziellen Projektteilnehmer in der zweiten Jahreshälfte, insgesamt wurden bis zum Jahresende (2008) 35 Personen aus dem UKSH gemeldet. Nicht alle konnten sich zur Teilnahme in der Fallgruppe entscheiden. Für 20 Personen aus diesem Kreis wurden dafür folgende Ursachen ermittelt:

- Die Patienten wurden überwiegend kurzfristig in eine weitere Einrichtung verlegt, sodass in der Klinik Kontakt mit der Case-Managerin nicht hergestellt werden konnte: 13 Personen in eine Kurzzeitpflege und fünf in eine Rehaklinik
- Bei jedem dritten potenziellen Teilnehmer wurde vor einem Informationsgespräch mit der Case-Managerin die Entscheidung für die stationäre Pflege getroffen (6 Personen = 30%)
- Die Hälfte der gemeldeten Patienten erfüllten nicht die Kriterien der Zielgruppe

Hohe Erwartungen gab es zunächst an die Zusammenarbeit mit der Portklinik des UKSH, das Städtisches Krankenhaus in Preetz. Nach Einschätzung aus dem DRG-Controlling würden dort viele Patienten aus der Zielgruppe „Multimorbidität und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ weiter versorgt. Aufgrund der Gespräche mit der Klinikleitung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement und Pflegeüberleitung erstellte die Klinik eine Analyse bei 546 Patienten (Zeitraum 1.1.2007 bis 1.9.2007) für die eine Pflegeüberleitung im Sinne des Expertenstandards stattfand: Lediglich 12% der pflegebedürftigen Patienten wurden ambulant weiter versorgt, von denen wiederum nur ein kleinerer, aber nicht erfasster Teil, aus dem Kieler Versorgungsbereich kam. Aus dem Krankenhaus selbst gehen 9% direkt in die stationäre Pflege, 40% in die Kurzzeitpflege und 39% in eine weiterführende Reha-Klinik. Aufgrund dieser Zahlen hat sich die Klinik nicht zu einer Teilnahme am Projekt entschieden.

Clinicum Lubinus

Aus Einschätzung der Pflegedienstleitung dieser privaten Klinik bestünde ein guter Anknüpfungspunkt zu dem eigenen Präventionsprogramm, in dem z.B. eine Case-Managerin der Klinik bei ehemaligen Sturzpatienten zur „Sturzvermeidung“ einen „Umfeldcheck“ durchführte. Für den Geschäftsführer des Clinicum Lubinus Manfred Schmid war die Beteiligung an Nordlicht wichtig, „weil ohne eine gute, abgestimmte poststationäre Nachsorge der Behandlungserfolg der chirurgischen Versorgung von Schenkelhalsfrakturen, stark gefährdet wäre.“²⁰

Es ist aber nicht gelungen, das Projekt in die integrierte Versorgung mit über 300 niedergelassenen Vertragsärzten, fünf Rehabilitationskliniken und zahlreichen Praxen für Physiotherapie zu verankern. Zunächst gab es einige Kontakte zwischen den Case-Managerinnen beider Projekte, sie wurde jedoch nicht institutionalisiert.

Auffällig war die niedrige Zuweisung von Patienten, folgende Faktoren wurden herausgearbeitet:

- Aufgrund personeller Veränderungen und durch den Wechsel der Pflegedienstleitung stagnierte die Zusammenarbeit.
- Der Sozialdienst der Klinik wurde durch einen Pflegedienst einer Schwesternschaft sichergestellt, der nicht Partner im KPV ist. In diesem Zusammenhang wurde die Frage nach einer weiteren Beteiligung am Projekt aufgeworfen.

Nach den Gesprächen mit der kommissarischen Pflegedienstleitung signalisierte die Klinikleitung weiterhin Interesse: Es wurden Informationsveranstaltungen für die Stationsleitungen und für die Mitarbeiter in der Klinik durchgeführt, Strategien zur Öffentlichkeitsarbeit abgestimmt und der Pflegedienstleiter machte das Projekt zur „Chefsache“. Doch insgesamt wurden nur zwei Patienten direkt aus dieser Klinik an das Projekt gemeldet, weitere sind über die Geriatrie gekommen. Trotz intensiver Bemühungen aller Beteiligten waren die geschilderten strukturellen Rahmenbedingungen für die Kooperation im Projekt schwierig.

Allgemeine Bewertung der Kooperation mit den Kliniken bezüglich der Fallzahlen

Bei der Konzeption des Projektes (2004) war die Komplexität und Variabilität der klinischen Versorgungsstruktur nicht vorhersehbar. Es gelang zwar, alle Beteiligten auf der operativen Ebene einzubinden und die schnittstellenübergreifende Arbeit in den Einzelfällen sicherzustellen, doch es erwies sich als Fehlannahme, dass über zahlreiche Kooperationspartner Projektteilnehmer akquiriert werden könnten. Hinzu kam, dass die Akutkliniken mit den Reha-Kliniken außerhalb Kiels eher sporadisch zusammenarbeiten. Diese wurden zwar in das Projekt einbezogen, doch infolge der geringen Zuweisung war das Projekt in den Reha-Kliniken nicht präsent und sie beteiligten sich nicht aktiv an dem Case-Finding.

Nordlicht konnte in den Kieler Kliniken verankert werden, trotzdem wurde nur ein Teil der pflegebedürftigen Patienten in das Projekt überführt. Ein Grundprinzip der Sozialdienste, die Neutralität bei der Wahl des Pflegedienstes, wurde für das Projekt konsequent umgesetzt: Der Patient wurde erst dann auf die Möglichkeit einer Projektteilnahme hingewiesen, wenn er einen Pflegedienst des KPV in Erwägung gezogen hatte. Durch dieses Verfahren wurden nur ausgewählte Patienten in das Projekt übergeleitet.

²⁰ Zitat aus der gemeinsamen Pressemitteilung 2008

Nicht zufriedenstellend war die Unterstützung bei der Zuweisung in die Kontrollgruppen. In der ersten Phase wurden 97 Datenbögen zurückgesendet, in der zweiten Kontrollgruppenphase war dieser Anteil noch geringer. In den Gesprächen mit den Kliniken wurden folgende Punkte genannt:

- Im Case-Finding müssten sehr viele Aspekte berücksichtigt werden, diese seien besonders bei starkem Arbeitsanfall in der Klinik nicht immer präsent
- Im Projektverlauf wurde das Case-Finding für die Gruppe Multimorbidität und Demenz oder Depression auf Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz neu definiert, da die Demenz bei Beginn des Projektes in den Kliniken nicht systematisch erfasst wurde.²¹ Für die Zuordnung wurde für die Kliniken Arbeitshilfen erarbeitet, mit denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz schneller erkannt werden sollte. (Anlage Demenz und Depression in der Klinik, Anlage Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz in der Klinik)
- Es sei schwierig, die Patienten zur Teilnahme an einer Kontrollgruppe zu motivieren, wenn sie sich schon gegen das Projekt entschieden hatten

Hinzu kam die Beobachtung, dass sich ältere Menschen oder deren Angehörige auch nach intensiver Beratung und Datenerfassung im Assessment nicht zu einer Teilnahme an dem Projekt entscheiden konnten. In 9 exemplarisch bewerteten Fällen gab es Hinweise,

- dass die Pflegebegleitung abgelehnt wurde, weil dies als Eingriff in die Privatsphäre verstanden wurde, oft schon durch Unterschrift zur Schweigepflichtsentbindung
- parallel zum Case-Management-Prozess eine Entscheidung für ein Heim oder für einen anderen Pflegedienst erfolgte.

Gerade in den Akutkliniken war infolge der hohen Arbeitsverdichtung und der späten Einbeziehung des Sozialdienstes davon auszugehen, dass viele potenzielle Projektteilnehmer nicht erfasst wurden.

Für eine entsprechende Größenschätzung der tatsächlich behandelten Menschen wurden der Wissenschaftlichen Begleitung Daten der AOK zur Verfügung gestellt. Auf diese Ergebnisse konnte im Laufe des Projektes nicht mehr zurückgegriffen werden, sie werden im Abschnitt der Wissenschaftlichen Begleitforschung thematisiert. Insgesamt zeigen diese Daten, dass in einem 6-Monats-Zeitraum 645 AOK-Versicherte mit einer der Diagnosen, die Einschluss-Kriterium für das Projekt waren, aus den kooperierenden Kliniken entlassen wurden. Da jedoch keine Aussagen über die Pflegestufe dieser Versicherten gemacht werden konnten, ist ein direkter Vergleich mit den Teilnehmer/innen des Projektes nicht möglich.

Abschließende Einschätzung

Die Netzwerkarbeit im Projekt basierte auf einer personenbezogenen Struktur der handelnden Akteure auf der Grundlage einer gemeinsamen Gremien- und Arbeitsgruppenarbeit. Eine formale Struktur wurde durch die Teilnahme an der Steuerungsgruppe und durch vertragliche Absprachen im Rahmen der Expertenworkshops gelegt. Eine Formalisierung der Netzwerkstruktur auf der Geschäftsführungsebene mit vertraglich festgelegten finanziellen Ressourcen für das Projekt und der Regelung von Fluktuationen und Vertretungen erfolgte jedoch nicht.

²¹ Dies hat sich in der Fallgruppenphase verändert, der Anteil der Demenz lag bei 59%. Depressionen wurden seltener diagnostiziert, als dies aus den Daten des Assessment-Instruments zu vermuten ist.

Aus diesen Erfahrungen lassen sich folgende Thesen ableiten:

1. Funktionierende informelle Netzwerke sind Grundlage für eine konstruktive Zusammenarbeit in einem schnittstellenübergreifenden Projekt.
2. Eine Honorierung einzelner projektbezogener Tätigkeiten zu Beginn eines Modellprojektes verstärkt die Motivation für zusätzliche und zeitaufwendige Tätigkeiten im Aufbau eines Netzwerkes. Im Projekt Nordlicht wurde die Arbeit der Netzwerker im Rahmen der Expertenworkshops durch der Honorarverträge unterstützt.
3. Für verbindliche Kooperationsverträge, die den handelnden Personen „den Rücken frei halten“, sollten in Projektanträgen finanzielle Ressourcen eingeplant werden.

Zwei weitere Thesen betrafen das klinikinterne Konzept zum Entlassungsmanagement:

4. Von Außen ist es nicht möglich, ein Case-Management in Klinikstrukturen - hinein - zu etablieren.
5. Je besser ein Entlassungsmanagement innerhalb einer Klinik organisiert ist, umso weniger Probleme treten in der Zusammenarbeit mit einem schnittstellenübergreifenden Case-Management auf.

Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken und Kurzzeitpflege

Die Zusammenarbeit mit den Reha-Kliniken in Eutin, Malente und Middelburg gestaltete sich in den begleiteten Fällen reibungslos. Für 5 Projektteilnehmer gab es 7 Vor-Ort-Besuche und telefonische Kontakte. In den anderen Kliniken wurden keine Projektteilnehmer begleitet. Bei der Bewertung dieser unerwartet geringen Zahl sind folgende Aspekte zu beachten:

- Durch eine Bettenerhöhung in der Kieler Geriatrie war der Bedarf zur Kooperation mit externen Reha-Kliniken gesunken.
- Die Patienten der Zielgruppe wurden nur in seltenen Fällen in eine spezialisierte Reha-Klinik übergeleitet.

Die Zusammenarbeit mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen hatte sich auf der Einzelfallebene gut eingespielt und der Kontakt zu den Einrichtungen gestaltete sich überwiegend unproblematisch. Nur in einem Fall musste die Case-Managerin intervenieren, damit die Teilnehmerin wieder in die Häuslichkeit entlassen werden konnte.

Probleme und Erfolge an der Schnittstelle Case-Management und ambulante Versorgung

Zu Projektbeginn hatten sich alle Pflegedienste an den Schulungen beteiligt und auf die Versorgung der Projektteilnehmer im abgestimmten Verfahren vorbereitet. Die Verschiebung der Fallgruppenphase und die geringe Zahl der vermittelten Teilnehmer waren für die weitere Motivation nicht förderlich. Hinzu kam, dass im Projekt der Anteil der Kunden überschätzt wurde, die mehrmals wöchentlich Pflegeleistungen vereinbaren würden.

In der Regel wurden die Projektteilnehmer mit einer besonderen Aufmerksamkeit betrachtet und die Aufgaben mit der Case-Managerin arbeitsteilig umgesetzt. Für etliche Teilnehmer entwickelte sich eine enge Zusammenarbeit mit der Case-Managerin, um gemeinsam Schwierigkeiten oder Konflikte zu lösen.

Zumeist gelang eine zufriedenstellende Lösung, wenn z.B. die Case-Managerin sofort hinzugezogen wurde, weil notwendige Leistungen einseitig gekündigt wurden. Bei einer vermögenden Teilnehmerin musste die Aufgabenverteilung im Hilfemix mehrfach gemeinsam thematisiert werden, das folgende Beispiel:

Frau S (89) wurde aufgrund einer TIA und depressiven Episode in der Geriatrie behandelt. Nach der Entlassung wurden dreimal täglich Pflegeleistungen und Serviceleistungen vereinbart. Frau S wohnte alleine in ihrer 12-Zimmer-Wohnung, ein Hausverwalter verwaltete ihre Häuser und Grundstücke und übernahm später auch die gesetzliche Betreuung, ein Rechtsanwalt und eine Nachbarin unterstützten Frau S. Zwischendurch stürzte Frau S. erneut und es wurden die Vollmachten geregelt. Die nun 4x tägliche Versorgung lief gut und sie verstand sich sehr gut mit einer männlichen Servicekraft, mit dem sie seit langem wieder Ausstellungen besuchte. Sie sei sehr zufrieden und die Nachbarin komme regelmäßig.

Nach 3 Monaten wurde Frau S. nach einem Herzinfarkt im Krankenhaus behandelt. Nach der Entlassung war sie deutlich geschwächt, der Pflegedienst kam 3xtäglich und anstelle der Servicekraft hatte der Betreuer für mehrere Stunden täglich eine private Seniorenbetreuerin eingestellt. Nach einem Konflikt mit der Seniorenbetreuerin kam der Pflegedienst 2xtäglich. Der Konflikt wurde unter Einbeziehung der Case-Managerin mit einer klaren Aufgabenteilung gelöst und Missverständnisse geklärt.

In einzelnen Fällen gab es Schwierigkeiten, weil vereinbarte Aufgaben und Leistungen unzureichend oder verspätet umgesetzt wurden und die Case-Managerin nicht über Veränderungen informiert wurde. Diese Schwierigkeiten wurden in den Expertenworkshops aufgearbeitet und Empfehlungen für die Dienste abgeleitet. Zwischen den Mitbewerbern gab es zunächst viele Gespräche um das Thema: Wie kann erreicht werden, dass die Teilnehmer den für sie optimalen Pflegedienst auf Grundlage des erfassten Leistungsprofils bekommen und gleichzeitig eine „gerechte“ Verteilung erfolgt.

In der Regel entschied sich der Teilnehmer schon in der Klinik beim Case-finding für seinen Pflegedienst. Das Kriterium war zumeist, dass der Pflegedienst der in räumlicher Nähe zur Wohnung lag oder er von Bekannten empfohlen wurde. In wenigen Ausnahmen wurde dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen Flyer von zwei bis drei Pflegediensten ausgehändigt. Bei einem erhöhten Zeitbedarf wurde der Pflegedienst im Vorwege nach der Kapazität zu den gewünschten Versorgungszeiten befragt. Im Regelfall stellte dies aber kein Problem da. Lediglich bei fünf Projektteilnehmern waren mehrere Telefonate mit unterschiedlichen Diensten notwendig.

Die Bereitschaft zur Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitforschung war in den einzelnen Diensten unterschiedlich stark, einige Dienste mussten an die Rückgabe der Bewertungsbögen erinnert werden.

Kooperation mit den Beratungsstellen

Trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle

Entgegen der Einschätzung zu Beginn, gab es keinen Bedarf an Hilfeplankonferenzen. Bei zwei Teilnehmern, die bereits Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen, wurde die Pflegeleistungen innerhalb des, im SGB XII vorgesehenen Rahmens, gesichert.

Eine Hilfeplankonferenz wurde vorbereitet, doch fehlte u.a. das MDK-Gutachten und das übliche Verfahren zur Grundsicherung lief parallel. Unter diesem Gesichtspunkt erwies sich die Vereinbarung als ungeeignet, da die Rahmenbedingungen in der Vorbereitung der Hilfeplankonferenz geklärt sein sollten.

In der praktischen Arbeit gab es Überschneidungen des Aufgabenprofils, da die Case-Managerin auch allgemeine Informations- und Beratungsaufgaben wahrzunehmen hatte, dies betraf z.B. Informationen zu den Entlastungsangeboten und Leistungen der Pflegeversicherung. Um die Beratungskontinuität sicherzustellen, wurden in Einzelfällen weitergehende Aufgaben einer Pflegebegleitung durchgeführt.

Diese Form der Zusammenarbeit wurde von der externen Begleitforschung und auch von der kommunalen „Leitstelle älter werden“ kritisch angesprochen, sodass die Case-Managerin die Pflegeberatung in der zweiten Hälfte der Fallgruppe häufiger einbezog. Dabei zeigten sich allerdings Grenzen in der Kapazität der Beratungsstelle, schon die telefonische Erreichbarkeit gestaltete sich als schwierig.

Die Komplexität der Zusammenarbeit soll an einem Fall deutlich gemacht werden:

Frau K. (88) wurde infolge eines problematischen Allgemeinzustandes und psychischer Schwierigkeiten in der Geriatrie behandelt. Nach Rücksprache mit der Pflegeberatungsstelle übernahm die Case-Managerin die weitere Begleitung.

Frau K. wohnte mit ihrem Sohn zusammen, der sehr viel Wert darauf legte, die Versorgung seiner Mutter zu übernehmen. Nach Einschätzung des Gesundheitsamtes bestanden Hinweise auf Alkoholmissbrauch.

In der Vorgeschichte wurden vom Pflegedienst schon die Pflegeberatungsstelle der MDK und die Pflegekasse eingeschaltet, die das Pflegegeld in Pflegesachleistungen umgewandelt hat. Nach einem gerichtlichen Widerspruch wurde das Gesundheitsamt mit einem Gutachten beauftragt, da die Versorgung nicht sichergestellt sei und u.a. Ungeziefer in der Wohnung auf eine Verwahrlosungsgefahr hinweise.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Entscheidung zum Projekt begann nach Rücksprache mit der Pflegeberatungsstelle das Case-Management. Fr. K. hatte eine starke Deformation der Wirbelsäule und schlief auf einem Sessel in der Küche. Dies wirkte unwürdig, aber Frau K. lehnte ein spezielles Krankenbett ab. Anstelle von Inkontinenzmaterialien trage sie auch lieber Damenbinden. Bei einem Hausbesuch wurde der Einsatz eines Pflegedienstes zweimal in der Woche angeregt.

Der 4-Wochenbesuch fand gemeinsam mit einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes statt, die Wohnsituation hatte sich etwas gebessert, auch ein Ulcus an den Beinen war weitgehend abgeheilt. Ob Frau K. auf der Couch schlafe, war fraglich. Der Pflegedienst versorgte Frau K. zweimal in der Woche, die übrige Versorgung übernahm der Sohn. Frau K. wies darauf hin, dass ihr die Hilfe von außen nicht recht sei. Da ihr die sozialen Kontakte in der Klinik gut gefallen haben, wurde sie intensiv beraten, eine Tagespflege zu besuchen.

Nach 4 Monaten: Die Gespräche gaben Hinweise auf erhebliche Konflikte zwischen Mutter und Sohn. Bei dem Sohn wuchs die Bereitschaft zur Tagespflege und nach mehreren Anläufen und Probebesuchen nahm Frau K. dieses Angebot an. Die Kasse kam finanziell entgegen und übernahm den Eigenanteil durch Verrechnung des anteiligen Pflegegeldes.

Dieses Beispiel machte folgende Punkte deutlich:

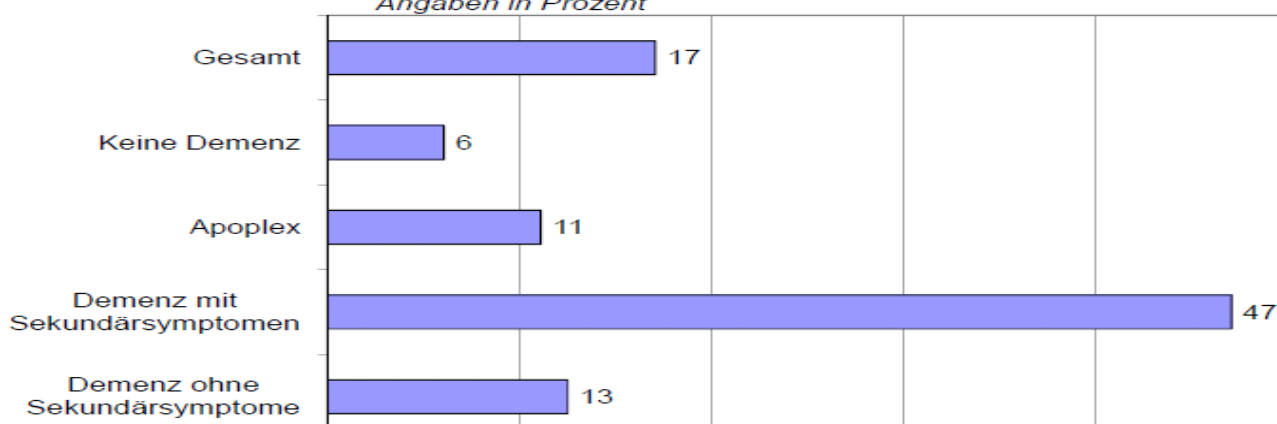
- Die Pflegeberatungsstelle war auf die schwierige Konstellation aufmerksam geworden und hatte das Gesundheitsamt einbezogen
- In einem umfangreichen Gutachten wurde die problematische Gesamtsituation bewertet, es gelang aber nicht, Frau K. zur Annahmen professioneller Hilfe zu bewegen und die Familie empfand das Eingreifen der Behörden als Einmischung
- Durch den Klinikaufenthalt kam Frau K. in eine Krise und die Bereitschaft wuchs, das problematische, aber letztlich stabile Hilfesystem durch professionelle Pflege zu ergänzen
- In mehreren Gesprächen wuchs bei dem Sohn Vertrauen zur Case-Managerin und er rief häufig an, um die Schwierigkeiten mit seiner Mutter zu besprechen und gemeinsam die Bereitschaft zum Besuch der Tagespflege zu fördern
- Der Case-Managementprozess lief über Monate und es bestand die Arbeitsteilung zwischen der Case-Managerin und dem Gesundheitsamt, das seine ordnungsrechtliche Aufgabe wahrnahm. Eine Übergabe an die Pflegeberatungsstelle schien erst dann sinnvoll, nachdem der Case-Managementprozess abgeschlossen war und eine langfristige Evaluation, bzw. Anpassung der Maßnahmen erforderlich werde. Aber auch dann wäre zu bedenken, ob die Pflegebegleitung weiterhin an die Sozialpädagogin des Gesundheitsamtes delegiert werden sollte
- Dieses Beispiel stellt aber auch in Frage, ob der Problemdruck möglicherweise auch im „Auge des Betrachters“ läge: Frau K. hatte sich mit der Deformation ihrer Wirbelsäule arrangiert, indem sie auf einem Sessel in der Küche schlief. Dies wurde von außen als unwürdig wahrgenommen, während Frau K. ein spezielles Pflegebett mit entsprechendem Lagerungsmaterial aus mindestens drei Gründen ablehnte: Sie äußerte keinen Leidensdruck, das Bett würde ihr die Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit deutlich machen und in der Mobilität so stark einschränken, dass sie nicht ohne Hilfe aufstehen könne

Beratungsstelle Demenz und Pflege

Wesentlich enger war die Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle Demenz und Pflege, sie wurde von der Case-Managerin immer dann empfohlen, wenn ein psychologischer Beratungsbedarf insbesondere bei Belastung der Hauptpflegeperson und Konflikten mit dem Pflegebedürftigen deutlich wurden.

Bei jedem Dritten (33%) wurde sie empfohlen, doch nur die Hälfte (17%) hat dieses Angebot auch wahrgenommen. Dieser Anteil war bei den demenzkranken Teilnehmern mit Sekundär-symptomen mit 47% am höchsten, in dieser Gruppe nahmen nur 12% das Angebot nicht an.

Abb. 4 Die Beratungsstelle Pflege und Demenz wurde angenommen, Angaben in Prozent



Kooperation mit den Hausärzten

Zur besseren Verankerung des Projektes in die hausärztliche Versorgung wurden alle allgemeinmedizinischen Praxen in Kiel im November 2008 erneut, diesmal mit dem Nordlicht-Flyer informiert und zu einer Informationsveranstaltung für die Praxisassistentinnen eingeladen.

Die Resonanz war niedrig, lediglich 3 von 66 Praxen beteiligten sich an der Veranstaltung. In der Diskussion wurden folgende Punkte thematisiert:

- Nordlicht erfasste nur einen kleinen Ausschnitt des Problemfeldes der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen
- Eine besondere Herausforderung bestände, wenn die Patienten keine Hilfe annehmen
- Zur Öffentlichkeitsarbeit wurde der direkte Kontakt zur Praxis empfohlen, da die Praxen mit Angeboten und Flyern überschwemmt würden
- Ein Aspekt betraf die Frage nach der grundsätzlichen Legitimation, der institutionellen Verankerung und fachlichen Kompetenz eines weiteren Angebots in der Versorgungslandschaft. Von Bedeutung sei die Thematik Datenschutz und Schweigepflicht.

In zwei Einzelfällen gab es Hinweise auf Versorgungsbrüche, infolge der ärztlichen Behandlung. Da es

sich in diesen Fällen aber nicht um ein strukturelles Problem handelte, wurde die Thematik nicht in die offiziellen Gremien gebracht. Ein grundsätzliches Problem wurde nur in einem Fall deutlich: Eine Angehörige eines Apoplektikers zitierte ihren Hausarzt, als sie auf Anraten des Pflegedienstes eine Verordnung für Krankengymnastik wünschte: „... die wollen uns immer vorschreiben, was wir verordnen sollen ... das bringt sowie so nichts ... ich habe mein Budget ausgeschöpft“.

Erfahrungen mit weiteren Netzwerkpartnern

Die Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern, Apotheken und Therapeuten hatte sich im Einzelfall in der Praxis eingespielt.

Koordinationschwierigkeiten mit Sanitätshäusern gab es nur, wenn Teilnehmer Hilfsmittel von unterschiedlichen Anbietern hatten oder wenn der ambulante Dienst eigene Kooperationspartner präferierte. Die Case-Managerin arbeitete mit allen Sanitätshäusern zusammen, eine Kooperation war auch aus Neutralitätsgründen nicht vorgesehen. Die Sanitätshäuser lieferten schnell und flexibel und übernahmen auch in Abstimmung mit der Case-Managerin Beratungsaufgaben, um die Akzeptanz von Hilfsmitteln zu erhöhen. Probleme und eine erhebliche zeitliche Verzögerung gab es bei Krankenkassen, die mit eigenen Sanitätshäusern kooperierten.

Die therapeutische Versorgung wurde oft erst nach der Klinik veranlasst. Der Informationsfluss zu den Physio-, Ergo- oder Logotherapeuten erfolgte telefonisch durch die Case-Managerin.

Folgender Steuerungsbedarf wurde in der Schnittstelle zwischen der häuslichen Versorgung und den Therapeuten deutlich:

- Selten wurden die Ziele zur Mobilisierung in der Pflegeplanung mit den Therapeuten gemeinsam festgelegt²².
- In der Hilfeplanung wurde die weitere Mobilisierung durch Angehörige abgestimmt, aber nicht immer umgesetzt.
- Bei einigen Teilnehmern waren Physiotherapeut oder Logopäde die einzige professionelle Bezugsperson mit einem kontinuierlichen wöchentlichen Kontakt.

Aus den Erfahrungen des Projektes ist zu empfehlen, dass...

- eine Abstimmung zwischen den Therapeuten aus der Klinik und den Therapeuten vor Ort erfolgen sollte,
- Angehörige und, wenn entsprechende Leistungen vereinbart wurden, der Pflegedienst verbindlich in die Rehabilitation einbezogen werden.

²² Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nur 16 von 82 Teilnehmern überhaupt die Möglichkeit einer täglichen Mobilisierung durch einen Pflegedienst hatten.

Fazit aus Sicht der Case-Managerin

Der persönliche Kontakt, eine gute und umfangreiche Informationssammlung und Datenanalyse seien die Grundbausteine für das gelingende Case-Management.

- Unabdingbar ist der Erstkontakt in der Klinik, in der Situation wo der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen die meiste Hilfe und Unterstützung benötigen.
- Case- Management sollte unbedingt das Erleben des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit wahrnehmen. Oft gäbe es große Unterschiede zum Verhalten in der Klinik.
- Ein intensiver, aktiver Kontakt sollte in den ersten 4-6 Wochen nach Entlassung gepflegt werden.
- Die Netzwerkpartner sollten kontinuierlich einbezogen werden, dabei gilt es auch Entscheidungen zu revidieren und neue Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass pflegebedürftige Menschen und deren zumeist ältere Angehörigen nicht gewohnt sind, Ziele zu vereinbaren und sie nicht immer die vereinbarten Maßnahmen einhalten.
- Alle Netzwerkpartner sind über die Ziele zu informieren und in die Maßnahmen einzubeziehen. Netzwerke knüpfen sich nicht und halten nicht von selbst.

Teilbericht (CAU)

Überprüfung des Verfahrens Schnittstelle Case-Management / ambulante Pflege (CAU)

Ein wesentlicher Teil des Erfolges der Arbeit von Case-Management allgemein ist an die Qualität der Einbindung in die Versorgungs- und Hilfestrukturen geknüpft, in die hinein ein Case-Management in der konkreten Fall-Arbeit wirkt. Im Projekt Nordlicht war dies insbesondere das Dienstleistungsangebot der ambulanten Pflegedienste des KPV.

Günstige Voraussetzungen waren dadurch gegeben, dass im KPV eine Kooperationsstruktur vorhanden war, an die mit dem Projekt angeknüpft werden konnte. Wie sich diese Kooperation in der konkreten Alltagsarbeit und insbesondere bei den Herausforderungen im Umgang mit komplexen häuslichen Situationen bewährte, war im Rahmen des Projektes zu überprüfen.

Dazu wurde bei 30 Klient/innen, die im Rahmen des Case-Managements begleitet wurden, die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zur ambulanten Pflege konkret in den Blick genommen. Ausgewählt wurden Fälle aus dem Pool der Klient/innen, bei denen jeweils zwei oder mehr wöchentliche Einsätze auf der Grundlage des SGB XI durch einen Pflegedienst geplant waren. Es wurden – beginnend bei dem zuletzt in das Projekt einbezogenen Klienten – fortlaufend im zeitlichen Ablauf „rückwärts“ die Klient/innen ausgewählt.

Zur Bewertung der fachlichen Qualität der Pflege- und Hilfeplanung wurden die Klientenberichte inklusive der Pflege- und Hilfeplanung anonymisiert und einem Experten-Urteil durch die Pflegedienstleitungen der Pflegedienste des KPV unterzogen.

Zur Überprüfung der Übergabeplanung und der Festlegung der Verantwortlichkeiten derjenigen Maßnahmen, die zur Umsetzung der Pflege- und Hilfeplanung erforderlich waren, wurden die jeweils verantwortlichen Pflegekräfte der ambulanten Pflegedienste leitfadengestützt durch die wissenschaftliche Begleitung interviewt.

Fachliche Beurteilung der Pflege- und Hilfeplanung

Es konnten in die Auswertung 27 Experten-Urteile einbezogen werden.

Den Rahmen der Beurteilung bildete ein Beurteilungsleitfaden, der die Zielsetzung der Hilfeplanung, die Umsetzung der übergreifenden Ziele in Handlungsziele und deren Operationalisierung sowie die Angemessenheit der Handlungsziele vor dem Hintergrund der Ressourcen der Klient/innen und deren sozialer Netzwerke teilstandardisiert abfragte. Zudem wurde die Qualität der geplanten Maßnahmen im Hinblick auf deren zielführende Wirkung sowie die Vollständigkeit des Klientenberichtes und dessen Kompatibilität mit den Erfordernissen der Pflegedokumentation erhoben.

Insgesamt wurde die fachliche Qualität der Arbeit der Case-Managerin durchgehend positiv beurteilt.

Konkret lag die Beurteilung auf einer 3stufigen Skala²³ zwischen 1,2 und 1,3.

Die Nachvollziehbarkeit der übergreifenden Zielsetzung und die Kompatibilität der Handlungsziele mit der übergreifenden Zielsetzung wurden mit 1,3 bewertet, die Operationalisierung der Handlungsziele auf der Ebene konkreter Maßnahmen mit 1,2. Die Angemessenheit der Handlungsziele für die Ressourcen in der häuslichen Situation erhielt eine ebenfalls gute Beurteilung.

²³ Auf die Frage, ob die Zielsetzung nachvollziehbar, die Handlungsziele mit der übergreifenden Zielsetzung kompatibel und jeweils geeignet sind, diese umfassend zu operationalisieren waren die Antwort-Möglichkeiten jeweils ja=1, teilweise=2, nein=3.

Auf einer 5stufigen Skala²⁴ wurde die Angemessenheit im Hinblick auf die Ressourcen der Klient/innen mit 1,9 beurteilt, im Hinblick auf die Möglichkeiten des sozialen Netzes mit 2,1.

Die zielführende Qualität der Maßnahmeplanung erhielt ebenfalls eine positive Resonanz,²⁵ im Bereich der Körperpflege, der sozialen Aktivitäten, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung lag das Urteil bei 1,4, nur der pflegerische Bereich der Ausscheidung wurde in der Maßnahmeplanung mit 1,7 weniger gut beurteilt.

Die Vollständigkeit der Planung und der Informationserfassung bzw. ihrer Übermittlung im Klientenbericht wurde überwiegend positiv beurteilt. In jeweils ca. einem Drittel der Klientenberichte wurden im Hinblick auf die Vollständigkeit der Beplanung aller Bedarfe in der häuslichen Situation, im Hinblick auf dokumentierte Risiko-Bereiche und die erforderlichen Informationen für die Aufnahme der häuslichen Pflege einzelne Aspekte genannt, die zu Nachfragen Anlass gaben.

Insofern kann gesagt werden, dass die Klientenberichte und die Hilfe- und Pflegeplanung durch die Case-Managerin als Grundlage für die Arbeit der Pflegedienste in der Häuslichkeit der Klient/innen als gute Arbeitsgrundlage bewertet wurden. Mit anderen Worten: Im Hinblick auf die planerischen fachlichen Anforderungen an das Case-Management gab es an der Schnittstelle zwischen Case-Management und ambulanter Pflege nur punktuelle Kritik.

Die Beurteilung der „Übergabe-Qualität“ durch die Case-Managerin

In der konkret-alltäglichen Umsetzung der Übergabe der Klient/innen an die ambulante Pflege war neben der Pflege- und Hilfeplanung insbesondere die verlässliche Klärung der Verantwortlichkeiten für die Umsetzung von Maßnahmen gefragt. Zudem steht und fällt die Schnittstellen-Gestaltung mit der Qualität bei der Sicherstellung derjenigen Maßnahmen, ohne die die häusliche Versorgung nicht sichergestellt werden kann (Ausstattung mit unverzichtbaren Hilfsmitteln und Medikamenten z.B.) und mit der störungsfreien Weitergabe der Verantwortung für bereits eingeleitete Maßnahmen zur Sicherung der häuslichen Versorgung. Nicht zuletzt macht die verbindliche Absprache mit den Klient/innen über den erwarteten Einsatz der ambulanten Pflegekräfte einen wesentlichen Teil der „Übergabe-Qualität“ aus.

Um die Schnittstelle in der konkreten Umsetzung zu überprüfen, wurde für die 30 Klient/innen, deren Hilfe- und Pflegeplanung durch die Pflegedienstleitungen nicht-befasster Pflegedienste abstrakt beurteilt wurde, ein Interview mit den verantwortlichen Pflegekräften geführt.²⁶

Erfragt wurde jeweils für die Bereiche Pflege, therapeutische Maßnahmen, Hilfsmittel-Ausstattung und Wohnraumgestaltung sowie soziale Begleitung und hauswirtschaftliche Versorgung inwieweit die geplanten Maßnahmen vor dem Hintergrund der Kenntnisse über die Klient/innen als angemessen beurteilt wurden und inwieweit jeweils mit den Klient/innen bzw. deren sozialen Netzen die Maßnahmen ausreichend besprochen waren. Zudem wurde erfragt, inwieweit die Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherung der häuslichen Versorgung in den genannten Bereichen sichergestellt war, d.h. bei zwingend erforderlichen Maßnahmen bereits erfolgt war und bei anderen Maßnahmen eingeleitet und/oder die Verantwortlichkeit hinreichend geklärt war.

²⁴ trifft voll und ganz zu =1, trifft überhaupt nicht zu=5

²⁵ wiederum auf einer 3stufigen Skala

²⁶ 18 Interviews konnten umgesetzt werden, in 12 Fällen konnten keine Termine vereinbart werden, weil Pflegekräfte langfristig erkrankt, im Urlaub oder nicht mehr bei dem Pflegedienst tätig waren.

Insgesamt fiel die Beurteilung dieser Ebene der Schnittstelle weniger positiv aus, als das fachliche Urteil der Pflegedienstleitungen. Wobei allerdings einige Pflegekräfte für „ihre“ Klient/innen in spezifischen Situationen die Einbindung einer Case-Managerin als sehr sinnvoll erachteten und in der Rolle der Case-Managerin Handlungsspielräume gegeben sahen, die die ambulante Pflege nicht hat.

Zunächst wurde – in Kenntnis der konkreten Situation – die planerische Seite der Arbeit der Case-Managerin gut beurteilt, wobei jedoch in vier Fällen sich in der Praxis der Häuslichkeit ein weitergehender Bedarf zeigte, als zunächst angenommen. In einem Fall handelte es sich um Ödeme und in einem Fall um einen Dekubitus, die nicht ausreichend geplant waren. In einem weiteren Fall waren Schmerzen von der Case-Managerin in der Krankenhaus-Situation nicht angemessen beurteilt worden. In einem Fall wurde die Planung insgesamt als nicht hinreichend erachtet, von der Pflegekraft jedoch erläutert, dass dies auch in nicht angemessenen Entscheidungen der rechtlichen Betreuungsperson begründet war. In den anderen Fällen wurde die Planung als gut bzw. sehr gut und umfassend beurteilt.

Im Hinblick auf die Kommunikation und Absprache mit den Klient/innen bzw. deren sozialen Netzen zeigten sich die Grenzen des Einsatzes einer Case-Managerin: In 7 Fällen wurde darauf hingewiesen, dass nur eine bedingte Akzeptanz für die Inanspruchnahme professioneller Pflege hergestellt werden konnte – was jedoch nicht der mangelnden Kompetenz der Case-Managerin zugerechnet wurde. In vier Fällen wiederum wurde darauf verwiesen, dass die Akzeptanz für professionelle Hilfe in schwierigen häuslichen Pflegesituationen durch die Case-Managerin sehr wohl positiv beeinflusst worden war und die Arbeit des Pflegedienstes in diesen Fällen weniger störanfällig umgesetzt werden konnte.

Im Hinblick auf die Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen und die Klärung der Verantwortlichkeiten wurde der Case-Managerin insgesamt eine gute Arbeit bestätigt, die jedoch in einzelnen sehr komplexen Situationen an ihre Grenzen stieß. D.h. bei einem hohen organisatorischen Aufwand der Einbindung verschiedener Professionen oder Dienstleister oder in Situationen, in denen Absprachen von Dritten nicht eingehalten bzw. fehlerhaft umgesetzt wurden, wurde der Prozess aus Sicht der Pflegekräfte eher störanfälliger, weil in die Absprachen eine weitere Person eingebunden war.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Schnittstelle zwischen Case-Management und ambulanter Pflege sich in der Mehrheit der Fälle bewährt hat. In einigen sehr komplexen Fällen wurde der Einsatz der Case-Managerin ausdrücklich als Hilfestellung empfunden, deren Möglichkeiten über den Rahmen der ambulanten Pflege hinausgehen. In einigen komplexen Fällen wurde jedoch die Einbindung eines Case-Managements als zusätzlicher „Störfaktor“ beurteilt, der Absprachen nicht erleichterte.

4. Gewinnung der Teilnehmer/innen

Teilbericht: (CAU)

Klientel der Case-Managerin im Modellprojekt

Insgesamt wurden von der Case-Managerin 83 Patient/innen der drei kooperierenden Kliniken im Anschluss an den Klinik-Aufenthalt begleitet.

Im Folgenden wird das Klientel der Case-Managerin anhand der soziodemographischen Daten, der Daten über den Pflegebedarf und vorfindlicher Erschwerungsfaktoren der häuslichen Situation auf der Grundlage der Informationen aus dem Assessment beschrieben sowie der Beratungsbedarf entlang der Dokumentation der Case-Managerin dargestellt.

Von den 83 Klient/innen hat sich eine Person nach der Entlassung aus der Klinik entschieden, das Angebot der Case-Managerin nicht in Anspruch zu nehmen, ein vereinbarter Hausbesuch wurde abgesagt. Die im Rahmen des Assessments erhobenen Daten fließen in die Beschreibung des Klientels ein – in die Darstellung der Beratungstätigkeit und der Betreuung durch die Case-Managerin hingegen nicht.

Einen ersten Überblick über die Zahl bzw. den Anteil der Klient/innen, deren Situation sich im Verlauf des Projektes grundlegend geändert hat, gibt nachfolgende Tabelle:

	Anzahl	%
Klient/innen, die weiterhin zu Hause gepflegt werden	48	58,5
Klient/innen, die verstorben sind	14	17,1
Klient/innen die mittlerweile stationär gepflegt werden	20	24,4
Klient/innen insgesamt	82	100

Tab. 2 (Teilbericht CAU) : Veränderungen in der Lebenssituation von 82 Klient/innen

Insgesamt sind von den 82 betreuten Klient/innen 48 (bzw. 59 %) bis zum Ende der Projekt-Laufzeit in ihrer eigenen Häuslichkeit gepflegt worden, 14 Klient/innen (bzw. 17 %) sind während der Laufzeit verstorben und 20 Klient/innen (bzw. 24 %) sind in eine stationäre Pflege-Einrichtung umgezogen.

Zielgruppe, Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Lebenssituation der Klient/innen

Zielgruppe

Zielgruppe des Projektes waren pflegebedürftige Menschen, die aufgrund von Sturzfolgen oder wegen eines Apoplexes akut-stationär behandelt wurden sowie pflegebedürftige multimorbide Patient/innen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (im Folgenden: multimorbide Patient/innen), für die aufgrund verschiedener akuter Ereignisse ein Klinik-Aufenthalt angezeigt war.

Bei den 83 Klient/innen, für die das Assessment durchgeführt wurde, überwogen die Sturzpatient/innen und die multimorbiden Patient/innen, der Anteil der Apoplex-Patient/innen war eher gering.

	Anzahl	%
Sturzpatient/innen	38	45,8
Apoplex-Patient/innen	12	14,5
multimorbide Patient/innen	33	39,8
Klient/innen insgesamt	83	100 ²⁷

Tab. 3 (Teilbericht CAU): Diagnosen der Klient/innen

Von den Klient/innen wiesen insgesamt 16 zwei der Diagnosen auf, die Einschluss-Kriterium des Projektes waren. Ein Patient wurde sowohl wegen Sturz- als auch wegen Apoplex-Folgen behandelt. 3 Apoplex- und 13 Sturz-Patient/innen waren zudem als multimorbid eingestuft.

In der Gruppe der männlichen Klienten dominierte mit 48 % der Anteil der multimorbid Erkrankten, in der Gruppe der Frauen der Anteil der Sturzpatienten mit 55 %.

Geschlecht und Alter

Die Mehrheit der Klient/innen – 58 an der Zahl bzw. 70 % – war weiblichen Geschlechts, 25 Klienten (bzw. 30 %) waren männlich. Insgesamt lag das Durchschnittsalter der Klient/innen bei 82,6 Jahren, die Frauen waren mit durchschnittlich 83,6 Jahren nur wenig älter als die Männer mit 80,3 Jahren.

²⁷ Abweichungen von 100 % sind Rundungsfehlern geschuldet.

Pflegestufe

Nur 4 Klient/innen im Projekt hatten keine Pflege-Einstufung auf der Grundlage des SGB XI, (bei diesen Klient/innen war zunächst in einem Eil-Einstufungsverfahren in der Klinik eine Pflegestufe zuerkannt worden, die dann bei Überprüfung wieder aberkannt wurde). Bei den Klient/innen mit Pflegebedarf nach SGB XI überwog der Anteil der Einstufungen in die Pflegestufe I deutlich. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Pflegestufen insgesamt und nach Geschlecht differenziert.

	Männer	Frauen	insgesamt
	n	n	n
	%	%	%
keine Pflegestufe ²⁸	0 0,0	4 6,9	4 4,8
Pflegestufe I	19 76,0	48 82,8	67 80,7
Pflegestufe II	6 24,0	6 10,3	12 14,5
Insgesamt	25 100	58 100	83 100

Tab. 4 (Teilbericht CAU): Verteilung der Pflegestufe insgesamt und nach Geschlecht

Es zeigte sich, dass der Anteil der männlichen Klienten mit einer Pflegestufe II größer ist als der Anteil der Frauen mit einem entsprechenden Pflegebedarf.

Insgesamt gründete sich bei 46 Klient/innen (bzw. 55 %) die Pflege-Einstufung auf ein Eilverfahren, das im Krankenhaus initiiert wurde, d.h. bei der Mehrheit der betreuten Personen erfolgte die Erst- oder Neu-Einstufung im Rahmen des Projektes. Insofern waren diese Klient/innen mit einer für sie neuen Situation konfrontiert und mussten sich z.T. zum ersten Mal mit den Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung auseinandersetzen.

Bei 60 Klient/innen (bzw. 72 %) wurde zudem eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz entlang der Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt. Das zeigt, dass nicht nur in der Gruppe der multimorbiden Patient/innen die Alltagsbewältigung und Betreuung im Rahmen der Planung der häuslichen Versorgung zu bedenken war. Insbesondere aus der Gruppe der Sturzpatient/innen war die überwiegende Mehrheit (82 %) in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt.

Die Lebenssituation der Klient/innen: Familienstand, Wohnsituation, Netzwerk und dessen Beanspruchung sowie Risiken der Pflege-Situation

Das Gelingen einer häuslichen Pflege ist nicht unerheblich von der Lebenssituation und dem privaten Beziehungsgefüge der unterstützungsbedürftigen Person abhängig. Deshalb wird im Folgenden die Lebens- und Wohnsituation der Klient/innen dargestellt sowie die private Netzwerksituation beschrieben.

²⁸ Es handelt sich hierbei um Klient/innen, die zunächst im Rahmen eines eil-Einstufungsverfahrens eine Pflege-Einstufung erhielten, die dann jedoch bei der Überprüfung nicht bestätigt wurde.

Der Familienstand der Klient/innen im Nordlicht-Projekt stellte sich wie folgt dar:

	Männer n %	Frauen n %	insgesamt n %
verheirate/in einer Lebensgemeinschaft lebend	14 58,3	13 23,2	27 33,8
ledig, getrennt lebend, geschieden	3 12,5	5 17,8	8 16,3
Verwitwet	7 29,2	33 58,9	40 50,0
Insgesamt	24 100	56 100	80 ²⁹ 100

Tab. 5 (Teilbericht CAU): Familienstand der Klient/innen insgesamt und nach Geschlecht

Insgesamt waren also 2/3 der Klient/innen nicht verheiratet bzw. lebten nicht in einer Lebensgemeinschaft. Nach Geschlechtern differenziert ändert sich das Bild. Es waren insbesondere die Frauen, die keinen Ehe- oder Lebenspartner (mehr) hatten, ca. 77 % waren in diesem Sinne allein. Bei den Männern hingegen überwog der Anteil der in einer Paar-Lebensgemeinschaft lebenden Klienten mit 58 %.

Nicht in allen Fällen bedeutete das Nicht-Vorhanden-Sein eines Ehe- oder Lebenspartners, dass die Klient/innen allein wohnten, im umgekehrten Falle lebten nicht alle Lebensgemeinschaften in einer gemeinsamen Wohnung. Insofern wird die Wohnsituation im Folgenden gezeigt:

	Männer n %	Frauen n %	insgesamt n %
allein lebend	9 36,0	44 75,9	53 63,9
in Ehe- oder Lebensgemeinschaft zusammen lebend	15 60,0	12 20,7	27 32,5
im Haushalt von Kindern oder anderen Personen lebend	1 4,0	2 3,4	3 3,6
Insgesamt	25 100	58 100	83 100

Tab. 6 (Teilbericht CAU): Wohnsituation der Klient/innen insgesamt und nach Geschlecht

²⁹ Für 3 Klient/innen liegen keine Angaben vor.

Trotz geringfügiger Unterschiede zum Familienstand zeigt die obige Tabelle, dass für ca. 75 % der Frauen eine pflegerische Versorgung geplant und sichergestellt werden musste, die sich nicht auf (zumindest) eine ständig anwesende Person stützen konnte. Diese Herausforderung war nur bei 36 % der männlichen Klienten gegeben.

Tatsächlich zeigte sich, dass die Netzwerk-Konstellationen, in die hinein die Pflege und Unterstützung geplant werden musste, nur in ca. einem Drittel der Fälle als relativ stabil anzusehen waren. In allen anderen Fällen zeigte sich die Netzwerk-Situation weniger tragfähig. Dieser Einschätzung liegt die Systematik zugrunde, die auch im Pflegebudget-Projekt zur Beschreibung der häuslichen Pflege-Situationen angewendet wurde (Pfundstein 2006).

Sie arbeitet mit einer 4-stufigen Skala, die Aussagen über die Stabilität/Instabilität von Netzwerk-Konstellationen in der häuslichen Pflege auf die Anwesenheit von Angehörigen stützt.

Abb. 5 (Teilbericht CAU): Netzwerk-Konstellationen

Demnach ist ...	die pflegebedürftige Person...	Kinder am selben Ort und/oder mit denen man sich regelmäßig trifft ...	eine Haupt-Pflegeperson ...
kein Netzwerk gegeben, wenn ...	allein lebt,	nicht vorhanden sind,	nicht am selben Ort wohnt.
ein prekäres Netzwerk gegeben, wenn...	allein lebt,	nicht vorhanden sind,	in erreichbarer Nähe (im selben Haus oder Ort) wohnt.
ein labiles Netzwerk gegeben, wenn ...	allein lebt,	vorhanden sind,	in erreichbarer Nähe (im selben Haus oder Ort) wohnt.
ein stabiles Netzwerk gegeben, wenn...	mit Angehörigen zusammen lebt,	vorhanden sind,	im selben Haushalt oder erreichbarer Nähe wohnt.

Dieser Systematik lassen sich die Klient/innen im Projekt Nordlicht wie folgt zuordnen:

	Männer n %	Frauen n %	insgesamt n % (Anteil im Budget-Projekt)
kein Netzwerk	2 8,0	10 17,2	12 14,5 (15)
prekäres Netzwerk	2 8,0	6 10,3	8 9,6 (11)
labiles Netzwerk	5 20,0	28 48,3	33 39,8 (28)
stabiles Netzwerk	16 64,0	14 24,1	30 36,1 (46)
Insgesamt	25 100	58 100	83 100

Tab. 7 (Teilbericht CAU): Netzwerk-Konstellationen insgesamt und nach Geschlecht

Es zeigt sich, dass nur in ca. einem Drittel der Fälle eine stabile Netzwerk-Konstellation den Rahmen der häuslichen Pflege bildete (in deutlich weniger Fällen also, als es im Pflegebudget-Projekt der Fall war), in ca. der Hälfte der Fälle musste mit labilen oder prekären Konstellationen gerechnet werden und in ca. 15 % der Fälle war kein Netzwerk gegeben, dass vor Ort die Pflege und/oder Unterstützung informell abgesichert hätte. Dabei waren es wiederum die Frauen, bei denen die Problematik eines fehlenden Netzwerkes häufiger gegeben war als bei den Männern.

Im Rahmen des Assessments sind Überforderungsanzeichen der pflegenden Angehörigen erfasst worden. Insgesamt zeigt sich, dass bei knapp der Hälfte (47 %) der Klient/innen bzw. bei deren Angehörigen Überforderungsanzeichen festzustellen waren – aus mindestens einem Bereich psychischer, physischer oder zeitlicher Beanspruchung oder als Gefühl, die Pflege „dominiert das Leben“. Diese Anzeichen waren in stabilen Netzwerken mehrheitlich gegeben (in ca. 63 % der Fälle), wohingegen in den labilen oder prekären Netzwerken nur jeweils ca. ein Drittel der Betroffenen Überforderungsanzeichen erkennen ließen.

Bei den Risiken, die aufgrund der fachlichen Einschätzung der Case-Managerin in der häuslichen Pflege zu berücksichtigen waren, zeigt sich eine beherrschende Stellung des Sturz-Risikos: bei ca. 85 % der Klient/innen war ein Sturz-Risiko gegeben. An zweiter Stelle standen Risiken bei der Flüssigkeits-Versorgung: bei ca. 52 % der Klient/innen war aus Sicht der Case-Managerin an dieser Stelle erhöhte Aufmerksamkeit geboten. Bei ca. einem Drittel der Klient/innen barg die angemessene Medikamenten-Versorgung Risiken und jeweils bei ca. einem Viertel der Klient/innen barg die Versorgungssituation Risiken einer Mangelernährung bzw. eines risikobehafteten Gewichtsverlustes oder es bestand die Gefahr der Vereinsamung und/oder Verwahrlosung. Im Hinblick auf eine Gefährdung in

Alltagssituationen bzw. eine Fremd-/Selbstgefährdung war bei ca. 20 % der Klient/innen Aufmerksamkeit geboten

Bei nur einem sehr kleinen Teil der Klient/innen (2,4 %) waren keine Risiken gegeben, ca. 21 % der Pflege-Haushalte musste sich auf ein Risiko einstellen, die Mehrheit der Pflege-Haushalte (ca. 57 %) hatte 2 oder 3 Risiko-Faktoren zu bedenken und ca. 20 % der Pflege-Haushalte musste sich mit multiplen Risiken (4 und mehr genannte Risiko-Bereiche) auseinandersetzen.

Zusammengefasst waren in dem Projekt Pflege-Situationen für Klient/innen zu gestalten, die mehrheitlich aufgrund von Sturzfolgen in Kombination mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz akut-stationär versorgt worden waren oder bei denen Multimorbidität in Kombination mit eingeschränkter Alltagskompetenz gegeben war. Überwiegend (bei ca. 86 % der Klient/innen) war der Pflegebedarf – gemessen in den Kriterien des SGB XI – weniger stark ausgeprägt: sie waren in die Pflege-Stufe I eingruppiert. Der Aufgabenbereich des Case-Managements war – über diese pflegerischen Anforderungen hinaus – geprägt von den Gegebenheiten der häuslichen Situationen und den Risiken bzw. Erschwernissen, für die eine angemessene Bewältigungssituation zu schaffen war. Im Hinblick auf die häusliche Situation war das Anforderungsprofil insbesondere durch alleinlebende Klient/innen (insgesamt 64 %, Anteil unter den weiblichen Klient/innen 76 %) und durch labile, prekäre oder fehlende Netzwerke (Anteil zusammen 64 % der Klient/innen) gekennzeichnet. Bei einer deutlichen Mehrheit der Versorgungssituationen (77 %) waren zudem zwei oder mehr Risikofaktoren zu bewältigen.

Die Gruppe der Klient/innen, die in eine stationäre Einrichtung umgezogen sind, im Vergleich

Insgesamt sind von den 82 Klient/innen, die von der Case-Managerin begleitet wurden, 48 Personen bis zum Ende des Projektes weiterhin häuslich gepflegt worden. 14 Klient/innen sind verstorben und 20 Klient/innen sind im Laufe des Projekt-Zeitraumes in eine stationäre Pflege-Einrichtung umgezogen (s. Tab 1, S. 43).

Im Folgenden wird die Gruppe derjenigen Klient/innen beschrieben, für die die häusliche Betreuung – trotz der Unterstützung durch die Case-Managerin – keine dauerhafte Lösung war.

Es erfolgt zunächst ein vergleichender Überblick über die Gruppe der Klient/innen, die in eine stationäre Dauerpflege gewechselt sind mit der Gruppe der Klient/innen, die weiterhin zu Hause betreut und gepflegt werden – dabei wird der Vergleichbarkeit halber die Gruppe der verstorbenen Klient/innen ausgeklammert.

Zielgruppe

In der Gruppe der Klient/innen, die im Verlauf des Projektes in eine stationäre Pflege wechselten, waren 10 Sturzpatient/innen und 9 multimorbide Patient/innen, eine Person war wegen der Folgen eines Apoplex akut-stationär behandelt worden. Vom Anlass der Krankenhaus-Aufenthaltes aus betrachtet sind in etwa ein Drittel der Sturz- und der multimorbiden Patient/innen im Verlauf des Projektes in eine stationäre Pflege gewechselt und jeweils ca. 2 Drittel werden weiterhin zu Hause betreut. Von den absolut 10 Sturz-Patient/innen, die umzogen, war die überwiegende Mehrheit (9 Patient/innen) zudem in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Von den Apoplex-Patient/innen wählte nur eine Person (bzw. 9 %) im Laufe des beobachteten Zeitraumes eine stationäre Pflege, während 10 Patient/innen (bzw. 91 %) zu Hause blieben.

Geschlecht und Alter

Klient/innen, die ...	Männer	Frauen	insgesamt
	n %	n %	n %
weiterhin häuslich betreut werden.	16 80,0	32 66,7	48 71,4
in eine stationäre Pflege-Einrichtung umgezogen sind.	4 20,0	16 33,3	20 28,6
Klient/innen insgesamt	20 100	48 100	68 100

Tab. 8 (Teilbericht CAU): Form der pflegerischen Versorgung im Verlauf insgesamt und nach Geschlecht

Deutlich wird, dass von den Frauen ein größerer Teil in eine stationäre Einrichtung umgezogen ist als dies bei den Männern der Fall war.

Im Alter unterschieden sich die beiden Gruppen weniger: die Klient/innen, die bei Ende des Projektes weiterhin häuslich betreut wurden, waren am Ende des Krankenhaus-Aufenthaltes im Durchschnitt 82,1 Jahre alt, während die „Umzieher/innen“ zu diesem Zeitpunkt 84,5 Jahre alt waren.

Pflegestufe

Im Hinblick auf die Pflegestufe zeigt sich, dass eine Klientin keine Pflegeeinstufung hatte, die anderen 19 Klient/innen hatten eine Pflegestufe I, kein/e Klient/in mit einer Pflegestufe II ist in einer stationäre Einrichtung umgezogen.

Anders als der Pflegebedarf im engeren Sinne schien eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz Auswirkungen auf die Inanspruchnahme stationärer Pflege zu haben: von denjenigen Klient/innen, deren Alltagskompetenz als erheblich eingeschränkt eingestuft wurde, wechselten 54,2 % in eine stationäre Pflege-Einrichtung; von den nicht eingeschränkten Klient/innen nur 17,4 %.

Die Lebenssituation der Klient/innen: Familienstand, Wohnsituation, Netzwerk und dessen Beanspruchung sowie Risiken der Pflege-Situation

Nur ein verheirateter Klient, der vorher mit seiner Ehefrau zusammengelebt hatte, wechselte in eine stationäre Pflege (in %: 5), alle anderen waren ledig, geschieden oder verwitwet und hatten allein gelebt (in %: 95). Darin unterschied sich die Gruppe derjenigen, die letztlich stationär betreut wurden, am deutlichsten von der Gruppe der Klient/innen, die zu Hause blieben: hier waren 41 % verheiratet bzw. lebten in einer Lebensgemeinschaft, 44 % wohnten entsprechend mit dem (Ehe-)Partner bzw. mit anderen Personen zusammen.

Da eines (von mehreren) Definitionskriterien eines stabilen Netzwerkes das Zusammenleben mit Angehörigen ist, ergibt sich, dass entsprechend die genannten 95 % alleinlebenden der umziehenden Klient/innen nicht über ein solch stabiles Netzwerk verfügten. 70 % hatten zumindest ein labiles Netzwerk, 25 % ein prekäres oder gar kein Netzwerk. Die Situation war bei den bis zum Ende des Projektes häuslich betreuten Klient/innen anders: 44 % verfügten über ein stabiles Netzwerk, 31 % über ein labiles und 25 % über ein prekäres Netzwerk bzw. ein Netzwerk war nicht gegeben.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Zahlen zur Wohnsituation im Überblick:

Klient/innen, die ...	weiterhin häuslich betreut wurden.	in einer stationären Einrichtung betreut wurden.	insgesamt
	n %	n %	n %
Alleinlebend	27 56,3	19 95,0	46 67,6
mit (Ehe-) Partner oder anderen Person zusammenlebend	21 43,8 ³⁰	1 5,0	22 32,3
Klient/innen insgesamt	48 100	20 100	68 100

Tab. 9 (Teilbericht CAU): Form der pflegerischen Versorgung im Verlauf insgesamt und nach vorheriger Wohnsituation

Eine Überforderung pflegender Angehöriger war bei den Teilnehmer/innen des Nordlicht-Projektes überwiegend dann gegeben, wenn diese mit der pflegebedürftigen Person zusammen in einem Haushalt lebten. Insofern sind Überforderungsphänomene bei den umziehenden Klient/innen nicht überproportional häufig gegeben.

Bei den pflegerischen Risiken waren es insbesondere eine Gefährdung in Alltagssituationen allgemein und/oder Selbst- Fremdgefährdungsrisiken sowie die Gefahr der Vereinsamung und/oder Verwahrlosung, die in den häuslichen Pflegesituationen vor dem Umzug in die stationäre Betreuung gehäuft auftraten.

Beratungsaufwand im Rahmen des Case-Managements (CAU)

Der organisatorische Rahmen des Case-Managements sah vor, dass die Patient/innen noch in der Klinik aufgesucht wurden und dort ein Assessment und eine umfassende Hilfe- und Pflegeplanung für die ersten zwei Wochen nach Ende des Krankenhaus-Aufenthaltes erfolgte. Der Einsatz des betreuenden Pflegedienstes war zu planen, ebenso weitere Hilfen. Die notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung der Hilfe- und Pflegeplanung inklusive ggf. erforderlicher Aktivitäten zur Sicherstellung der Finanzierung lagen dabei im Verantwortungsbereich der Case-Managerin, wobei sie nicht jeweils für die Durchführung

³⁰ Geringfügige Abweichungen von 100 % sind Rundungsfehlern geschuldet.

aller notwendigen Aktivitäten selbst verantwortlich war, jedoch oblag ihr die Planung in Zusammenarbeit mit den Klient/innen und deren sozialen Netzwerken und die Klärung der Zuständigkeiten.

Nach der Bedarfserhebung, Beratung und Planung in der Klinik war eine Überprüfung (Monitoring) am vierten Tag nach der Entlassung aus der stationären Betreuung vorgesehen, sowie weitere evaluierende und ggf. beratende Hausbesuche vier Wochen und vier Monate nach der Entlassung.

Insgesamt wurde der Prozess der Planung und Umsetzung der Hilfe-Arrangements in 82 Fällen von der Case-Managerin umfassend begleitet.

Im Folgenden wird dargestellt, in welchem Umfang Beratungs- und Interventionsbedarf gegeben war und beschrieben, welche Rahmenbedingungen bei einem erhöhten Beratungsbedarf vorfindlich waren. Grundlage sind die 82 Klient/innen, die von der Case-Managerin über den Entlassungstermin aus der Klinik hinaus begleitet wurden.

Durchschnittlich waren jeweils pro Klient/in 8,5 Aktivitäten erforderlich: telefonisch geführte Gespräche, Hausbesuche sowie Besuche in Kurzzeitpflege- Einrichtungen und schriftlicher Informationsaustausch. Den größten Anteil an den Aktivitäten der Case-Managerin machten mit 72,2 % die Telefonate aus, gefolgt von Hausbesuchen bei den Klient/innen und in Kurzzeitpflege-Einrichtungen mit 22 %, schriftliche Formen der Kommunikation machten 5,8 % aus.

Bei knapp der Hälfte ihrer Klient/innen – 42,7 % – wurde die Case-Managerin bis zu fünf Mal tätig. Bei ca. einem Drittel der Klientinnen – 34,1 % – waren bis zu 10 Interventionen erforderlich und ca. ein Viertel der Fälle (23,2 %) erforderte eine intensivere Betreuung, bei der sie elf Mal und öfter gefordert war (in zwei Einzelfällen über 30 Mal).

Bei immerhin 40 % der Klient/innen war die Case-Managerin bereits im Zeitraum zwischen der Entlassung aus der Klinik und der planmäßigen Überprüfung der Umsetzung der Maßnahmen nach 4 Tagen mit weiteren Aktivitäten befasst, bei 54 % der Klient/innen war zwischen der Überprüfung nach vier Tagen und dem 4-Wochen-Hausbesuch Interventionsbedarf gegeben und bei 32 % der Klient/innen war auch über den 4-Wochen-Termin hinaus Unterstützung durch die Case-Managerin erforderlich. Zusammengefasst bedeutet das: bei gut der Hälfte der Klient/innen war in einem vier-Wochen-Zeitraum nach dem Klinik-Aufenthalt Bedarf für eine fachliche Begleitung und Unterstützung gegeben, danach stabilisiert sich die häusliche Situation. Bei ca. einem Drittel der Klient/innen bestand ein darüber hinausgehender Unterstützungsbedarf.

Bei ca. 10 % der Klient/innen musste von einem dauerhaft anhaltenden Unterstützungsbedarf ausgegangen werden, der nicht im Rahmen eines klassischen, zeitlich befristeten Case-Managements sicherzustellen ist. Mit dem Pflege- und Unterstützungsbedarf dieses Personenkreises war die Case-Managerin quasi durchgehend zwischen allen planmäßig vorgesehenen Terminen befasst, der durchschnittliche Anzahl der Interventionen lag in dieser Gruppe bei 18.

Kern der über die 4-Tage-, 4-Wochen- und 4-Monate-Termine hinausgehenden Aktivitäten der Case-Managerin war die Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gestaltung des Pflege-Arrangements, also z.B. der Einsatz der eingebundenen ambulanten Pflegedienste, die Ausstattung mit Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Wohnraumgestaltung, die Kommunikation mit Kranken- bzw. Pflegekasse sowie die Einbindung ehrenamtlicher Kräfte und betreuungsrechtliche Fragestellungen.

Direkte erneute Beratungsgespräche mit den pflegenden Angehörigen im Rahmen der planmäßigen 4-

Wochen- und 4-Monatstermine waren – neben dem ständigen Thema der Zufriedenheit und der Angemessenheit der gegebenen Pflegesituation – insbesondere zu folgenden Themen erforderlich (in der Rangfolge der Häufigkeit, mit der sie Gegenstand in den 4-Wochen- bzw. 4-Monats-Besuchen waren):

- Hinweise zum kompetenten Umgang mit den Beeinträchtigungen und dem Pflegebedarf sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Pflegekurses – bei 33 % der Klient/innen
- Ausstattung mit Hilfsmitteln und Maßnahmen der Wohnraumgestaltung – bei 28 % der Klient/innen
- Regelungen des SGB XI insgesamt, inklusive des Verfahrens zur Pflegeein- bzw. Höherstufung – bei 28 % der Klient/innen
- speziell teilstationäre Angebote, insbesondere Tagespflege – bei 20 % der Klient/innen
- Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, insbesondere Betreuungsgruppen und Angehörigengruppen – bei 20 % der Klient/innen

Betreuungsrechtliche Fragestellungen, Hinweise auf sozialrechtliche Leistungsansprüche über das SGB XI hinaus sowie Fragen zur Einbindung ehrenamtlicher Hilfen waren weniger häufig Themen der nachgehenden Beratungen.

Der Beratungsbedarf hing dabei nicht mit dem Pflegebedarf im engeren Sinne zusammen, vielmehr erhöhte eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz den Interventionsbedarf sowie eine Pflegesituation, in der die Pflegestufe – in der Regel dann erstmalig – im Rahmen eines von den Klinik-Mitarbeiter/innen initiierten Eil-Einstufungsverfahrens zuerkannt wurde.

Überdurchschnittlich oft war die Case-Managerin bei den Klient/innen gefordert, die nicht über ein soziales Netzwerk verfügten und bei denen, die im Kontext eines stabilen Netzwerkes betreut und gepflegt wurden. Dagegen war das Beratungsgeschehen (gemessen an der Häufigkeit der Interventionen) in labilen oder prekären Netzwerken weniger intensiv.

Nicht zuletzt ist zu konstatieren, dass die Einbindung professioneller Pflegedienstleistungen erhöhte Aktivitäten durch das Case-Management forderten: war kein Pflegedienst eingebunden, wurde die Case-Managerin durchschnittlich 5,7 Mal tätig, wurde professionelle Pflege in Anspruch genommen, erhöhte sich die Anzahl der Aktivitäten auf durchschnittlich 9,2.

Die Evaluation der häuslichen Pflege-Arrangements

Im Modellprojekt war – in Anlehnung an den Expertenstandard Entlassungsmanagement – vorgesehen, dass die Case-Managerin die häusliche Situation ihrer Klient/innen zu drei festgelegten Zeitpunkten überprüft: 4 Tage, 4 Wochen und 4 Monaten nach der Entlassung aus der stationären Versorgung.

Die 4-Tages-Überprüfung diente vor allem dem Monitoring, d.h. es war zu überprüfen, inwieweit alle geplanten Maßnahmen umgesetzt wurden oder es ggf. Anpassungsbedarf gab. Im Rahmen der 4-Wochen- und 4-Monats-Hausbesuche stand die Evaluation im Vordergrund: es galt zu überprüfen, inwieweit Ziele der Pflegeplanung umgesetzt werden konnten.

Zur Durchführung der 4-Wochen- und 4-Monats-Besuche und zu ihrer Dokumentation wurde ein Erfassungsbogen entwickelt. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Grundlage sind 61 Klient/innen-Besuche nach 4 Wochen und 45 Besuche nach 4 Monaten.

Ein Teil der Klient/innen wünschte insgesamt keinen Hausbesuch, 15 Klient/innen waren zwischen dem ersten Besuch verstorben oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung umgezogen, in einem Fall war nur der zweite Hausbesuch nicht erwünscht.

Im Kern zeigten die Ergebnisse, dass sich die häuslichen Situationen bei denjenigen Klient/innen, die nicht in ein Heim umgezogen oder verstorben waren, bis zum 4-Wochen-Besuch auf einem zumindest ausreichend tragfähigen Niveau eingependelt hatten.

Mit Ausnahme von 3 Klient/innen äußerten sich alle anderen – eingedenk der Einschränkungen durch die Pflegebedürftigkeit – zu diesem Zeitpunkt mit ihrer häuslichen Situation zufrieden. Drei Klient/innen äußerten Unzufriedenheit, jedoch weniger mit konkreten Maßnahmen als mit der Situation insgesamt.

Die Pflege erfolgte im Großen und Ganzen zufriedenstellend³¹. Nach Einschätzung der Case-Managerin war in 50 der besuchten Pflege-Haushalte davon auszugehen, dass die naturgemäß mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehenden Probleme von den Angehörigen bewältigt wurden, in 8 Fällen ging sie sogar davon aus, dass die Situation ohne jede Schwierigkeit von den Angehörigen gemeistert wurde. In einem Fall war kein soziales Netz vorfindlich und in nur zwei Fällen dokumentiert sie erkennbare Überlastungen.

Die von den ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommenen Leistungen wurde teilweise an veränderte Bedarfe angepasst – in den meisten Fällen durch eine Reduzierung, in einigen Fällen waren in der Zwischenzeit Leistungen erforderlich, die über den im Anschluss an den Krankenhaus-Aufenthalt geplanten Rahmen hinausgingen.

Weitergehende Bedarfe professioneller Unterstützung, die die Case-Managerin als sinnvoll und für die häusliche Situation erleichternd erachtete waren im Wesentlichen Maßnahmen der Mobilisierung und der Wohnraumgestaltung sowie entlastende Angebote für die pflegenden Angehörigen. In einzelnen Fällen war aus ihrer Sicht eine Tagespflege eine sinnvolle Ergänzung.

In keinem der besuchten Pflege-Haushalte war nach Ihrer Einschätzung die pflegerische Versorgung gefährdet.

³¹ Wiewohl einige häusliche Situationen von problembehafteten Rahmenbedingungen (wie z.B. übermäßiger Alkoholgenuss) gekennzeichnet waren. Die vorfindlichen Bedingungen begründeten nur in einem Fall eine weitergehende Intervention durch den sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Kiel.

Dies zeigt auch, dass während des nachfolgenden 4-Monats-Besuchs kaum Veränderungen dokumentiert wurden. Ein Teil der Klient/innen war zwischenzeitlich verstorben, ein Teil wurde – oft nach einem weiteren Krankenhaus-Aufenthalt – mittlerweile stationär gepflegt. Bei all denen, die nach wie vor häuslich betreut wurden, gab es kaum Veränderungen. Nach wie vor waren Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität und die Entlastung der pflegenden Angehörigen die Haupt-Themen im Hinblick auf sinnvolle ergänzende Maßnahmen. Darüber hinaus jedoch zeigte sich die Situation in allen Fällen stabil.

5. Versorgungskontinuität und Versorgungsbrüche

Analyse der Daten im Projektverlauf

Die ausgewählten Daten wurden bezüglich der Verläufe analysiert und die Teilnehmer, die in der Häuslichkeit verblieben sind (Versorgungskontinuität) mit denen verglichen, die in ein Heim gezogen sind. Beobachtungen zu verstorbenen Teilnehmern wurden teilweise ergänzt.

Instrumente und Methoden

Die Daten wurden mit folgenden Instrumenten gewonnen:

- **Daten auf Grundlage des Assessment-Instrumentes:** Dabei wurden die Aufzeichnungen der Case-Managerin quantitativ ausgewertet: z.B. wie viele Personen bestimmen das Hilfenetz des Teilnehmers und wann werden welche Leistungen in Anspruch genommen.
- **Fallbesprechungen zur individuellen Gesamtsichtung und Würdigung** aller Daten und Erfahrungen mit einer abschließenden Beurteilung der Case-Managerin unter der Fragestellung: Wo liegen die realen und anzunehmenden Potenziale bzw. Bruchstellen für die Versorgungssicherheit?

Für Teilnehmer, die in eine stationäre Versorgung gezogen sind, wurden die vorhandenen Informationen ausgewertet und eine Einschätzung für diese Entscheidung abgeleitet. Für die übrigen Teilnehmer wurden die ermittelten Faktoren analysiert und auf diesem Hintergrund unter der Fragestellung nach der Wahrscheinlichkeit einer Absicherung bzw. Gefährdung der Versorgungskontinuität gewertet.

Die Daten zum Versorgungsverlauf wurden zu 4 Zeitpunkten erhoben und in einer Matrix zusammengestellt. Die systematische Datenerfassung erfolgte bei der Entlassung und bei Hausbesuchen nach 4 Wochen und 4 Monaten. Zum Abschluss des Projektes wurden alle Teilnehmer telefonisch befragt, so konnten auch die Daten der Teilnehmer berücksichtigt werden, die ein ganzes Jahr oder länger in der Häuslichkeit betreut wurden (n=22). Ein Versorgungsbruch wurde definiert als Einzug in ein Heim und Versterben.

In den einzelnen Items wurden Häufigkeiten ausgezählt und in Prozentwerte umgewandelt bzw. Durchschnittswerte pro Item berechnet. Betrachtet wurden drei Ebenen:

Messzeitpunkte	Strukturebene:	Netzwerkebene:	Personenbezogene Ebene:
Entlassung	Inanspruchnahme der Leistungen des Pflegedienstes	Personen im privaten und professionellen Netz	Pflegebezogene Aspekte (Diagnosen, Risiken, Verlust der Pflegestufe)
Hausbesuch nach 4 Wochen	Konflikte oder Missverständnisse mit dem Pflegedienst	Kenntnisse zur Stabilität des Netzes	Aspekte der Persönlichkeit (Compliance und Konflikte)
Hausbesuch nach 4 Monaten	Erhöhter Beratungsbedarf durch die Case-Managerin	Potenzielle Bruchstellen	Potenzielle Bruchstellen
Tel. Abfrage nach einem Jahr			

Tab 10: Analyse der Daten im Versorgungsverlauf auf 3 Ebenen

In den nachfolgenden Tabellen wurden die Ergebnisse der Teilnehmer, die in der eigenen Häuslichkeit verblieben sind, denen gegenübergestellt, die im weiteren Verlauf in ein Heim gezogen sind. Teilweise wurden die Daten der Teilnehmer berücksichtigt, die im Projektzeitraum verstorben sind (n=14), ein systematischer Vergleich erfolgte bei den Risikofaktoren und Diagnosen.

Für die Operationalisierung der Bereiche Leistung des Pflegedienstes, Netzwerk und personenbezogene Faktoren verweisen wir auf die „Anlage Operationalisierung“

Messzeitpunkte	Häuslichkeit³²	Heim
Entlassung	n=48	n=16³³
Hausbesuch nach 4 Wochen	n=48	n=11
Hausbesuch nach 4 Monaten	n=47	n=5
Teilnehmer, die ein Jahr und länger begleitet wurden	n=22	

Tab 11: Anzahl der Teilnehmer in den Gruppen Häuslichkeit und Heim zu den 4 Messzeitpunkten

³² Berücksichtigt werden nur die Teilnehmer, die nicht in ein Heim gezogen und nicht verstorben sind. Die Ergebnisse unterscheiden sich allerdings nur unwesentlich, wenn wir in den Zahlen aller Teilnehmer berücksichtigen, die sie zum Zeitpunkt in der Häuslichkeit gelebt haben.

³³ Für die allgemeine Beschreibung der Heimgruppe stehen die Daten von 20 Personen zur Verfügung

Ergebnisse zu den Bereichen: Leistung des Pflegedienstes, Netzwerk und personenbezogene Faktoren

Die Teilbereiche: „Strukturebene, Netzwerk und personenbezogene Faktoren zur Versorgungskontinuität“ wurden in ihren Teilaspekten beschrieben, Daten aus dem Projekt dokumentiert und Empfehlungen zu den einzelnen Bereichen abgeleitet.

Ergebnisse auf der Strukturebene

Bezogen auf die Inanspruchnahme der Leistungen des Pflegedienstes ließen sich 3 Gruppen unter dem Aspekt des Leistungsbezuges identifizieren:

- 13 Teilnehmer in der Gruppe „Keine Leistungen“, die Pflege wurde ausschließlich durch die Angehörigen, zumeist den Ehepartner sichergestellt.
- 15 Teilnehmer: „Maximal eine Grundpflegeleistung“ eines Pflegedienstes: Im Pflegevertrag wurden höchstens einmal wöchentlich Grundpflegeleistungen vereinbart und/oder die Teilnehmer erhielten SGB V- Leistungen bzw. Tagespflege.
- 47 Teilnehmer: Zwei oder mehr Grundpflegeleistungen pro Woche: Die Teilnehmer erhielten zwei oder mehr Grundpflege-Leistungen pro Woche, sowie SGB V- Leistungen und/oder Tagespflege. Davon nahmen 16 Teilnehmer täglich Grundpflegeleistungen und 7 Personen lediglich 2 Leistungen pro Woche in Anspruch.

Wird der ambulante Leistungsbezug in der Gruppe „Häuslichkeit“ im Zeitverlauf betrachtet, wird eine hohe Kontinuität sichtbar: So lag der Anteil der Kunden die zwei oder mehr Grundpflegeleistung in der Woche erhalten haben zu den vier Messzeitpunkten stabil bei 64-67%.

Der Leistungsumfang bewegte sich zumeist in dem Kostenrahmen, der durch die Pflegeversicherung gedeckt ist. Nur bei zwei Personen gab es ergänzende Leistungen nach dem SGB XII und zwei Teilnehmerinnen steuerten Mittel aus ihrem Vermögen bei. Die Leistungen des Pflegedienstes wurden von diesen Teilnehmern im Zeitraum bis zu 4 Monaten kontinuierlich reduziert, teilweise kündigten die Teilnehmer dringend erforderliche Leistungen, teilweise erfolgte die Reduzierung infolge der Stabilisierung des Pflegearrangements und durch die Schulung von Angehörigen.

Reduzierung von Leistungen	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	3%	19%
Zweiter bis siebter Tag	8%	6%
Zweite Woche bis Ende vierter Woche	12,5%	27%
4 Monate	13%	40%

Tab. 12: Wann haben Teilnehmer Leistungen reduziert: Vergleich der Gruppe „Häuslichkeit“ mit den Teilnehmern, die in ein Heim gegangen sind.

Teilnehmer der Gruppe „Häuslichkeit“ reduzierten die Pflegeleistungen nicht so oft, wie Teilnehmer, die in ein Heim gezogen sind.

Der größte Unterschied lag in der Veränderung der Leistungen schon am Entlassungstag, während jeder fünfte Teilnehmer der Heimgruppe Leistungen abwählte, war dies in der Gruppe Häuslichkeit selten. In zwei Fällen wurde die Reduzierung als ausschlaggebender Faktor für die Heimeinweisung betrachtet.

Die ablehnende Haltung wurde auch in der Umsetzung der Maßnahmen zur Wohnraumanpassung deutlich, kein Teilnehmer in der Heimgruppe setzte die empfohlenen Maßnahmen um. Es bestand aber eine höhere Bereitschaft für hauswirtschaftliche Hilfen (20%, Durchschnitt: 11%).

Auch Konflikte und Missverständnisse mit dem Pflegedienst spielten direkt nach der Entlassung bei häufiger eine Rolle. In der Gruppe „Häuslichkeit“ waren Konflikte zu Beginn der Betreuung etwas seltener und die Zahlen nahmen im Versorgungszeitraum stärker ab.

Konflikte mit einem Pflegedienst	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	12,5%	19%
4 Wochen	4%	9%
4 Monate	2%	0
1 Jahr	0	-

Tab 13: Zu welchem Zeitpunkt gab es Konflikte mit einem Pflegedienst?

Das folgende Fallbeispiel zeigt einen Konflikt, der sich aus der Ablehnung von Leistungen ergab, u.a. weil der Dienst in die Privatsphäre und Selbstbestimmung der Teilnehmerin eingriff. Die Teilnehmerin lehnte auf der einen Seite die Hilfe des Pflegedienstes ab, nutzte aber trotzdem den Hausnotruf, sodass der Pflegedienst weiterhin in Kontakt bleiben konnte.

Fr. S. (86) wurde nach einem Sturz in der Klinik behandelt.

Fr. S lebte allein, ihre Nachbarin brachte ihr die Zeitung und versorgte Katze bei den Krankenhaus-Aufenthalten. Offensichtlich bekam Frau S. Besuch, denn der Pflegedienst berichtete, dass immer zwei Gläser für alkoholische Getränke auf dem Tisch ständen. Frau S. fuhr trotz der beginnenden Demenz und der Neigung zum Alkohol Auto.

Frau S. wurde auf eigenen Wunsch entlassen, eine Behandlung in der Geriatrie und der Kurzzeitpflege lehnte sie ab. Die Medikamente nahm Fr. S unkontrolliert. Der Pflegedienst versuchte zunächst, über die Medikamentengabe Kontakt aufzubauen. Geplant wurden 3 Einsätze täglich. Die ersten Wochen waren durch Versorgungsprobleme und Ablehnen der Hilfen bestimmt. Der Hausarzt sähe noch keine Notwendigkeit einer Betreuung, auch der Betreuungsverein riet zur Gelassenheit.

Nach 2 Monaten wurde der Pflegedienst nach einem Konflikt über die unkontrollierte Medikamenteneinnahme herausgeworfen. Zwischenzeitlich löste sie danach den Notruf aus und es wurde eine weitere Gewichtsabnahme deutlich. Nach 4 Monaten wurde eine ehrenamtliche HelferIn gefunden und der Dienst konnte kurzfristig wöchentlich Hilfen im Haushalt leisten. Der Dienst nahm danach weiterhin aktiv Kontakt zu Frau S. auf.

Ein erhöhter Beratungsbedarf im Case-Managementprozess bestand bei etwa der Hälfte der Teilnehmer bis zum 4 Wochen-Zeitraum, danach sank der Anteil kontinuierlich.

Dieser Bedarf bestand besonders in den ersten 4 Wochen, dies galt besonders für die Teilnehmer, die in ein Heim gezogen sind. Auch in dem 4-Monatszeitraum fanden in dieser Gruppe intensivere Beratungen statt. Auf Grundlage der Projekterfahrungen können wir davon ausgehen, dass ein kleiner Anteil der Pflegebedürftigen kontinuierlich begleitet werden sollte, so zeigte sich ein zeitintensiver Gesprächsbedarf³⁴ besonders bei Teilnehmern die ohne einen Pflegedienst betreut wurden.

Die Gruppe „Keine Leistungen“ ist dadurch gekennzeichnet, dass häufiger eine Hauptpflegeperson, zumeist der Ehepartner, die Pflege übernahm. In dieser Gruppe gab es nur eine Heimaufnahme für einen Teilnehmer, der in einem labilen Netzwerk lebte. Kein Teilnehmer ist im Projektzeitraum verstorben.

Auffällig anders waren die Versorgungsverläufe in der Gruppe „Maximal eine Grundpflegeleistung in der Woche“. In dieser Gruppe gab es mehr Versorgungsbrüche durch Heimaufnahmen (27%) oder Tod (33%). Nur 40% verblieben in ihrer Häuslichkeit.

- Diese Teilnehmer lebten überwiegend in einem labilen Netzwerk, das private Netz war mit 2,1 Personen kleiner, die Größe des professionellen Netzwerkes lag mit 3,5 Personen im Durchschnitt.
- Es waren weniger Kinder, an der Versorgung beteiligt, 47% (Durchschnitt: 66%), es gab keine Geschwister und weniger Freunde 7%, (Durchschnitt: 16%), aber häufiger pflegende Neffen 13% (Durchschnitt: 4%). Im Gespräch mit der Case-Managerin wurden häufiger innerfamiliäre Konflikte genannt.
- Es gab seltener einen verantwortlichen Ansprechpartner (53%, Durchschnitt: 70%), häufiger traf ein Familienrat die Entscheidungen (27%, Durchschnitt: 16%)
- Tagespflege wurde häufiger angenommen (20%, Durchschnitt: 15%) und ehrenamtliche Kräfte wurden kompensatorisch stärker eingebunden (20%, Durchschnitt: 12%)
- SGB V - Leistungen wurden von der Krankenkasse häufiger gekürzt (13%, Durchschnitt: 5%) und es gab weniger Konflikte mit einem Pflegedienst (7%, Durchschnitt: 12%).

Weitere Unterschiede bestanden in dieser Gruppe bei Diagnosen und Risiken.³⁵

Neben den ambulanten Leistungen wurde auch erfasst, wie viele Teilnehmer teilstationäre Angebote nutzten oder während des Projektes erneut (zumeist mit einer anderen Diagnose) in eine Klinik aufgenommen wurden:

In der Heimgruppe hatten 60% der Teilnehmer eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, vier Teilnehmer blieben danach in der stationären Pflege, 40% wurden in der Zwischenzeit erneut in eine

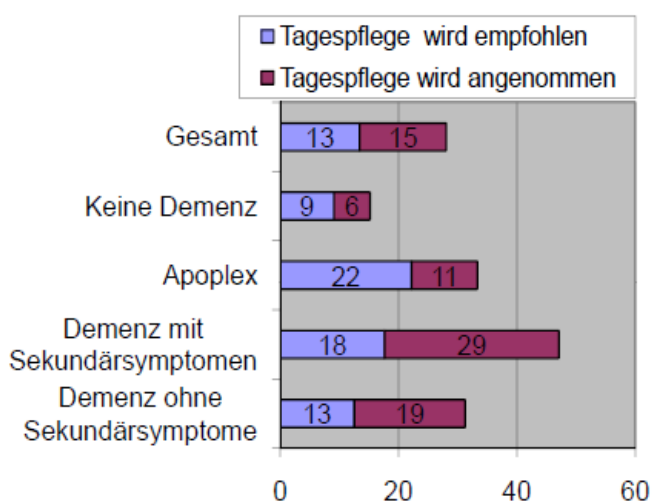
³⁴ In diesem Ergebnis ist der subjektive Zeitfaktor der Case-Managerin erfasst und die die Häufigkeit der Kontakte

³⁵ Diese Teilnehmer wurden häufiger wegen einer Fraktur behandelt und leiden eher an Polyneuropathien, Schilddrüsenerkrankungen und einer Alkoholproblematik. Bezüglich anderer Diagnosen gibt es keine Auffälligkeiten. Bei den Risiken waren das Problem der Mangelernährung und eine Verwahrlosungsgefahr erhöht und es gab aber keine psychiatrischen Symptome.

Klinik eingewiesen. Diese Werte lagen in der Gruppe Häuslichkeit niedriger (Kurzzeitpflege: 33%, Wiedereinweisung: 29%). In der Gruppe der Verstorbenen nutzte jeder dritte die Kurzzeitpflege (29%) und 36% wurden erneut eingewiesen.

Die Tagespflege wurde deutlich häufiger empfohlen als angenommen, manchmal zog sich der Entscheidungsprozess über Monate hin. Wenn ein Probetag zufriedenstellend verlief, gab es in der Folgezeit keine Reduzierung der Leistung, es sei denn, es war eine Immobilität eingetreten (ein „Fall“). Im Vergleich der Diagnosen war auffällig, dass die Tagespflege eher von Demenzkranken genutzt wird, besonders wenn diese mit psychiatrischen Symptomen einherging.

Abb. 6: Welche Teilnehmer benötigen und nutzen die Tagespflege



Ergebnisse zur Netzwerkqualität

Für die Projektteilnehmer mit ambulanten Leistungen blieben die Anzahl der Netzwerkpartner und die Qualität der Netzwerke stabil. Die Daten zeigten den leichten Trend: Je größer die privaten Hilfenetze, umso länger bleibt die Häuslichkeit erhalten und die Heimeinweisung erfolgte später.

In das private Netz der Heimgruppe waren weniger Menschen eingebunden:

- Nur 5% wohnen mit der Hauptpflegeperson zusammen
- Geschwister waren stärker eingebunden und Schwiegerkinder seltener
- Sie sind häufiger verwitwet und seltener verheiratet

Die Anzahl der Personen im professionellen Netz waren in der Heimgruppe nach 4 Monaten durch einen erhöhten Anteil von Ärzten und Therapeuten zu erklären.

- Die Beratungsstelle Demenz und Pflege wurde von jedem Dritten angenommen
- Eine externe gesetzliche Betreuung bestand bei 15% (Durchschnitt 10%)
- Ein Ehrenamt konnte seltener eingebunden werden (5%, Durchschnitt 12%)

In zwei Fällen wurde die Heimeinweisung durch den Berufsbetreuer veranlasst, ohne dass dieser auf Telefonate oder Mails der Case-Managerin reagierte. Diese Thematik wurde in einem Expertenworkshop aufgegriffen, dies seien Einzelfälle, die sich bei namentlich bekannten Berufsbetreuern wiederholen würden, in der Regel würden die Betreuer jedoch die ambulante Pflege unterstützen. (Siehe Anlage „Ist für gesetzliche Betreuer das Heim die einfachere Lösung“)

Die Qualität der privaten Netze änderte sich im Zeitverlauf nur geringfügig. Teilnehmer, die länger in der Häuslichkeit verbleiben lebten einem stabilen Netz und wurden insbesondere durch die Ehepartner gepflegt. In der Heimgruppe lebten die Teilnehmer besonders häufig in einem labilen Netzwerk. Da die räumliche Nähe der Hauptpflegeperson als Kriterium für dieses Netzwerk nur begrenzten Aussagewert hat, sollte die innere Struktur der Netzwerke berücksichtigt werden:

Die wichtigste Funktion zur Stabilität hatte die Hauptpflegeperson: Hier lag das Hauptrisiko für einen Versorgungsbruch, eine andere mögliche Bruchstellen im Netzwerk gab es durchschnittlich bei jedem zweiten Teilnehmer.

In der Heimgruppe spielte die Hauptpflegeperson eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, es gab insgesamt mehr vermutete Bruchstellen und dieser Anteil blieb nach der Entlassung auf einem hohen Niveau.

Vermutete Bruchstellen für Teilnehmer der Heimgruppe	Hauptpflegeperson fällt aus (z.B. Klinik)	Weitere potenzielle „Bruchstellen“	Summe
Entlassungstag	0,2	1,4	1,6
4 Wochen	0,3	1,2	1,5
4 Monate	0,3	1,5	1,7

Tab 14: Durchschnittliche Häufigkeit von möglichen Bruchstellen bei Teilnehmern, die in ein Heim gezogen sind

Vermutete Bruchstellen für Teilnehmer, die in der Häuslichkeit verblieben sind	Hauptpflegeperson fällt aus (z.B. Klinik)	Weitere potenzielle „Bruchstellen“	Summe
Entlassungstag	0,6	0,3	1
4 Wochen	0,6	0,3	0,9
4 Monate	0,6	0,3	1
1 Jahr	0,5	0,2	0,7

Tab 16: Durchschnittliche Häufigkeit von möglichen Bruchstellen bei Teilnehmern, die in der Häuslichkeit verblieben sind

Ergebnisse zur personenbezogenen Ebene

Häuslichkeit – Heim – verstorbene Teilnehmer

Die Teilnehmer der Heimgruppe waren mit 85 Jahren etwas älter, verstorbene Teilnehmer lagen im altersmäßigen Durchschnitt (83 Jahre), die Gruppe Häuslichkeit lag leicht darunter (82).

Die Häufigkeit der Diagnosegruppen unterschieden sich nicht zwischen den Gruppen Heim und Häuslichkeit (jeweils 3,5), bei den verstorbene Teilnehmern lagen sie höher (4,6).

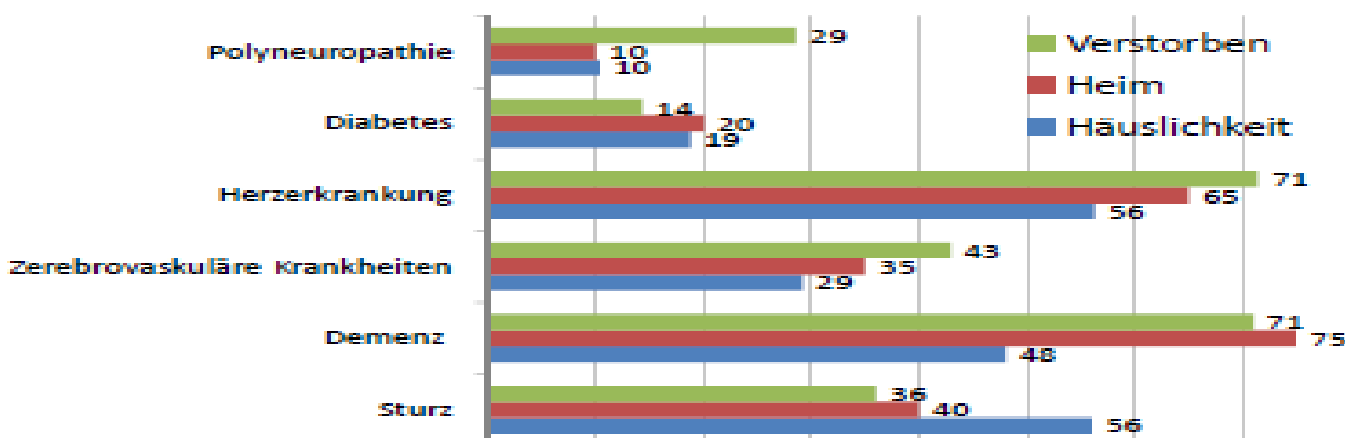
Unterschiede zwischen den Diagnosen werden in den Tabellen mit den jeweiligen Prozentwerten veranschaulicht. Bezüglich der anderen erfassten Diagnosegruppen bestanden keine augenfälligen Unterschiede. In der Gruppe Häuslichkeit (n=48) sind Herzerkrankungen, Demenz und zerebrovaskuläre Krankheiten seltener, sie wurden stärker aufgrund einer Fraktur behandelt. Dies korrespondiert mit einer diagnostizierten Störung des Gangbildes, häufiger wurden akute oder chronische Schmerzzustände beschrieben.

Demgegenüber waren bei den verstorbenen Teilnehmern (n=14) Herzerkrankungen, Demenz und zerebrovaskuläre Krankheiten und Polyneuropathien häufiger, eine Arthrose ein Diabetes oder eine Fraktur als Ursache des Krankenhausaufenthaltes war seltener.

In der Heimgruppe (n=20) lag der Anteil der diagnostizierten Demenz mit drei viertel der Teilnehmer besonders hoch, sie litten häufiger an einer Arthrose und es bestand bei jedem Vierten der Verdacht einer Alkoholproblematik (25%). Depressionen³⁶ (25%) liegen im Durchschnitt.

Abb.7: Worin unterscheiden sich die Diagnosen bei Teilnehmern, die in der Häuslichkeit verblieben sind von denen die Verstorben sind oder in eine Heim gezogen sind?

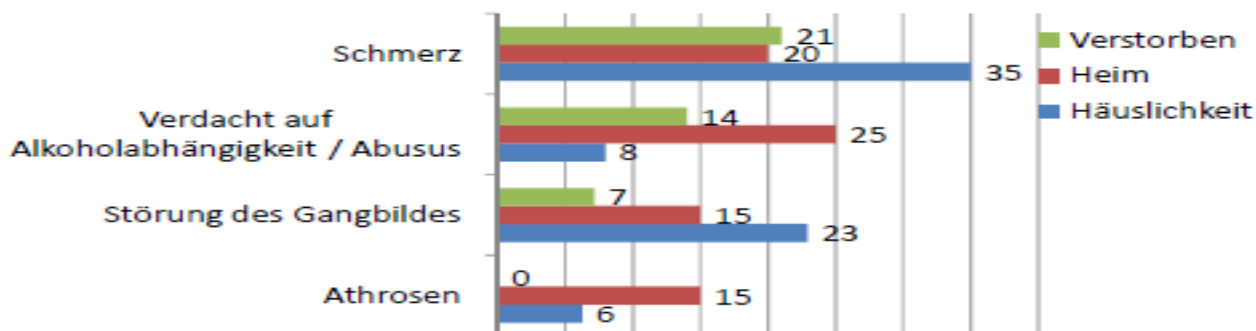
Ausgewählte Diagnosen



³⁶ In der Einzelfallbetrachtung ließ sich jedoch vermuten, dass mehrfach die Tagesstruktur, die Gemeinschaftsangebote und die Aktivierung in der Kurzzeitpflege einen entscheidenden Anteil für die Entscheidung zur stationären Pflege bei depressiven Teilnehmern hatten.

Abb. 8 Welche weiteren Unterschiede gibt es bezüglich Schmerz, Abusus u.a.?

Weitere Unterschiede:



In der Einzelfallbetrachtung lassen sich auffällige Interaktionen zwischen den Diagnosen beobachten:

Fünf der 20 Teilnehmer waren an einer Demenz ohne Sekundärsymptome erkrankt, zwei von ihnen verbunden mit einer Abhängigkeit. Neun Teilnehmer hatten eine Demenz mit Sekundärsymptomen:

- Bei den Frauen gab es zweimal die Verbindung: Depression, Schmerz und Selbst- oder Fremdgefährdung und zweimal eine mit einer Verwahrlosungsproblematik
- Bei drei Männern war die Demenz mit einer Alkoholabhängigkeit, Verwahrlosungsneigung und einer Selbst- oder Fremdgefährdung verbunden (2 von 3). Sie blieben nach der Kurzzeitpflege im Heim bzw. wechselten nach 2 Tagen Erprobung der Häuslichkeit in ein Heim.

Ein Beispiel dafür ist Herr P., bei dem der Auslöser für die Heimaufnahme das Vertauschen der Schuhe war:

Hr. P (78) wurde aufgrund eines Sturzereignisses, mit einer Pneumonie und Kachexie aufgenommen, er litt an einer Demenz und Alkoholabhängigkeit mit Polyneuropathie, Hepatitis, Herzinsuffizienz, Hyperthyreose und anderen Begleiterkrankungen. Herr P. wohnte allein in seiner Eigentumswohnung, seine berufstätige Tochter war die verantwortliche Ansprechpartnerin, ihr arbeitsloser Bruder besuchte den Vater häufig, aber die Kinder wirkten mit den vielen Entscheidungen überfordert.

Herr P. hatte im Krankenhaus und vermutlich auch vorher in der Häuslichkeit eine Tag/Nachtumkehr, er verirrte sich, räumte und zeigte einen deutlichen Bewegungsdrang. Im Gespräch wirkte er desorientiert, wenn er eine Frage nicht verstand sagte er: "Ich hab keinen Kopf mehr".

Früher habe die Ehefrau alles gesteuert, nachdem sie in ein Heim gekommen ist, hatte es Schwierigkeiten in der Versorgung gegeben. Nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege wurde zur Unterstützung des familiären Netzes neben täglicher ambulanter Pflege und Medikamentengabe, 5x wöchentlich Tagespflege organisiert.

Der Dienst hatte nur einmal geleistet, nachts räumte Herr P., versteckte die Mappe des

Pflegedienstes und stürzte erneut. Am Folgetag besuchte er die Tagespflege. Die Entscheidung für das Heim wurde an diesem Tag getroffen, als Herr. P. auf dem Weg zur Tagespflege die Schuhe seines Sohnes anzog.

Risikoprofile – Unterschiede

In der Verlaufsbetrachtung unterscheidet sich die durchschnittliche Zahl der pflegerischen Risiken nicht zwischen der Gruppe Heim und Häuslichkeit, Teilnehmer, die später in ein Heim zogen, hatten sogar weniger Risiken. In der Gruppe der Verstorbenen hatten die Teilnehmer 1,7 Risiken.

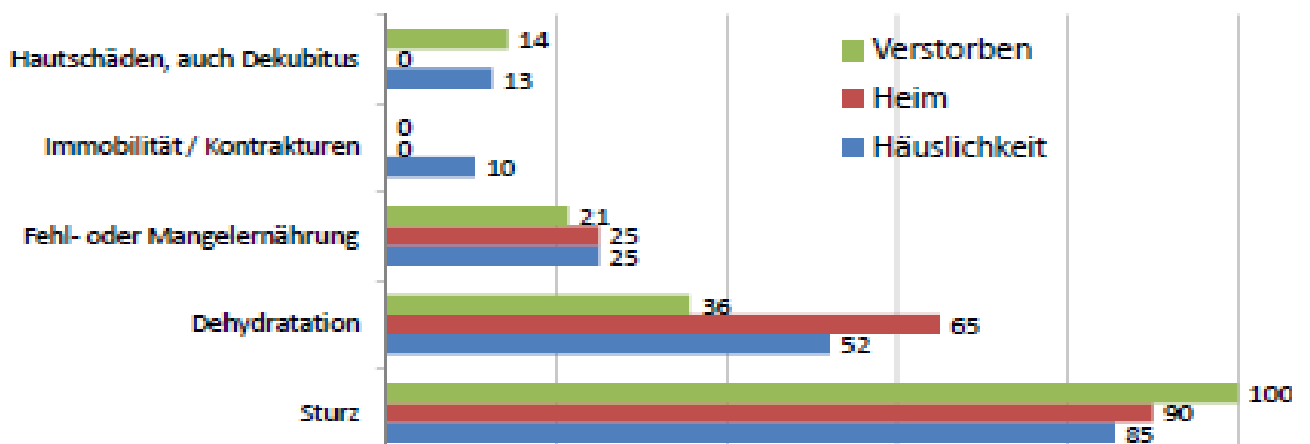
Anzahl der pflegerischen Risiken	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	1,8	1,8
4 Wochen	1,8	1,5
4 Monate	1,8	1,4
1 Jahr	1,6	-

Tab. 16: Wie häufig sind die erfassten pflegerischen Risiken im Vergleich?

Für die Gruppen wurden die erfassten Risiken in Risikoprofilen gegenübergestellt. Die Gefahr von Dekubitalgeschwüren³⁷, chronischen Wunden, von Immobilität und Kontrakturen lagen in der Zielgruppe vergleichsweise niedrig.

Abb. 9: Welche Unterschiede bestehen im pflegerischen Risikoprofil zwischen den Teilnehmern, die in der Häuslichkeit verblieben zu denen, bei denen ein Versorgungsbruch beschrieben wurde

Risikoprofil: pflegerische Risiken



³⁷ Erfasst mit der „Bradenskala“, die in das Assessment-Instrument integriert wurde.

Diese Risiken waren in der Gruppe der Verstorbenen nicht erhöht, der zumeist unerwartete Tod war nicht mit einer erhöhten Pflegebe-dürftigkeit verbunden.

Das Gefährdungspotenzial einer Fehl- oder Mangelernährung unterschied sich kaum.

Demgegenüber zeigten sich deutliche Unterschiede im Risiko einer Dehydratation, die in der Heimgruppe höher eingeschätzt wurde. Jeder dritte Teilnehmer (30%) mit einem Dehydratationsrisiko ging in das Heim, insofern kam diesem Risiko ein geringer Vorhersagewert zu³⁸.

Hier lag ein besonderes Problem in der häuslichen Versorgung, insbesondere wenn der Pflegebedürftige nicht mit einer Hauptpflegetperson zusammenlebte, die immer wieder zum Trinken auffordert und entsprechende ambulante Einsätze aus Kostengründen abgelehnt werden. Damit stieg die Gefahr einer deliranten Entgleisung, die möglicherweise in direktem Zusammenhang mit einer erneuten Krankenhauseinweisung steht.

In allen Gruppen bestand ein hohes Sturzrisiko, dass durch Kriterien der Tinettiskala erfasst wurde. Da die bisherigen Sturzskalen für eine Differenzierung der Höhe eines Sturzrisikos ungeeignet sind und pflegebedürftige Menschen überwiegend als sturzgefährdet gelten, können die Unterschiede nicht interpretiert werden, denn gerade in der Gruppe der Verstorbenen gab es deutlich weniger Störungen des Gangbildes und Frakturen als Ursache des Krankenhausaufenthaltes.

Bei der Bewertung der pflegerischen Risiken ist auch die erhöhte Aberkennung der Pflegestufe von Bedeutung. Die Eileinstufung wurde kurz nach der Entlassung bei 12,5% in der Heimgruppe (n=16) nicht bestätigt, dieser Anteil stieg bei den Teilnehmern deutlich an, die später in ein Heim zogen. Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurde in der Heimgruppe (80%) und bei den Verstorbenen (79%) höher angegeben, als in der Gruppe: Häuslichkeit (65%).

Aberkennung der Pflegestufe	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	2,1%	12,5%
4 Wochen	6,3%	18,2%
4 Monate	8,5%	20%

Tab. 17: Wie hoch ist der Anteil der Teilnehmer, bei denen die Pflegestufe aberkannt wurde?

³⁸ Das Risiko in ein Heim zu kommen lag bei den Teilnehmern des Projektes bei 25%, 43 Teilnehmer hatten ein Dehydratationsrisiko, 30% davon in der Gruppe Heim.

Risikoprofil: Psychosoziale Risiken

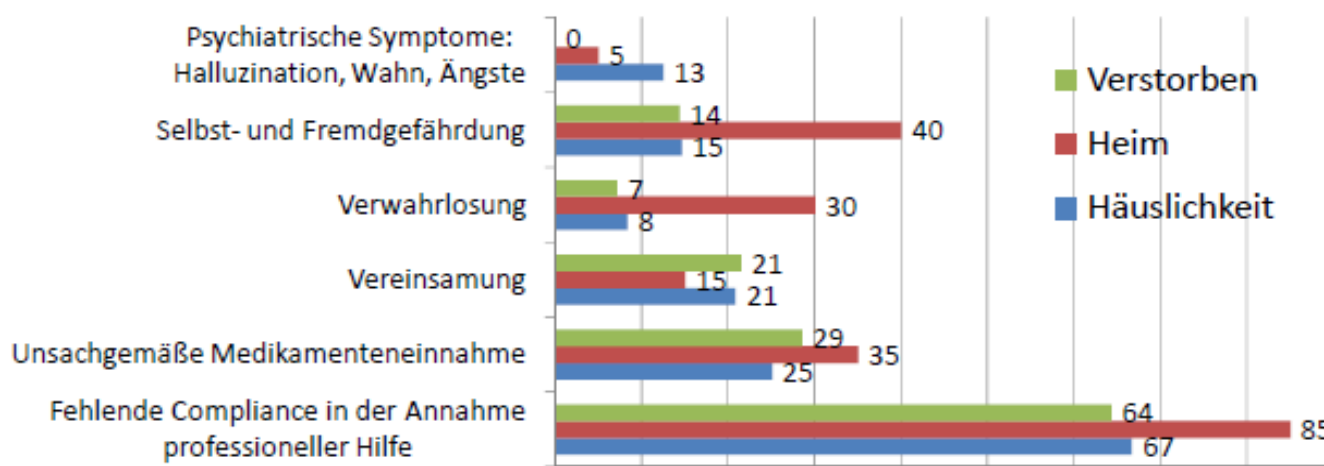
Die durchschnittliche Zahl der psychosozialen Risiken war in der Heimgruppe erhöht, lediglich bei Teilnehmern, die eine längere Zeit in der Häuslichkeit verblieben sind, näherte sie sich an den Durchschnittswert an. In der Gruppe der Verstorbenen gab es durchschnittlich 1,3 psychosoziale Risiken.

Anzahl der psychosozialen Risiken	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	0,9	1,3
4 Wochen	0,8	1,3
4 Monate	0,8	1,0
Ein Jahr	0,6	

Tab. 18: Wie viele psychosozialen Risiken wurden erfasst?

Abb. 10 Welche Unterschiede wurden bei psychosozialen Risiken beobachtet?

Risikoprofil: psychosoziale Risiken



In der vergleichenden Betrachtung dieser Risiken zeigte die Heimgruppe die höchsten Werte:

- bei der Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Brandgefahr und Verirren). Von den 17 Teilnehmern mit einer Selbstgefährdung war jeder Zweite in der Heimgruppe (47%).
- Verwahrlosung. Von den 11 Teilnehmern mit einer Verwahrlosung war jeder Zweite in der Heimgruppe (55%).
- einer unsachgemäßen Medikamenteneinnahme. Von den 23 Teilnehmern mit diesem Risiko war jeder Dritte in der Heimgruppe (30%).

- und in einer durch die Case-Managerin subjektiv eingeschätzten Gefahr der Verwahrlosung. Von den 58 Teilnehmern mit diesem Risiko war jeder Dritte in der Heimgruppe (30%).

Die Compliance für professionelle Hilfe war bei insgesamt 71% der Projektteilnehmer nach der Entlassung ein zentrales Thema in der Beratung. In der Heimgruppe blieb dieser Beratungsschwerpunkt über die Messzeitpunkte konstant hoch (über 80%), während er auf 57% nach vier Monaten sank, wenn die Teilnehmer in der Häuslichkeit begleitet wurden. Im folgenden Beispiel wird deutlich, dass eine Case-Managerin gerade bei Menschen, die keine Leistungen beziehen, lange die einzige kontinuierliche professionelle Ansprechperson sein kann.

Fr. M (89) wurde zur Abklärung einer Anämie behandelt. Sie wohnte in ihrem eigenen Haus. Mit der Tochter ihres verstorbenen Ehemanns stand sie wegen des Erbes im Rechtsstreit. Unterstützung bekam sie von ihrer Haushälterin, die schon seit 26 Jahren für sie arbeitete.

Fr. M kam allein nicht zurecht, war inkontinent und misstrauisch. Eine ambivalente Beziehung wurde zur Haushälterin darin deutlich, dass sie gegenüber der Case-Managerin heimlich flüsternd Misstrauen äußerte, aber es bestanden keine Hinweise auf Unregelmäßigkeiten. Die Haushälterin und ihr Mann wollten die gesamte Versorgung übernehmen und hielten einen Pflegedienst für nicht notwendig.

Eine rechtliche Betreuung war noch nicht möglich, da Fr. M eine beginnende Demenz hatte und für sich entscheiden wollte. Nach 4 Monaten nahm Frau M. Krankengymnastik an und wurde einmal in der Woche über die Haushälterin geduscht, bislang hatte sie Beides abgelehnt.

Konflikte zwischen der Hauptpflegeperson und dem Pflegebedürftigen wurden in der Heimgruppe in den ersten vier bis sechs Wochen deutlich häufiger durch die Case-Managerin wahrgenommen, je später die Teilnehmer in ein Heim zogen, um so mehr sank dieser Wert.

Konflikte zwischen Hauptpflegeperson und Pflegedürftigen	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	33%	60%
4 Wochen	33%	64%
4 Monate	30%	40%

Tab. 19: Wie häufig wurden Konflikte zwischen der Hauptpflegeperson und dem Pflegebedürftigen dokumentiert?

Mit diesen Zahlen wird die Wechselwirkung zwischen dem Hilfenetz und den Persönlichkeiten deutlich, neben den psychosozialen Risiken waren in diesem Zusammenhang individuelle Merkmale und Eigenheiten von Bedeutung. Dies zeigte sich in einem höheren Anteil in den personenbezogenen Bruchstellen besonders in den ersten 4 Wochen nach Entlassung.

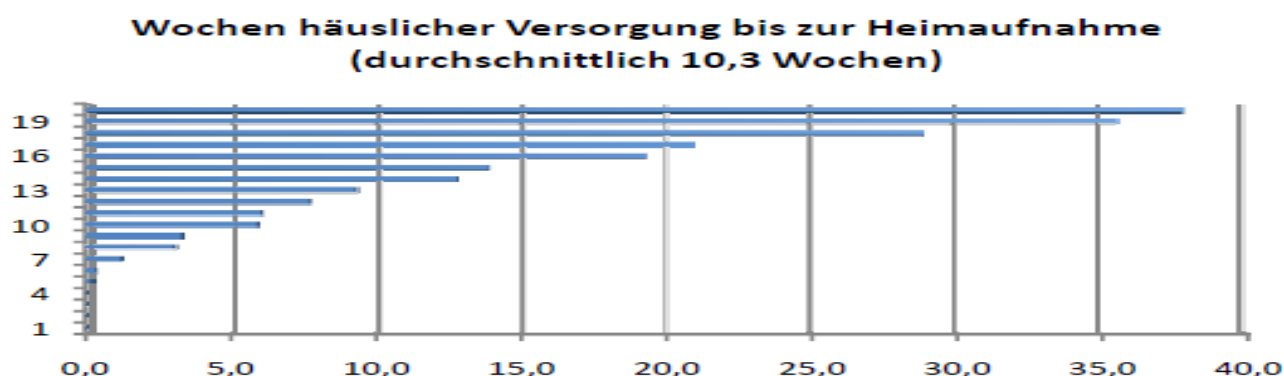
Anzahl der personenbezogenen Bruchstellen	Häuslichkeit	Heim
Entlassungstag	0,6	1,6
4 Wochen	0,5	1,8
4 Monate	0,5	1,2

Tab. 20: Wie viel personenbezogenen Bruchstellen wurden in den Gruppen eingeschätzt?

Versorgungsbrüche – Bewertung der Daten und Spekulationen

Die 20 Teilnehmer aus der Gruppe Heim wurden durchschnittlich 10,3 Wochen in der Häuslichkeit bis zur Heimaufnahme durch die Case-Managerin begleitet. Dabei zogen 55% in den ersten 6 Wochen in ein Heim, in dieser Zahl sind 4 Personen enthalten, die sich trotz Case-Management in der Kurzzeitpflege für den Verbleib in der stationären Pflege entschieden hatten.

Abb. 11: Wie lange erfolgte die ambulante Versorgung vor der Heimaufnahme?

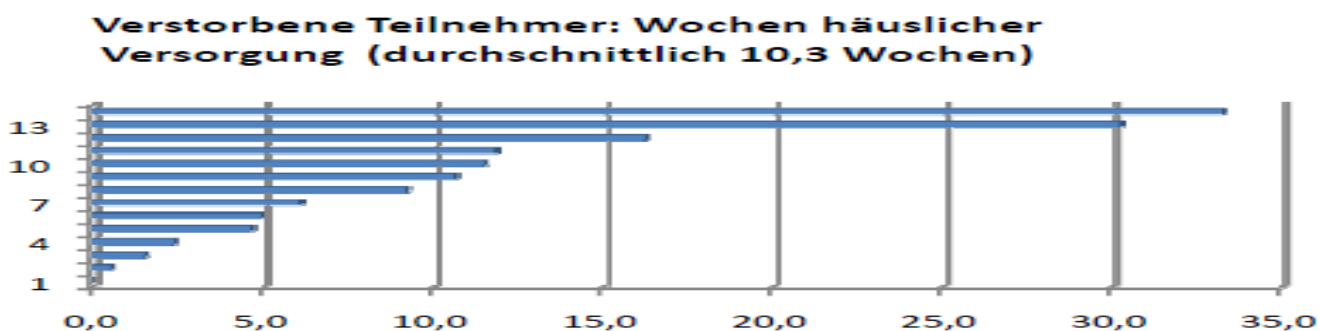


In zwei Fällen erfolgte der kurze Versuch einer ambulanten Betreuung in der Häuslichkeit, der schon nach ein- bzw. zwei Tagen endete. Dabei entstand einmal der Eindruck, als wenn die Tochter der Mutter beweisen wolle, dass es zuhause nicht ginge: Der Hilfeplan für eine umfassende Versorgung wurde von der Tochter ignoriert und der Pflegedienst ohne Vorinformationen einbezogen.

20% der Heimgruppe wechselte nach 7 bis 17 Wochen (=4 Monate) in ein Heim. Für die übrigen 25% verteilte sich die Heimaufnahme gleichmäßig bis zum neunten Monat.

Eine ähnliche Kurve ergibt sich für die Teilnehmer, die im Projektverlauf verstorben sind: 50% verstarben innerhalb der ersten 6 Wochen und 36% im weiteren Verlauf bis zum geplanten 4-Monatsbesuch.

Abb. 12 Wie lange wurden Teilnehmer ambulant versorgt, die verstorben sind?



In diesen Tabellen wurde das Risiko eines Versorgungsbruches in den ersten 6 Wochen nach einer Krankenhausentlassung augenfällig.

Danach ging es kontinuierlich gegen „Null“, obwohl immerhin 22 Teilnehmer ein Jahr und länger im Rahmen des Projektes begleitet wurden. Während sich in den vier Monaten unterschiedliche Gründe und Auslöser für den Wechsel in ein Heim vermuten lassen, gab es später häufiger einem erneuten Krankenhausaufenthalt z.B. nach einem Apoplex oder eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands trat auf. Demgegenüber verstarben mehr als die Hälfte Teilnehmer unerwartet, ohne eine verstärkte vorherige Pflegebedürftigkeit und erkennbare Anzeichen auf ein Versterben.

Die Pflegestufe gab keinen Hinweis auf einen Versorgungsbruch durch den Umzug in ein Heim: Überproportional häufig wurde die Pflegestufe vor der Heimaufnahme aberkannt und kein Teilnehmer hatte die Pflegestufe 2. Die verstorbenen Teilnehmer unterschieden sich bezüglich der Pflegestufe und dem Leistungsumfang nicht von der Gesamtheit. Nordlicht war mit dem Ziel angetreten, die Heimaufnahmen durch Case-Management deutlich zu reduzieren. Die Betrachtung der Personen, die in ein Heim gezogen sind, gab Hinweise auf komplexe und oft dramatische Problemlagen, aus denen abgeleitet werden kann, welche Aspekte in Beratungen besonders zu beachten sind und wann die Grenze eines Case-Managements erreicht ist. In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse unter dem Verlaufsaspekt betrachtet.

Fazit der Ergebnisse

Aus den bisher analysierten Daten lassen sich einige Annahmen zu den Versorgungsbrüchen von pflegebedürftigen Menschen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ableiten.

- Im Projekt Nordlicht haben wir feststellen können, dass sich auch durch ein optimiertes Case-Management nicht alle Heimeinweisungen verhindern ließen.
- Erstaunlich war, dass sich der im Projekt erwartete Zusammenhang nicht bestätigt hatte, eine Oberschenkelhalsfraktur führe häufiger in eine vollstationäre Versorgung. Der Oberschenkelhalsbruch stellte kein höheres Risiko für eine Heimübersiedlung nach einem Krankenhausaufenthalt dar.
- Auf Grundlage der Datenanalyse ist das Risiko einer Heimeinweisung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erhöht, wenn ein oder mehrere der folgenden Faktoren zutreffen,
 1. es gibt ein personenbezogenes besonderes Risikoprofil: Der Pflegebedürftige neigt zur Dehydratation, Selbst- und Fremdgefährdung, Verwahrlosung und unsachgemäßer Medikamenteneinnahme,
 2. es liegt eine Demenzerkrankung, häufig mit Sekundärsymptomen vor (z.B. Halluzinationen, Wahn, Selbst- oder Fremdgefährdung oder Verwahrlosung),
 3. es besteht der Verdacht auf eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit: Der Pflegebedürftige ist männlich, alkoholabhängig und/oder dement und hat eine Sekundärsymptomatik,
 4. die soziale und Wohnsituation sind risikoreicher: der Pflegebedürftige wohnt allein und hat keinen Partner,
 5. das soziale Netz ist weniger stabil und es bestehen erhebliche Konflikte im helfenden Netz,
 6. ein Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung ist nach der Klinik erforderlich,
 7. der Pflegebedürftige nimmt die erforderliche professionelle Hilfe nicht oder nur in minimalem Umfang an und/ oder reduziert vereinbarten Leistungen in der Häuslichkeit.

Als eine wichtige Variable für die Beratung im Case-Management-Prozess wird die Bereitschaft angesehen, die notwendige professionelle Hilfe längerfristig anzunehmen. Diese Thematik wird in der Anlage „Erfahrungen aus dem Beratungsprozess“ mit den weicheren Daten aufgegriffen und vertieft.

Die Ergebnisse legen in einer Gesamtbetrachtung nahe, dass ein zentraler Aspekt der Versorgungskontinuität in der Stabilität des privaten Hilfenetzes liegt. Dieses Netz wird in erster Linie durch personenbezogene Faktoren beeinflusst, der ambulante Pflegedienst spielt in der sensiblen Zeit von 4-6 Wochen eine untergeordnete Rolle, wenn kaum Leistungen vereinbart werden. In dieser Phase ist ein kombiniertes Angebot von Case-Management zur Sicherung des Überganges und kontinuierlicher Pflegebegleitung von Bedeutung. Dieses Case-Management kann nur im begrenzten Umfang in Kriseninterventionen das häusliche Hilfesystem stabilisieren, eine weitergehende Hilfe durch eine qualifizierte psychosoziale und psychologische Beratungsstelle bleibt erforderlich.

Zentrales Thema der Beratung ist die Akzeptanz zur professionellen Hilfe. Deshalb gilt es, Fehler und Missverständnisse mit einem Pflegedienst zu minimieren. Wird ein ambulanter Pflegedienst mit mehr als zwei Grundpflegeleistungen pro Woche einbezogen, erweist sich dies als stabilisierender Faktor in der Häuslichkeit.

Die vorliegenden Daten legen folgenden Handlungsoptionen nahe:

1. Im Case-Managementprozess sollte ein Fokus auf die ersten Wochen der ambulanten Betreuung und Versorgung gelegt werden
2. In den ersten 4-6 Wochen nach einem Krankenhausaufenthalt sollte der Pflegedienst nach einem Eingewöhnungskonzept arbeiten, in dem u.a. die Wahrscheinlichkeit von Konflikten und Missverständnissen reduziert wird.
3. Bereits bei der Entlassungsplanung sind die Netzwerkqualität und mögliche Bruchstellen zu beachten.
4. Für den Case-Managementprozess hat sich das instrumentengestützte Vorgehen bewährt, eine besondere Aufmerksamkeit ist in die Formulierung der Rahmen- und Handlungsziele zu legen.
5. Nimmt der Pflegebedürftige lediglich einmal wöchentlich Grundpflegeleistungen an oder werden Leistungen reduziert, sollte das Risiko für ein Heim in der Beratung besonders betrachtet werden.
6. Ein durch Case-Management zu regulierender Faktor ist die Vermeidung zusätzlicher Irritationen im Hilfenetz, z.B. durch eine kontinuierliche Begleitung in behördlichen Fragen wie der Pflegebegutachtung. Dies ist besonders dann erforderlich, wenn Teilnehmer nur minimale Leistungen in Anspruch nehmen, denn bei diesen Kunden kann der Beratungsbedarf nicht innerhalb der Leistungskomplexe kompensiert werden.
7. In den Hilfenetzen sollte festgelegt werden, welche professionelle Instanz kontinuierlich tätig ist. Dies könnte z.B. auch der Physiotherapeut sein, wenn ein Pflegedienst nicht oder nur in sehr begrenzten Umfang tätig ist.
8. Fallmanagement benötigt eine hohe Sensibilität in komplexen Systemen. Die Arbeitsteilung mit dem ambulanten Dienst oder dem Sozialdienst muss kontinuierlich thematisiert werden, damit die Arbeit als Unterstützung, und nicht als „störend“ wahrgenommen wird.

Als erstes Ergebnis kann festgehalten werden:

- Bei den Teilnehmern im Projekt Nordlicht führten nicht die pflegebezogenen Risiken zu einer Heimeinweisung, sondern insbesondere personen- und netzwerkbezogene Faktoren sowie Risiken, die sich aus der Persönlichkeit, der Diagnose (z.B. Abhängigkeit) und der Sekundärsymptomatik ergaben.
- Das Risikoprofil insbesondere für die psychosozialen Risiken sollte bereits bei der Entlassungsplanung besonders beachtet werden. Diese Faktoren sollten nach Möglichkeit auch bei der Begutachtung der Pflegestufe berücksichtigt werden.

Teilbericht: (CAU)

Ergebnisse der Kontrollgruppenstudie

Im Rahmen des Modellprojektes war vorgesehen, vor Beginn des Einsatzes der Case-Managerin während eines 6monatigen Zeitraumes die für das Projekts vorgesehene Zielgruppe des Projektes in den kooperierenden Kliniken zu erfassen und den Patient/innen bzw. ihren Angehörigen oder Betreuungspersonen einen Fragebogen mit der Bitte um Beteiligung an einer Befragung auszuhändigen. Der anonyme Daten-Erfassungsbogen aus den Kliniken wurde an die Begleitforschung geschickt. Der den Patient/innen ausgehändigte Fragebogen sollte von diesen – sofern sie sich zu einer Teilnahme an dem der Befragung bereit waren – direkt an die Universität geschickt werden. Analog zu diesem Verfahren war das Vorgehen während der 6monatigen Tätigkeit der Case-Managerin.

Zielsetzung war es, anhand zweier Kontrollgruppen von Patient/innen, die am Ende des Klinik-Aufenthaltes nicht durch ein Case-Management betreut wurden, zu überprüfen, inwieweit die Unterstützung durch ein Case-Management geeignet ist, die häusliche Pflege stabiler zu gestalten und vermeidbare Umzüge in eine stationäre Pflege zu verhindern. Dazu sollten die ehemaligen Patient/innen, die ihre Teilnahme-Bereitschaft an der Studie erklärt hatten, jeweils 6 Monate (Zeitpunkt t1) und 12 Monate (Zeitpunkt t2) nach dem Ende des Krankenhaus-Aufenthaltes schriftlich zu ihrer Situation befragt werden.

Konkret waren als Kontrollgruppe(n) vorgesehen:

- Diejenigen Patient/innen, die den Einschluss-Kriterien des Projektes entsprachen und im Zeitraum vor dem Einsatz des Case-Managerin aus den Kliniken entlassen wurden (Phase I).
- Diejenigen Patient/innen, die den Einschluss-Kriterien des Projektes entsprachen und während des Einsatzes der Case-Managerin aus den Kliniken entlassen wurden, das Angebot jedoch nicht in Anspruch nahmen (Phase II).

Da die Zielgruppe des Modellprojektes insgesamt deutlich kleiner ausfiel, als bei den Planungen erwartet und weil der Rücklauf der Fragebögen nicht den Erwartungen entsprach, sind die Ergebnisse der Befragung nur auf deskriptiver Ebene auszuwerten, eine belastbare Überprüfung der These, dass ein Case-Management geeignet ist, vermeidbare stationärer Pflege-Aufenthalte zu verhindern, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht erfolgen.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Anzahl der erfassten Patient/innen und Befragten.

	in den Kliniken erfasste Patient/innen N	teilnahmebereite Pflege-Haushalte n (% der in den Kliniken erfassten Patient/innen)	teilnehmende Pflege-Haushalte zum Zeitpunkt t1	teilnehmende Pflege-Haushalte zum Zeitpunkt t2
Phase I	97	37 (38,1)	20 (20,6)	7 (7,2)
Phase II	96	28 (29,2)	10 (10,4)	entfällt ³⁹
insgesamt	103	65	30	

Tab. 21 (Teilbericht CAU) : Patient/innen und Befragte der Kontrollgruppe

³⁹ Aufgrund der Verzögerungen im Projekt entfiel dieser Befragungszeitpunkt.

Es liegen also die Daten von 30 Pflege-Haushalten zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Ende eines Krankenhaus-Aufenthaltes vor. Von den zunächst 65 teilnahmebereiten Patient/innen waren zum Zeitpunkt t1 9 unbekannt verzogen, auf 24 versandte Fragebögen erfolgte keine Reaktion und 2 Teilnehmer hatten erklärt, es läge keine Pflegestufe vor, so dass sie die Fragen nicht beantworten könnten.

In 6 Fällen wurden die Fragebögen von den Pflegebedürftigen selbst ausgefüllt, in 23 Fällen von den Angehörigen und in einem Fall sandte eine Betreuungsperson die Daten.

Im Hinblick auf die Pflegestufe stellt sich die Gruppe der Befragten⁴⁰ wie folgt dar:

	vor dem Klinik-Aufenthalt %	am Ende des Klinik- Aufenthaltes	6 Monate nach Ende des Klinik- Aufenthaltes
keine Pflegestufe	43,3	0,0	3,3
Antrag gestellt	3,3	18,5	0,0
Pflegestufe I	53,3	66,7	50,0
Pflegestufe II		14,8	23,3
Pflegestufe III		0,0	6,7
insgesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 22 (Teilbericht CAU) : Übersicht der Pflegestufen

Deutlich wird, dass zum Ende des Klinik-Aufenthaltes ein stärkerer Pflegebedarf – gemessen in den Kategorien des SGB XI – gegeben ist, als vorher und auch im zeitlichen Verlauf von 6 Monaten nach dem Klinik-Aufenthalt wird dieser Bedarf größer.

Bei 41,7 % der Befragten ist eine Demenz gegeben.

Damit ist die Gruppe der Befragten im Hinblick auf den Pflegebedarf am Ende des Klinik-Aufenthaltes in etwa mit der durch die Case-Managerin betreuten Gruppe vergleichbar, in letzterer war jedoch der Anteil der Demenz-Erkrankten deutlich größer.

Ca. 29 % der Befragten – die zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Klinik-Aufenthalt noch häuslich betreut werden – nimmt Pflegegeld-Leistungen in Anspruch, 33 % Kombinationsleistungen und mit 38 % der größte Teil, verwendet die zustehenden Leistungen komplett für Sachleistungen ambulanter Pflegedienste. Damit ist in der Gruppe der Befragten der Anteil der Pflegegeld-Empfänger/innen deutlich geringer als unter den Pflegebedürftigen in Kiel insgesamt.

⁴⁰ Wenn im Folgenden von Befragten gesprochen wird, sind die Pflegebedürftigen gemeint, auch wenn diese überwiegend nicht selbst den Fragebogen ausgefüllt haben.

Im Hinblick auf das Geschlecht gibt es eine große Vergleichbarkeit mit der durch die Case-Managerin betreuten Gruppe Pflegebedürftiger: 23,1 % sind männlich, die große Mehrheit der Befragten (76,9 %) ist weiblich.

Im Fragebogen wurde das Alter der Pflegebedürftigen gruppiert erfasst und ist nicht direkt mit der Case-Management-Gruppe vergleichbar: 23 % der Befragten sind unter 80 Jahre alt, die große Mehrheit mit 57,7 % ist zwischen 81 und 90 Jahre alt und immerhin 19,2 % sind älter als 90 Jahre. D.h., die Befragten gehören mehrheitlich der Gruppe der hochaltrigen Menschen an. Unter den Frauen ist dieser Anteil geringfügig höher als unter den Männern.

Die Frage, wie stabil sich die Pflegesituation der Befragten im Laufe eines 6monatigen Zeitraumes nach einem Klinik-Aufenthalt darstellt, zeigt der Blick auf den Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, die im 6-Monats-Zeitraum in eine stationäre Pflege-Einrichtung umgezogen sind: mit 13,3 % ist diese Gruppe nicht sehr groß, 16,7 % der Befragten sind zwischenzeitlich verstorben und 70 % leben weiterhin zu Hause. Zu bedenken ist bei diesen Zahlen allerdings, dass von den zunächst teilnahmebereiten Patient/innen ein Teil unbekannt verzogen ist, so dass sicherlich von einem höheren Anteil Umzüge in eine stationärer Pflege im Zeitraum von 6 Monaten nach dem Krankenhaus-Aufenthalt auszugehen ist.

6. Empfehlungen

Notwendige Weiterentwicklungen der Versorgungsstruktur

Am Ende des Projektes wurde eine Problembewertung auf Grundlage der Erfahrungen, Trends und Ergebnisse vorgenommen, Strategien im Verantwortungsbereich der Pflegedienste sowie Anregungen auf struktureller Ebene erarbeitet:

Im Vordergrund standen Konsequenzen für die Qualitätsentwicklung innerhalb der Dienste, dies bezieht sich auf folgende Ebenen:

- Erkennen von „Bester Praxis“: Was hat sich in den Diensten im Umgang mit Herausforderungen und Problemstellungen bewährt?
- An welcher Stelle muss die Qualität der Dienstleistungen geschärft werden?
- Welche Konsequenzen sollten ambulante Dienste auf der Ebene der Struktur- und Ergebnisqualität ziehen, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen?
- Welche neuen Leistungen sollten entwickelt werden, um den kritischen Übergang aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit zu erleichtern?
- Welche Anforderungen sind eine schnittstellenübergreifende fallbezogene Begleitung zu stellen?

Weitere Empfehlungen betreffen den Verantwortungsbereich an der Versorgung und Pflege direkt oder indirekt beteiligter Schnittstellen.

Qualitätsanforderungen zur Versorgungskontinuität

Qualitätsniveau der ambulanten Versorgung im Anschluss an ein Krankenhaus

Von besonderer Bedeutung für ein gelingendes Pflegearrangement im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sind Strategien der Dienste für die erste Betreuungsphase, in den ersten 4 bis 6 Wochen in der eigenen Häuslichkeit. In dieser Zeit ist das Risiko von Versorgungsbrüchen erhöht, der pflegebedürftig gewordene Mensch muss offensichtlich zunächst Vertrauen in das professionelle Pflegesystem finden. Gleichzeitig besteht in dieser Zeit ein erhöhter Beratungs- und Unterstützungsbedarf.

Im Projekt wurden bei einigen Teilnehmern Versorgungsbrüche identifiziert, bei denen Pflegedienste Fehler machten oder nicht ausreichende Flexibilität zeigten, um den Übergang aus dem Krankenhaus zu sichern. In den Expertenworkshops der PDL's wurde die „beste Praxis“ zusammengetragen und Strategien ausgetauscht, mit denen die Dienste Probleme in der Überleitung lösen. Diese Anforderungen werden in diesem Berichtsteil zusammengefasst.

Menschen, die pflegebedürftig werden, haben häufig ein Problem damit, fremde Hilfe zu akzeptieren. Kleine Fehler, Ungeschicklichkeiten oder ein unsystematisches Verhalten der professionell helfenden können dazu führen, dass notwendige Leistungen nicht angenommen werden. Für die langfristige

Akzeptanz von Hilfe ist die Eingewöhnungszeit deshalb besonders wichtig.

Pflegedienste sollten ein verbindliches Verfahren für die erste Zeit nach einem Klinikaufenthalt vorhalten, in dem u.a. folgende Anforderungen erfüllt sind:

- Personelle Kontinuität,
- Beratung und Unterstützung durch einen kompetenten Mitarbeiter in den pflegerelevanten Fragen,
- Erstellung der Anamnese, der Assessments und der Pflegeplanung in Abstimmung mit den externen Therapeuten und dem Therapieplan des Krankenhauses
- Einführung und Einarbeitung der Bezugspflegekraft nach den Bedürfnissen des Kunden.

Um die Pflegedienste in die Lage zu versetzen, ihre Qualität in den ersten Wochen der Kontaktpflege zu bewerten, sind in einem Expertenworkshop folgende Fragen als Handlungsorientierung erarbeitet worden:

1. Wie wird Bezugspflege sichergestellt?
2. Wie flexibel gewährleisten die Dienste das Bedürfnis der Kunden nach festen Regeln, Ritualen und einer hohen Verbindlichkeit in der Zeit?
3. Wie werden Mitarbeiter sensibilisiert und wie lassen sich diese Abläufe in Tagesplänen festhalten und umsetzen?
4. Welche (evtl. trägerübergreifenden) Strategien gibt es, das Bedürfnis nach späten oder nächtlichen Einsätzen sicherzustellen?
5. Wie ist die Erreichbarkeit der Dienste, wie werden mögliche Schwachstellen und Fehler vermieden, damit diese nicht das Vertrauen in das Hilfesystem erschüttern.
6. Wie wird die Beratungskompetenz, das Wissen und das kreative Potenzial der Mitarbeiter gefördert, damit Pflegebedürftige Hilfsmittel und Maßnahmen der Wohnraumanpassung annehmen und nicht als Eingriff in die Privatsphäre empfinden?
7. Mit welchen Verfahren wird sichergestellt, dass bei der Pflegeüberleitung in das Krankenhaus oder in die Kurzzeitpflege das Ziel der Häuslichkeit erhalten bleibt.

Auf der Ebene der Prozessqualität wurden Qualitätsindikatoren abgeleitet, dies betrifft z.B.

- eine systematische Zielplanung unter Einbindung anderer Beteiligter (z.B. Angehörige und Therapeuten) zur Sicherung der Übergänge
- eine systematische Bewertung und Überprüfung des Pflegeprozesses und des Risikomanagements nach festgelegten Kriterien.

Der Vorschlag einer Arbeitsgruppe des KPV für die Selbstbewertung in den KPV-Diensten berücksichtigt dabei die Kernpunkte für eine Optimierung der Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und ambulanter Pflege und fokussiert besonders die Pflegeplanung und das Risikomanagement, mit dem Ziel, die

Struktur- und Prozessqualität an eine optimierte nachstationäre Versorgung in der Häuslichkeit anzupassen und Versorgungsbrüche zu minimieren. Ein umfassender Qualitätsentwicklungsanspruch durch die Selbstbewertung auf anderen relevanten Ebenen: Pflege- und Betreuung, Informations- und Personalmanagement, sowie der Ebene von Führung und Vernetzung ist für diese Selbstbewertung nicht vorgesehen.

Entwicklung neuer Dienstleistungen in der Versorgungsstruktur

Nordlicht ist mit dem Ziel angetreten, neben Qualitätsanforderungen auch die Leistungspalette im ambulanten Sektor weiterzuentwickeln. In der Phase der Konzeptentwicklung bestand der Eindruck, dass neben der Förderung des ehrenamtlichen Engagements ein Bedarf an weiteren konkreten Leistungspaketen in der Häuslichkeit bestehe. Dies bestätigte sich nicht im Rahmen der gewünschten ambulanten Pflege- und Serviceleistungen, zum einen weil die Pflege zumeist in einem finanziell begrenzten Rahmen geplant werden musste, zum Anderen besteht im KPV ein umfassendes und differenziertes Leistungsspektrum, mit umfangreichen Serviceleistungen, Alltagshelfern, Betreuungsgruppen u.a.

Dem steht ein hoher Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitungsbedarf gegenüber, der im bisherigen Finanzierungssystem nicht ausreichend Berücksichtigung findet.

Auf Grundlage der Erfahrungen und der identifizierten Problembereiche wurden zwei Lösungsansätze erarbeitet: ein begrenztes Leistungspaket „Sicherheit durch Hilfe nach dem Krankenhaus“ und ein umfassendes schnittstellenübergreifendes Case-Management, so wie es in Nordlicht entwickelt und erprobt wurde.

Sicherheit durch Hilfe nach dem Krankenhaus durch Information, Beratung, Unterstützung in allen pflegerelevanten Behördenangelegenheiten, Vermittlung einer (ersten) Hilfe im Alltag und Service nach Wunsch

Pflegekunden und Angehörige kamen bei der Beantragung von Leistungen an ihre Grenzen, dies betraf insbesondere die Vorbereitung auf die MDK-Begutachtung, die Hilfestellung im Widerspruchsverfahren, die Beantragung einer Rezeptgebührenbefreiung und von Leistungen der Pflegeversicherung und das Ausfüllen des Pflegetagebuches. Manchmal wurde dabei ein generelles Problem im Umgang mit offiziellen Schreiben deutlich.

Der Bedarf für diese Hilfe in Behördenangelegenheiten wurde als ein wichtiger Faktor für die Annahme von professioneller Hilfe bewertet.

Die Information über die Möglichkeiten ist (nur) der erste Schritt in der Pflegeberatung: Ältere Menschen brauchen neben Informationen konkrete Unterstützung. Dies gelte für den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen und/oder deren zumeist hochaltrigen Angehörigen. Eine solche punktuelle Unterstützung macht eine rechtliche Betreuung in diesen Fällen überflüssig. Sinnvoll ist ein Ansprechpartner für diese Aufgabe, der gleichzeitig konkrete Hilfe vermitteln kann und in einer krisenhaften Situation langfristig die Akzeptanz für eine professionelle Hilfe erhöht.

Dieses Leistungspaket kann von den ambulanten Diensten angeboten werden, alternativ ist die Sicherstellung des erkannten Bedarfs durch die Pflegeberater nach §7 möglich.

Das Annehmen dieser Unterstützung ist von der Bereitschaft abhängig, dafür Kosten zu übernehmen.

Anforderung an eine schnittstellenübergreifende fallbezogene Begleitung

Ältere Menschen wurden nach einem einschneidenden Ereignis in der Klinik aufgenommen, eine sturzbedingte Fraktur, ein Apoplex oder eine akute Erkrankung. Waren sie anschließend pflegebedürftig, mussten sie ihr bisheriges Leben und viele Tagesabläufe neu regeln und sich mit der Notwendigkeit fremder Hilfe auseinandersetzen. Häufig standen sie und ihre Angehörigen in einer „mehrfach belastenden“ Situation, Konflikte verschärften sich durch die neue Ausgangssituation und es bestand ein erheblicher Regelungsbedarf.

Für ein schnittstellenübergreifendes Case-Management wird folgender Bedarf formuliert:

- Erfassung und Einschätzung der mehrschichtigen Problemsituation
- Systematische Problem- und Ressourcenanalyse, Falleinschätzung, Bedarfsermittlung,
- Beratung zu pflegerischen und sozialen Problemen, rechtlichen Hintergründen, Möglichkeiten im Hilfesystem, Finanzierungsmöglichkeiten,
- Zielorientierte Hilfe- und Pflegeplanung
- Initiieren des Hilfe-/Pflegeplans
- Fallverantwortung, Controlling und Vernetzung durch Überwachung des Fallmanagements, Nach- und Feinsteuerung der Fallarbeit, sowie Abschluss- und Nachsorgeunterstützung. Diese Anforderungen sollten mit Hilfe von strukturierten Verfahrensabläufen durchgeführt werden.

Dabei ist auch die konsequente Umsetzung von aktivierender Pflege durch ein Case-Management zu berücksichtigen: Maßnahmen wurden teilweise von professionell Helfenden übernommen, weil es schneller gehe, einfacher sei, reibungslos funktioniere und eine hohe Professionalität erfordere, dies wurde z.B. in den Anforderungen beim Bestellen von Rezepten und Verordnungen deutlich.

Konsequenzen für den Case-Managementprozess:

Die Hilfe und Unterstützung orientieren sich an den Ressourcen des Betroffenen und dessen personellem und institutionellem Netz. Es wird bedacht, dass der Pflegekunde Tätigkeiten auch selbst macht, um sich als „gebraucht“ zu fühlen. Es gilt effektive und effiziente Hilfe anzubieten, die nur minimal in die bestehende und gewohnte Lebenswelt eingreift und dem Ziel der Aktivierung Rechnung trägt.

Hinzu kommt die Notwendigkeit einer aufsuchenden Pflegeberatung und Pflegebegleitung: Pflegebedürftige ältere Menschen und deren Ehepartner sind oft nicht so mobil, um problemlos in eine Beratungsstelle kommen zu können. Auch die Probleme und Ressourcen zeigen sich abhängig vom Aufenthaltsort in der Klinik, Kurzzeitpflege oder Häuslichkeit. Eine Pflegebegleitung sollte die Beratung und die Problem- und Ressourcenanalyse grundsätzlich vor Ort, also in der Häuslichkeit, im Krankenhaus oder in der Kurzzeitpflege durchführen.

Dabei sind die Hilfen passgenau im Rahmen der Möglichkeiten und Wünschen des hilfsbedürftigen Menschen und seines Systems zu organisieren. Zudem sollte Pflegebegleitung eine fallorientierte Netzwerkarbeit und Netzwerkindervention leisten.

Auch unter dem Aspekt der Fallsteuerung sollte die Arbeitsteilung zwischen Fallmanagern, Sozialdiensten und Mitarbeitern der ambulanten Dienste definiert werden, um die Aufgaben systematisch abzugrenzen. Es ist notwendig zu klären, wer die Letztverantwortung für den übergreifenden Planungs- und Steuerungsprozess hat und damit die Zielsetzung abstimmt und die

Netzwerke koordiniert. Private Netzwerke und professionelle Hilfesysteme regulieren und steuern sich nicht automatisch. Versorgungsbrüche sind zu erwarten, wenn die Letztverantwortung nicht festgelegt ist.

Bei dieser Entscheidung sind der Zugang zum Patienten und die Passung zum Pflegebegleiter unter dem Aspekt des Vertrauensaufbaus zu bedenken: In der Steuerungsgruppe wurde darauf hingewiesen, dass der Mitarbeiter der Krankenkasse von den Pflegebedürftigen ähnlich wahrgenommen werde wie der Vertreter des Jugendamtes in der Pädiatrie. Hinzu komme, dass die Mitarbeiter der Kassen in der Öffentlichkeit eher durch die Einschränkungen von Leistungen wahrgenommen werden. Auf der anderen Seite unterscheidet sich das Image der ambulanten Dienste regional, einige genießen ein hohes Vertrauen, andere vermitteln den Eindruck, dass sie nur ihre Leistungen verkaufen wollten.

Daraus leitet sich die Empfehlung ab, dass es regional unterschiedlich sein kann und sollte, wer mit einer intensiven Pflegebegleitung für eine ausgewählte Stichprobe beauftragt wird. Unter dem Aspekt der Wahlfreiheit und gegenseitig motivierender Konkurrenz könnten Kooperationsverträge zwischen Kassen und Pflegediensten abgeschlossen werden, in denen geregelt ist, wie die Aufgabe der Pflegebegleitung an einen Dritten delegiert wird. Modell könnte eine trägerübergreifende Stelle sein, so wie sie im Projekt Nordlicht erprobt wurde.

Die Entscheidung, ob ein Pflegeberater durch die Pflegekasse, die Kommune oder eine ambulante Trägergruppe eingesetzt wird, ist wesentlich von persönlicher und fachlicher Kompetenz abhängig und sollte regional „vom Markt“ geregelt werden. Eine wesentliche Steuerungsfunktion haben in diesem Zusammenhang funktionierende Sozialdienste in den Kliniken: Hier entsteht das Vertrauen für die Annahme dieser Leistung, denn eine Pflegebegleitung greift in die intimen Lebensbereiche eines Menschen ein, der in der Regel davon ausgeht, dass die Hilflosigkeit und Abhängigkeit vorübergehend ist. In einer Matrix wurde gegenübergestellt, welche Case-Managementaufgaben bisher prinzipiell von ambulanten Diensten wahrgenommen werden und wann ein neutrales Case-Management zu bevorzugen ist. Siehe Anlage „Kernaufgaben Case-Management“

Schnittstellengestaltung

Neben der Qualitätsentwicklung in den ambulanten Diensten und der Bedarfsformulierung für eine schnittstellenübergreifende Begleitung wurden im Projekt in einigen Bereichen Handlungsbedarfe, aber auch bewährte Elemente im Versorgungsnetz erkannt, dies sind u.a.

- die psychologische Unterstützung der Angehörigen bei demenzkranken Pflegebedürftigen durch die Beratungsstelle Demenz und Pflege,
- die Entwicklung einer passgenauen Zuordnung von ehrenamtlichem Engagement unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ängste der älteren Menschen, die Vermittlungsquote erhöhte sich z.B. durch ein weiteres Ehrenamtsprojekt in Kiel,
- die zielorientierte Zusammenarbeit im professionellen System mit den Kliniken und den Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sowie die diesbezügliche Abstimmung mit dem privaten Hilfenetz.

In der Zusammenarbeit mit den Ärzten gab es im Einzelfall Probleme mit der Budgetierung von therapeutischen Verordnungen, die jedoch nicht durch ein Projekt gelöst werden können. Manchmal

vermittelte ein Therapeut den Eindruck, er wisse schon, was notwendig sei und musste auf die vereinbarten rehabilitativen Ziele hingewiesen werden. Diese Punkte ließen sich klären und traten nicht mehr auf, nachdem die Ziele in Anlehnung an die Formulierungen im ICF weiter präzisiert wurden. Diese Aspekte zeigten sich im Projekt Nordlicht nicht als strukturelles Problem, denn im Einzelfall funktionierte die Zusammenarbeit in der Steuerung durch die Case-Managerin.

Priorität in der Strukturentwicklung haben aus den Erfahrungen des Projektes folgende Aspekte:

Schnittstelle Ambulante Pflege zur Kranken- und Pflegekasse: Die Hilfsmittelbestellung führte in Einzelfällen zu einer erheblichen Verzögerung in der Mobilisierung. Die Beantragung und Begründung ärztlicher Verordnungen löste eine Verunsicherung der Kunden und einen erheblichen bürokratischen Aufwand aus.

Daraus wurde folgender Bedarf formuliert: Erarbeitung eines qualitätsgesicherten Verfahrens für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zur vereinfachten – unbürokratischen und zeitnahen Genehmigung von spezifischen Kassenleistungen.

Akzeptanz von Maßnahmen der Wohnraumanpassung: Den Pflegebedürftigen entstanden für Umbaumaßnahmen teilweise doppelte Kosten, weil einige Vermieter verlangen, dass die Maßnahmen auf eigene Kosten beim Auszug rückgängig gemacht werden. Es sollten z. B. in der Pflegekonferenz Strategien erarbeitet werden, um der Wohnungswirtschaft deutlich zu machen, dass eine Wohnraumanpassungsmaßnahme zur Wohnwertsteigerung beitrage.

Schnittstelle Krankenhaus: Das Problem der Versorgungsbrüche zur ärztlichen Weiterbehandlung (u.a. „Freitagsentlassungen“, Nicht-Mitgabe von Medikamenten am Wochenende) kann vermieden werden, wenn der Sozialdienst die Verantwortung im Entlassungsprozess übernimmt. Hat der Patient einen ambulanten Dienst, sollte dieser systematisch einbezogen werden. Dies setzt voraus, dass schon im Aufnahmegespräch dokumentiert wird, ob und welchen Dienst der Patient hat.

Das Entlassungsmanagement bleibt sinnvollerweise im Verantwortungsbereich der Klinik. Ein wesentliches Steuerungsinstrument ist dabei die Berücksichtigung der klinischen Leistungen im Abrechnungssystem der DRG's, denn dann sind die Kliniken angehalten, diese Tätigkeiten in den Dokumentationen nachzuweisen.

7. Bewertung des Gesamtmodells durch prognos

Das Projekt Nordlicht wurde in einem umfangreichen Bericht des Sozialforschungsinstituts prognos beschrieben und mit anderen Projekten verglichen. Dabei wurden Schwierigkeiten und Erfolge in der Netzwerkgestaltung und der operativen Arbeit zusammengetragen und Empfehlungen abgeleitet, die Erfahrung des Projektes in der inhaltlichen Ausgestaltung des Gesetzauftrages an die Pflegestützpunkte und das Fallmanagement zu berücksichtigen.

Der Gesamtbericht steht im Anhang zur Verfügung.

Anlagen

Anlage 1: Nordlicht Abschlussbericht Prognos 09

Anlage 2: Verwendungsnachweis

Anlage 3: Entwicklung des Assessment Instrumentes, CAU

Anlage 4: Case-Managementverfahren

Anlage 5: Hilfeplankonferenz

Anlage 6: Demenz und Depression in der Klinik

Anlage 7: Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz in der Klinik

Anlage 8: Skript Demenz Multimorbidität

Anlage 9: Präsentation Fallbezogene Schulung

Anlage 10: Operationalisierung

Anlage 11: Erfahrungen aus dem Beratungsprozess

Anlage 12: Gesetzliche Betreuung und Case-Management

Anlage 13: Flyer Nordlicht

Anlage 14: Kernaufgaben des Case-Managements

Anlage 15: Schnittstelle zur Ambulanten Versorgung