



Arbeiter-Samariter-Bund

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

Abschlussbericht zum Modellprojekt

„Rehabilitative Kurzzeitpflege. Ein Konzept zur Realisierung elementarerer SGB XI Prioritäten“

Zeitraum 01.10.2006 bis 31.12.2008

Ansprechpartner:
Bernhard Roth, Geschäftsführer
Tel.: 0681 / 88004-20
e-mail: roth@asb-saarland.de

ASB Sozial- und Pflegedienste gGmbH
Kurt-Schumacher-Str.18
66130 Saarbrücken-Brebach

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Modellverlauf

2.1. *Modellstart*

2.2 *Einbinden weiterer Kliniken*

2.3 *Verfahrensmanual*

2.4 *Der Krankenhauspatient wird Modellpatient*

3. Problemfelder und konzeptionelle Irrtümer

3.1 *Einbindung der niedergelassenen Ärzte mittels Kooperationsvertrag*

3.2.1 *Hausärzte nehmen wöchentlich zu festen Zeiten an der Visite teil*

3.2.2 *Hausärzte erstellen Assessments und werten diese aus*

4. Entwicklung der Patientenzuweisungen durch die Kliniken

4. *Fortbildungsveranstaltungen und Vernetzung*

4.1 *„Gangstörungen im Alter – Sind Stürze unvermeidbar?“,
Dozent Dr.med. Gehlen, Facharzt für Geriatrie, Chefarzt der SHG-Klinik
Halberg*

4.2 *„Arzneimittel beim älteren Menschen – Zwischen Leitlinien, Budget und un-
erwünschten Nebenwirkungen“,
Dozent Dr.med. Gehlen, Facharzt für Geriatrie, Chefarzt der SHG-Klinik
Halberg*

4.3 *„Aktuelle Reformen des Pflegeversicherungsgesetzes – Pflegestützpunkte“,
Referentin Helga Setz, Referatsleiterin Pflegeversicherung VdAK/AEV*

5. Zusammenarbeit Pflege-Therapie

5.1 *Ergotherapie*

5.2 *Krankengymnastik*

5.3. *Das multiprofessionelle Team*

6. Ein Fallbeispiel

1. Einleitung

Die Kurzzeitpflege des Arbeiter-Samariter-Bundes spiegelt seit vielen Jahren den Status wider, den diese Form der Betreuung im gesundheitspolitischen Rahmen darstellt: Eine ignorierte, in ihrem Stellenwert gering geschätzte Form der Altenbetreuung, allenfalls genutzt als „Urlaubspflege“ oder als „Warteschleife“, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt der vorgesehene Platz in einer vollstationären Einrichtung noch nicht verfügbar ist. Die in ihrem Ursprung vorgesehene Form der „Clearingphase“, die dazu dienen sollte, nach (evtl. verkürztem) Krankenhausaufenthalt eine Phase der Organisation der Häuslichkeit als oberste, auch gesundheitspolitisch so postulierte Form der Betreuung pflegebedürftiger Menschen nach dem gesetzlich verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu realisieren, wurde von den entscheidenden Schnittstellen wie den Krankenhaussozialdiensten trotz Aufklärung über Angebote, Möglichkeiten und Finanzierung in seltenen Fällen so weitergegeben.

Wir beobachteten über viele Jahre, dass vorschnelle Heimeinweisungen gegen den Wunsch des Betroffenen in der Akutversorgungsphase der Klinik von Ärzten getroffen wurden, die in der Regel nicht über die notwendigen Kenntnisse bezüglich der verschiedenen Möglichkeiten der ambulanten Versorgung verfügten. Die Aufgabe des Sozialdienstes bestand darin, Anträge über die Finanzierung zu stellen und eine Liste der Unterbringungsmöglichkeiten auszuhändigen bzw. selbst einen Heimplatz zu suchen. In die Entscheidung an sich waren sie nicht einbezogen und wurde von ihnen auch nicht überprüft bzw. hinterfragt.

Die alten Menschen, die heute in ein Altenheim gehen, insbesondere die Frauen, gehören zu einer Generation, die gelernt hat, sich zu fügen, niemandem zur Last zu fallen und eine Entscheidung des Arztes nicht in Frage zu stellen. In gehäuften Fällen erlebten wir sogar die Situation, dass ein pflegebedürftiger Mensch in einem familiär hervorragend organisierten Umfeld betreut wurde und der Arzt regelrecht insistierte, dass ein Altenheimplatz nötig sei und man sich als Angehöriger rechtfertigen und durchsetzen musste, die Pflege zu Hause auch weiterhin aufrechterhalten zu „dürfen“.

Diese unbefriedigende Situation war auslösendes Moment für den Arbeiter-Samariter-Bund in Saarbrücken-Brebach, folgende Konzeption zu entwickeln: Pflegebedürftige, denen nach Krankenhausaufenthalt Heimaufnahme droht, sollen im Anschluß an die Klinik eine Kurzzeitpflege mit rehabilitativem Charakter wahrnehmen können, um eine sinnvolle und angemessene Versorgung zu erhalten, deren Zielsetzung das Postulat „ambulant vor stationär“ in konsequenter und realistischer Form ist. Schwerpunkt der rehabilitativen Versorgung in der Einrichtung soll die Erweiterung des Teams durch einen Ergotherapeuten darstellen, der an sechs Tagen der Woche intensive Einzel – und Gruppentherapie bei den Modellpatienten durchführt; Krankengymnastik in poststationärer Form soll das therapeutische Angebot ergänzen, um im Anschluß durch Heilmittelverordnungen fortgesetzt zu werden.

Die Einrichtung entwickelt ein Entlassmanagement mit der geriatrischen Klinik, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe befindet. Die Hausärzte werden in die Modellkonzeption einbezogen. Die sozialarbeiterische Beratung soll über die BeKo-Stellen erfolgen, Pflege und Therapie sollen zusammenwachsen und sich in fruchtbarer Weise ergänzen.

Rehabilitative Maßnahmen sowie Vorbereitung und Organisation der Nachsorge werden parallel laufen und sich zu einem runden Entlassmanagement fügen. Mittelpunkt ist immer der pflegebedürftige Mensch, der Gelegenheit hat, seine Alltagsfertigkeiten mit Hilfe therapeutischer Maßnahmen zu verbessern, während ihm ein professionelles Team zur Seite steht, das mit ihm und seinen Angehörigen eine gut funktionierende häusliche Versorgung in die Wege leitet.

So ergaben sich folgende Modellziele:

- Die Verkürzung der stationären Liegezeiten
- Die Vermeidung von Fehlbelegungen (u.a. im Hinblick auf Patienten, die nicht mehr krankenhausbedürftig sind, aber zu Hause noch nicht versorgt werden können)
- Die optimale Ausnutzung aktivierender und rehabilitativer Möglichkeiten, um Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (vgl. §11 Abs. 2 SGB V)
- Die am Ende eines Krankenhausaufenthaltes anstehende Entscheidung über die Art der nachstationären Versorgung wird abhängig von einer umfassenden Befunderhebung und nachvollziehbaren Kriterien. Damit werden falsche Weichenstellungen vermieden, dazu gehört auch die
- Vermeidung nicht erforderlicher stationärer Pflege
- die Verbesserung der Qualität der nachstationären Versorgung durch rechtzeitige Weitergabe der erforderlichen Informationen, durch Einbeziehung des Hausarztes in ärztliche und rehabilitative Maßnahmen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes
- die Unterstützung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen bei der Vorbereitung der häuslichen Pflege und damit Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“

2. Modellverlauf

2.1. Modellstart

Nachdem im Vorfeld der Modellzeit zahlreiche und intensive Gespräche mit dem Modellpartner SHG-Klinik Halberg geführt wurden und die Klientel klar beschrieben war, bestätigte der Modellpartner immer wieder den dringenden Bedarf eines solchen Angebotes und die Vielzahl der Patienten, die bei Klinikentlassung einer solchen Überleitungsphase bedürfen.

Umso befremdlicher war der schleppende Verlauf der Zuweisungen, der sich trotz verschiedener Angebote des Schnittstellenmanagements durch die Projektleitung nicht verbessern ließ.

Da die Projektleitung den Ablauf für den Modellpartner möglichst reibungslos und ohne Eingriffe auf den praktizierten Klinikablauf gestalten wollte, suchte sie die von der Klinik wöchentlich durchgeführte Teamsitzung auf, in der in einer sehr geballten Form alle Patienten des Hauses besprochen wurden. Der Termin schien vielversprechend, da alle Ärzte, einige Pflegekräfte, die Therapeuten des Hauses und der Sozialdienst anwesend waren. Leider war der Ablauf des Ganzen für das Modell nicht ergiebig, da schwerpunktmäßig anstehende medizinische Maßnahmen besprochen wurden. Die Mitarbeiter der Klinik wussten nichts von dem Modellprojekt, und die Projektleitung nutzte die Gelegenheit, das Modell vorzustellen, zu erläutern und die Kurzkonzeption an die Teilnehmer in schriftlicher Form weiterzugeben. Trotz der multiprofessionellen Zusammensetzung war der Ablauf doch eher ernüchternd. Die überwiegende Zahl der Mitarbeiter saß kommentarlos und schweigend dabei, die Sitzung hatte einen sehr großen Zeitumfang, da alle Stationen an einem Tag besprochen wurden. Von wirklichen Fallbesprechungen war das Ganze weit entfernt. Die Projektleitung nahm an einigen dieser Sitzungen teil, um kein vorschnelles Urteil bezüglich der Sinnhaftigkeit ihrer Anwesenheit zu fällen und bat die wissenschaftliche Begleitung um eine gemeinsame Teilnahme, um eine neutrale Beurteilungsgrundlage zu haben.

Bei den Fallschilderungen lag der Fokus auf den anstehenden medizinischen Untersuchungen. Es ist außerdem deutlich geworden, dass bei der Frage wann und wohin ein Patient entlassen wird, oft verwaltungs- oder abrechnungstechnische Kriterien eine Rolle spielten, zum Beispiel die Frage, ob das Bett dringend benötigt wird oder die Frage, wie die Verweildauer abrechnungstechnisch zu bewerten ist. Im Rahmen der Fallbesprechungen war es nicht möglich, sich auf bestimmte Screeningkriterien zu verständigen. Die Projektleitung hatte somit keine Möglichkeit, mitzuentcheiden, ob ein Fall für das Modell geeignet ist oder nicht.

Da diese Vorgehensweise nicht zukunftssträchtig war, überlegte sich die Projektleitung einen effektiveren Ansatz, der gezielt zu Modellpatienten führen könnte und Zeitressourcen nicht unnötig bindet. So verblieb sie mit dem Sozialdienst, der in zahlreichen Gesprä-

chen ausführlich über das Projekt, dessen Klientel und Ziele informiert war, einen gesonderten Termin nach der großen Teamsitzung, den die Klinik so auswählen konnte, wie es am Besten in den Klinikalltag passte. Teilnehmen sollten der Sozialdienst, der Stationsarzt und die Therapeuten. Da es in der Praxis bekanntermaßen schwierig ist, einen Termin mit dem Stationsarzt zu vereinbaren, der nicht ständigen Verzögerungen und Unterbrechungen unterliegt, war der Anspruch darauf reduziert, dass der Arzt bei konkreten Fragestellungen wenigstens erreichbar ist. Doch auch diese Vorgehensweise führt nicht zu mehr Zuweisungen; der Termin wurde regelmäßig von Seiten der Klinik abgesagt, weil es keinen Bedarf gäbe.

Im ersten Quartal zeigt sich bereits, dass eine partnerschaftliche Beziehung mit der Klinik, ein gemeinsames Interesse, am gleichen Strang zu ziehen, nicht zu erwarten war. Die Projektleitung sah sich schnell in der Rolle des (störenden) Bittstellers, der gern Patienten hätte, die die Klinik aber nur zäh auswählte. Entsprechend gering war die Nachfrage. Da die Projektleitung mittlerweile Faltblätter im Foyer ausgelegt hatte, kam es zu einigen Zufallsbegegnungen. In einigen Fällen entdeckten Angehörige das Faltblatt und kamen von sich aus auf die Modelleinrichtung zu. Es handelte sich dabei Angehörige von Patienten, die genau die Kriterien der Modellzielgruppe erfüllten, von der Klinik aber nicht über das Modellangebot informiert worden sind.

Durch den Umstand, dass schon so viele Gespräche wahrgenommen wurden und die Projektleitung terminlich alles um die Klinik herum modellierte, um diesbezüglich keine Umstände zu machen, die evtl. eine ablehnende Haltung seitens des Personals zur Folge haben könnten, machte sich allmählich eine Ratlosigkeit breit.

Ein screening-Bogen war erstellt und umgesetzt, ein genaues Ablaufschema, welches die Finanzierung klärte, lag in leicht handhabbarer schriftlicher Form vor, sodass ein höherer Aufwand bei Antragstellung bezüglich der Pflegebedürftigkeit kein Hindernis sein konnte. Die Projektleitung war jederzeit bereit, zu Fallbesprechungen zu erscheinen, Angehörige und Patienten vor Ort zu beraten und Hilfestellung bei Antragstellungen zu geben.

Klar war, dass der Modellansatz nach wie vor sinnvoll war und es diese Klientel gab, die das Modell nur zögerlich erreichte; bestätigt wurde dieser Eindruck durch o.g. Zufallsbegegnungen, sodass die Vermutung nahe lag, dass es Probleme innerhalb der Klinik gab, die verhinderten, dass die Modellidee umgesetzt werden konnte .

Es stellten sich folgende Fragen:

- Ging der Modellansatz im Tagesgeschäft zu Lasten des Patienten unter?
- Konnte es tatsächlich noch Verständnisprobleme geben?
- Gab es eine Schnittstelle innerhalb der Klinik, die die Informationsweitergabe hemmte?
- Waren es einfach personenbezogene Umstände, die zu dieser geringen Nachfrage führten?

- Hatten die Mitarbeiter den Ehrgeiz, bei Entlassung einzige Beratungsstelle zu sein und „fallabschließend“ gearbeitet zu haben? Oder war diese Abweichung vom bekannten Tagesgeschäft einfach zu anstrengend?
- Waren der Klinik die poststationären Therapien vom Verwaltungsaufwand und organisatorisch zu aufwendig und finanziell zu uninteressant und man befand sich in dem Konflikt, sie im Vorfeld zugesagt zu haben?

2.2 *Einbinden weiterer Kliniken*

Tatsache war, dass das erste Quartal bezüglich der Nachfragen so unergiebig war, dass die Projektleitung sich entschied, noch andere Kliniken in räumlicher Nähe in das Modellangebot einzubinden. Sie versprach sich neben der Möglichkeit der Patientenaquise eine Plattform, o.g. Fragen zu klären, da der Modellträger nach wie vor von der Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit der Projektidee überzeugt war.

Zum ersten Quartal 2008 wurde die Geriatrische Rehabilitation des Kreiskrankenhauses St. Ingbert, das Klinikum Saarbrücken sowie die SHG-Klinik Sonnenberg eingebunden. Die mehrfach gesuchte Zusammenarbeit mit der Caritas-Klinik Rastpfuhl und dem Evangelischen Krankenhaus Saarbrücken scheiterte trotz mehrer Versuche in persönlicher, telefonischer und schriftlicher Form. Der Projektinhalt fand keine Resonanz, Handlungsbedarf in diesem Bereich wurde nicht wirklich gesehen.

Die anderen Kliniken äußerten sich sehr interessiert an dem Projekt und sahen es- zumindest in den Gesprächen- als unbedingt notwendige und längst überfällige Ergänzung des nachstationären Bereiches. Es ergaben sich im Gegensatz zu der SHG-Klinik Halberg eine größere Kooperationsbereitschaft, intensivere Fallbesprechungen und ein klarerer Blick für die Klientel. Sehr begrüßt wurde von den Kliniken die Unterstützung durch den Modellträger, was ein beschleunigtes Antragsverfahren beim MDK betraf. Obwohl diesbezüglich eine leichte Verbesserung hinsichtlich der sonst unverantwortlich langen Bearbeitungszeit zu erreichen war, war der Aufwand für die Kurzzeitpflege außerordentlich groß. Und dies vor dem Hintergrund, dass der MDK sich eigentlich nur an die Gesetzesvorgaben hätte halten müssen. Mit dem MDK wurden Faxzusendungen mit speziell angefertigtem Antragsdeckblatt vereinbart, das FAX wurde telefonisch vorangekündigt, später wurde dann nochmals telefonisch nachgefragt, ob die Unterlagen auch richtig angekommen sind. Erreicht wurde damit letztendlich eine leichte Beschleunigung gegenüber der sonst üblichen Bearbeitungsdauer, dennoch gelang es in fast keinem Fall, nach Ablauf der vierwöchigen Modellzeit einen Bescheid bezüglich der beantragten Pflegestufe zu erhalten. Dies führte zu massiven Behinderungen und großen finanziellen Risiken für die Betroffenen, was die Organisation der Häuslichkeit betraf. Kaum einer der Modellpatienten wusste bei seiner Entlassung, welche Kosten die Pflegekasse gegebenenfalls übernehmen wird.

Dieser Misstand ließ sich nicht beheben und wurde auch im Projektbeirat thematisiert. Argument von Seiten des MDK waren immer wieder die etwa 12 Tage im Voraus gestellten Dienstpläne, die keine flexiblen Begutachtungstermine zuließen. Von Seiten des Modellträgers wurde immer angeboten, dass auch eine kurzfristige Terminplanung möglich sei, auch am selben Tag, da die Station immer mit einer Fachkraft besetzt war, die benötigte Auskünfte geben konnte. Dazu muss man die Größenordnung sehen: von 6 Modellbetten war eins über das Land finanziert für Menschen, die die Kriterien der Pflegebedürftigkeit nicht erfüllten. Von den verbleibenden 5 waren im Schnitt nicht alle belegt, einige hatten schon eine Pflegestufe, andere waren bei Krankenkassen versichert, die nicht dem MDK angeschlossen waren; so ergab sich in etwa ein Bedarf von 1-2 Begutachtungen im Monat, die beschleunigt werden sollten. Eine zufriedenstellende Lösung konnte im Modellverlauf jedoch nicht erreicht werden.

Auf Landesebene kam es zu keiner Lösungsfindung, obwohl die Kriterien der Vorgehensweise nicht den gesetzlichen Vorschriften entsprachen (siehe § 18 Abs.3 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit : “ Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, ist die Begutachtung dort unverzüglich, **spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen**; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.“).

Schwer nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, dass der Begutachtungszeitpunkt nur in der Zeitspanne 7.30 bis ca. 13.00 angekündigt wird und trotz mehrerer Diskussionen über diesen störenden Sachverhalt, besonders wenn Angehörige gern zu dem Termin anwesend wären und diese dann in aller Frühe erscheinen müssen, um gegebenenfalls nach dem Mittagessen noch unverrichteter Dinge auf den Gutachter zu warten, von Seiten des MDK keine Verbesserung des Ablaufes zu erzielen war. Über Jahre versuchte die Projektleitung sich darüber zu verständigen, dass natürlich nicht erwartet wird, einen Termin auf ein halbe Stunde genau einzuhalten, aber bei etwa 8 Begutachtungen pro Tag muss es doch möglich sein, in etwa mitzuteilen, ob man an zweiter oder letzter Stelle steht.

Dies war eine beispielhafte Schilderung eines der vielen Erschwernisse, die am Rande des Geschehens stattfanden, jedoch einen immensen Stellenwert für die Mitarbeiter und Modellpatienten hatten. Deshalb sei die Ausführlichkeit der obigen Darstellung gestattet, denn sie bietet einen kleinen Einblick in die Hürden der umgebenden Strukturen, die dazu führten, dass das Modell mit seiner hervorragenden Grundidee auf den vielfältigsten Ebenen mit strukturellen Schwächen kämpfen musste, Zeit und Kraft, die der Arbeit mit den Modellpatienten selbst verloren ging.

2.3 *Verfahrensmanual*

Mittlerweile gestaltete sich eine intensivere Zusammenarbeit mit 4 verschiedenen Kliniken im Umfeld mit einer Vielzahl verschiedener Sozialarbeiter. Es war organisatorisch und vom Zeitaufwand der Anfahrtswege nicht mehr möglich, an der ursprünglich geplanten Vorgehensweise der Patientenaufnahme mittels Fallbesprechungen vor Ort festzuhalten. Ein überschaubares, für die Vielzahl der Mitarbeiter leicht zu bedienendes Verfahren musste ermittelt werden. Die Gefahr war zu groß, das Interesse der Kliniken zu verlieren, wenn die Patientenvermittlung zeitintensiv und umständlich ist.

Die Projektleitung entwickelte in Absprache mit den Sozialdiensten folgendes Verfahren:

Der Sozialdienst ermittelt nach der jeweiligen Vorgehensweise der Klinik mögliche Patienten. Jede Klinik hatte ihre eigene Art, den Sozialdienst einzuschalten und es ergab sich, dass Schnittstellenprobleme auch in diesen Reihen beklagt wurden. So war es beispielsweise nicht unüblich, dass eine Pflegekraft der Station (keine Überleitungskraft) in der Kurzzeitpflege anrief, um im Auftrag des Arztes eine Patientenentlassung vorzunehmen. Diese Pflegekräfte hatten nie Kenntnisse über die Finanzierung der Kurzzeitpflege und keinerlei Kenntnisse über Antragswesen und ambulante Versorgung. Deshalb wurden sie von der Kurzzeitpflege gebeten, die Entlassung über den Sozialdienst des Hauses laufen zu lassen; regelmäßig kam es zu der Antwort, man wisse nicht, was der Sozialdienst sei und ob das Haus so was habe. Soviel zu den Abläufen klinikintern.

Der Sozialdienst nahm telefonisch Kontakt zur Kurzzeitpflege auf, eruierte, ob ein Bett zur Verfügung stand und führte eine telefonische Fallbesprechung mit der Einrichtung durch. Bei der Frage, ob ein Patient für das Modell geeignet ist, spielten Kriterien wie familiäre, soziale und materielle Situation, der Bedarf an Wohnraumanpassung und der Unterstützungs- und Beratungsbedarf die entscheidende Rolle. Die Kliniksozialdienste schickten per Fax ihren jeweiligen Überleitungsbogen und den Arztbericht der Klinik der Kurzzeitpflege zu. Die Angehörige setzten sich telefonisch mit der Station in Verbindung und suchten diese auch im Vorfeld häufig persönlich auf.

Sollte es nötig sein, eine Pflegestufe zu beantragen, hatten die Sozialdienste von der Projektleitung Vordrucke erhalten, die in diesem Fall das Verfahren beim MDK beschleunigen sollten. Dies war die einzige Besonderheit und in der Praxis bei vielen Mitarbeitern, die natürlich in Folge der Modellgröße nur Einzelfälle im Alltagsgeschehen bearbeiteten, schon schwierig, nicht das übliche hauseigene Verfahren anzuwenden. Die Projektleitung unterstützte hierbei, erinnerte im Einzelfall an die Vorgehensweise und ging den ausgefüllten Bogen nochmals mit dem Sozialarbeiter durch, weil oft von Seiten der Ärzte die für die Pflegebedürftigkeit relevanten Dinge unerwähnt blieben und der Schwerpunkt bei Diagnosen lag, die keine Pflegebedürftigkeit begründeten. Daraufhin schickte der Sozialdienst den Bogen per FAX an die jeweilige Krankenkasse, während die Projektleitung ihr oben geschildertes Verfahren mit dem MDK aufnahm.

2.4 *Der Krankenhauspatient wird Modellpatient*

Am Aufnahmetag erfolgten die üblichen Anamnesen und Informationssammlungen von Seiten der Pflege. Der Patient wird über das Modellangebot persönlich ausführlich informiert.

Der Ergotherapeut macht ein Aufnahmegespräch, erläutert sein therapeutisches Angebot und bespricht mit dem Patienten die Vorgehensweise.

Am nächsten Morgen beginnen Pflege und Ergotherapie gemeinsam mit der Arbeit, so dass die Übergabezeit Raum lässt für kurze gemeinsame Fallbesprechungen der Modellpatienten.

Der entwickelte Pflege und Therapieplan wird wie folgt durchlaufen:

Pflegerisch-therapeutischer Ablaufplan:

1. Woche:

- Ergo- und Pflegeassessment
- Zielformulierung
- Ermitteln vorhandener Hilfsmittel
- Ermittlung des Hilfebedarfes bei der Ganzkörperpflege in Absprache mit der Pflege und Frühstückstrainingsbedarf
- Anlegen einer Verlaufsdokumentation
- Erstellen des Therapieplanes
- Sturzrisikoermittlung
- Tests: Tinetti, Timed „up & go“, Barthel-Index

2. Woche

- Evaluation des Pflege- und Therapieplanes
- Planung des Hausbesuches, Kontaktaufnahme mit Angehörigen, individuelle Terminabstimmung
- berufsgruppenübergreifende Fallbesprechungen mit Pflege, Ergotherapie und Krankengymnastik
- berufsgruppenübergreifende Pflegeplanung
- Dokumentation

3. Woche

- Evaluation des Pflege- und Therapieplanes
- Hausbesuch laut Beratungskonzept
- berufsgruppenübergreifende Fallbesprechung mit der Pflege, Auswertung des Hausbesuches, Ermittlung des Beratungsbedarfes der Angehörigen
- Angehörigenberatung
- Dokumentation

4. Woche

- Evaluation der Pflegeplanung
- Evaluation des Therapieplanes
- Abschlussbefundung
- Tests: Tinetti, Timed „up & go“, Barthel-Index
- Auswertung der Dokumentation
- pflegerisch-therapeutischer Entlassungsbericht für Hausarzt und Sozialdienst

Trotz vieler erfolgreicher Entlassungen in die häusliche Versorgung wollte die Projektleitung gern die Nachhaltigkeit des Modellaufenthaltes erfassen. Deshalb entwickelte sie die Idee, nach ca. 6 Monaten nochmals einen Hausbesuch durch die Ergotherapeuten anzubieten. Hier ging es vor allem darum, zu überprüfen, ob die Mobilitätsverbesserungen, die im Rahmen der Kurzzeitpflege erzielt wurden, erhalten werden konnten und ob die häusliche Versorgungssituation noch stabil ist oder Angehörige überlastet sind. Die Ergotherapeutin klärte, ob das Hilfearrangement noch greift, wenn weiterer Unterstützungsbedarf sich zeigte, wurde der Kontakt zur Beko-Stelle vermittelt.. Die häusliche Situation wurde dokumentiert und ausgewertet., um die Nachhaltigkeit der Maßnahme einschätzen zu können.

3. Problemfelder und konzeptionelle Irrtümer

3.1 Einbindung der niedergelassenen Ärzte mittels Kooperationsvertrag

Die ursprüngliche Konzeption des Modellträgers sah vor, ein Praxisnetzwerk niedergelassener Ärzte mittels Kooperationsvertrag in die Betreuung der Patienten einzubinden. Leider zeigte die Koordinatorin dieses Netzwerkes schon in den Vorgesprächen ein ausschließliches Interesse an einem finanziellen Sonderposten, wenn sie Hausbesuche bei Modellpatienten mache. Als klar war, dass es diese gesonderte Vergütung nicht geben wird, blieb sie den Treffen fern.

Die Einbindung der niedergelassenen Ärzte war ein konzeptioneller Fehler. Zum einen war nie überlegt worden, dass es Patienten gibt, die einen Hausarzt haben, der diesem Praxisnetz überhaupt nicht angehört und man dem Patienten damit das Recht auf freie Arztwahl nehmen würde. Unabhängig davon macht es keinen Sinn, für die Modellzeit von vier Wochen einen Arzt einzubinden, der den Werdegang des Patienten überhaupt nicht kennt, während der eigene Hausarzt des Patienten ihn unter Umständen seit Jahrzehnten betreut und auch die Besonderheiten des familiären Umfeldes einschätzen kann.

Zum anderen hat man die Vielzahl der betreuenden Hausärzte nicht beachtet, die sich zwangsläufig aus dem großen ländlichen Einzugsgebiet der Klinik ergeben musste. Wie sollte man diese Ärzte, die durch die geringe Patientenzahl des Modells oft über die gesamte Laufzeit nur einen oder zwei Patienten überhaupt hier betreuten, dazu bewegen, einen Kooperationsvertrag mit der Einrichtung zu schließen, der für den Arzt nur ideellen Wert haben würde? Es hätten in der Modellzeit etwa 50 Kooperationsverträge geschlossen werden müssen und dies wäre nicht nur nicht durchsetzbar, sondern einfach albern gewesen.

Dennoch scheuten die Mitarbeiter der Kurzzeitpflege den Aufwand nicht, alle diese Arztpraxen über Modellinhalt und –ziele zu informieren. Dies geschah im Vorgespräch telefonisch, zusätzlich wurde eine überschaubare Kurzkonzeption in schriftlicher Form an die Praxis geschickt. Kam der Arzt zum Hausbesuch, hatte man noch Gelegenheit, eine Fallbesprechung vor Ort durchzuführen. Im Bezug auf Heilmittelverordnungen zeigten sich die Ärzte meist kooperativ; dies war der Vorteil der Vielzahl der Ärzte, die nur einzelne Patienten hatten. Weiterführende Therapien in der Häuslichkeit wurden grundsätzlich abgelehnt; deshalb erstellte die Projektleitung einen pflegerisch-therapeutischen Entlassungsbericht, den der Hausarzt per FAX erhielt und in dem der (meist erfolgreiche) Werdegang durch die therapeutischen Maßnahmen ersichtlich war. Dennoch besserte sich an der Verschreibungswilligkeit nichts; offen wurde in der Regel auf das Budget verwiesen. Zum Jahresende erhielt man die Auskunft, die Notwendigkeit der Therapien wären ja nachvollziehbar, aber das Budget... und man solle doch im Januar nochmals anrufen. Einzelne Ärzte scheuten sich auch nicht im Zusammenhang mit dem knappen Budget darauf zu verweisen, darauf zu verweisen, dass jüngere Patienten „die Maßnahmen nötiger hätten“. Das Defizit-Modell des Alterns ist in den Köpfen vieler Ärzte noch stark ver-

ankert. Pech für den Betroffenen, dem in seiner Akuterkrankungsphase wertvolle Zeit verloren ging, was unter Umständen zu irreversiblen Beeinträchtigungen in der Mobilität führte.

3.2.1 Hausärzte nehmen wöchentlich zu festen Zeiten an der Visite teil

Ein konzeptioneller Fehler war, dass davon ausgegangen wurde, man könne mit den niedergelassenen Ärzten feste Visitenzeiten festlegen. Davon abgesehen, dass die Hausärzte sowieso nur dann die Betreuung in der Kurzzeitpflege übernommen haben, wenn der Besuch mit keinem großen Zeitaufwand verbunden ist, ist es für ihn schwierig seine Praxiszeiten genau zu umreißen. Die meisten Hausärzten können schwer absehen, wann ihre Sprechstunde tatsächlich zu Ende ist, das heißt: der letzte Patient die Praxis verlassen hat. Der Arzt kann sich also nicht auf einen eng vorgegebenen Zeitpunkt festlegen, andererseits können die Pflegefachkraft und der Therapeut nicht jedes Mal stundenlang auf das eventuelle Erscheinen des Arztes warten.

3.2.2 Hausärzte erstellen Assessments und werten diese aus

Hausärzte kennen dieses Verfahren nicht. Sie sehen den Zeitaufwand, das Abweichen vom Tagesgeschäft und die meist von ihnen eingeschätzte fehlende Sinnhaftigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung. Da sie im Modellverlauf nur einzelne Patienten betreuten, bestand keine Möglichkeit, ein solches Prozedere gemeinsam zu entwickeln und durchzuführen; der Zeitaufwand wäre zu groß und das Interesse von Seiten der Ärzte unter diesen Umständen nachvollziehbar gering gewesen.

4. Entwicklung der Patientenzuweisungen durch die Kliniken

Die Resonanz war deutlich besser als zu Anfang des Projektes, dennoch erreichten die Fallzahlen nicht die komplette Auslastung der Modellbetten. Am verlockendsten war für alle Sozialdienste das auf Landesebene finanzierte Bett, das die Gruppe der Menschen umfasste, die nach einem Akutereignis, meistens einer Fraktur, in der Häuslichkeit noch nicht zurechtkommen würden und in der Klinik nicht mehr bleiben durften, aber nur einen vorübergehenden Pflegeaufwand hatten, der nicht sicher einschätzen ließ, ob er das Kriterium der mindestens 6 Monate vorhandenen Pflegebedürftigkeit erfüllen werde. Diese Gruppe war für die Sozialdienste am schwersten zu vermitteln. Der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hätte aufwendig beantragt werden müssen, der Patient wollte oft nicht, dass der Sozialhilfeträger eingeschaltet wird, eine medizinische Reha ließ sich nicht durchsetzen, der Status als reiner Selbstzahler in der Kurzzeitpflege war über den Zeitraum von vier Wochen nur mit großen finanziellen Einbußen für den Betroffenen zu verkräften, der Krankenhausarzt drängte auf sofortige Entlassung...

Der Betroffene selbst erfüllte zwar nicht die Kriterien der Pflegebedürftigkeit, befand sich aber eindeutig in der Gefahrensituation, durch Entlassung in die Häuslichkeit in seinem Zustand der Hilfebedürftigkeit zu einem Pflegefall zu werden; dies geschieht meist durch ein weiteres Sturzereignis.

Da diese Situation häufig vorkam, stellen sich folgende Fragen an den Gesetzgeber:

- Warum fallen die Menschen, die nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben (zum Beispiel, wenn ein allein lebender älterer Mensch, sich durch einen Sturz beide Arme bricht) durch die Maschen des Versorgungsnetzes? Es handelt sich dabei um Menschen, die zwar noch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, weil sie bei fachgerechter Behandlung innerhalb von sechs Monaten wieder weitgehend selbständig leben könnten. Die Gefahr ist aber, dass bei unfachgerechter Behandlung ihre Selbständigkeit nicht ausreichend gefördert wird und deshalb die Gefahr besteht, dass sie in die Pflegebedürftigkeit hineinwachsen. Hier entstehen Kosten für die Pflegekassen, die im Grunde vermeidbar wären, ganz zu schweigen von dem Leid, das den Betroffenen durch eine nicht fachgerechte Versorgung zugefügt wird.
- Deshalb stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, die Möglichkeit zu schaffen, eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit festzustellen, die nach 6 Monaten durch eine Nachbegutachtung entweder aufgehoben oder endgültig anerkannt wird?
- Warum gibt es prinzipiell so wenige Nachbegutachtungen? Fälle, in denen Personen seit Jahren die Geldleistung der Stufe 2 oder 3 beanspruchen, obwohl sie kaum noch die Kriterien der Stufe 1 erfüllen, sind in der häuslichen Praxis keine Seltenheit. Vielleicht wären diese Gelder für o.g. Gruppe einzusetzen.

Die Not der Sozialdienste und ihre Hoffnungen auf das „Landbett“ zeigte sich auch bei einer weiteren Personengruppe, Es waren Patienten, die z.B. keinerlei therapeutische Unterstützung brauchten und nicht pflegebedürftig waren, die Wohnung aber in einem verwahrlosten Zustand war und erst generalgereinigt werden musste. Die Sozialdienste waren in solchen Situationen oft in Bedrängnis und hätten das finanzierte Bett gern als Lösungsmöglichkeit eingesetzt, was natürlich nicht möglich war.

4. Fortbildungsveranstaltungen und Vernetzung

Trotz aller frustrierenden Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der SHG-Klinik Halberg gab es eine positive Möglichkeit, den Kontakt zu intensivieren. Die Klinik hatte einen neuen Chefarzt, der –auch wenn die Patientenzuweisung sich nicht verbessern ließ- bereitwillig zusagte, die geplanten Fortbildungsveranstaltung durchzuführen. Die hohe Fachkompetenz, die unkomplizierte Vorgehensweise bei der Planung und das offene, freundliche

Wesen des Arztes waren ein Lichtblick in all den zermürbenden Widrigkeiten, die sonst das Modell begleiteten.

So nutzte die Projektleitung diese Gelegenheit und organisierte zwei Fortbildungsveranstaltungen mit dem Chefarzt als Dozenten. Es war ihr wichtig, dass alle Berufsgruppen, die direkt mit dem Modell zu tun hatten, die Möglichkeit einer Fortbildung erhalten sollten. Auch die Sozialdienste sollten Interesse haben, die Einrichtung persönlich kennenzulernen. Deshalb wurden folgende Veranstaltungen von der Projektleitung organisiert:

4.1 „Gangstörungen im Alter – Sind Stürze unvermeidbar?“, Dozent Dr.med. Gehlen, Facharzt für Geriatrie, Chefarzt der SHG-Klinik Halberg

Diese Fortbildung war ausgerichtet auf Pflegepersonal und Therapeuten. Im Sinne einer Vernetzung auf dieser Ebene richtete die Projektleitung die Einladung an Pflegekräfte und Therapeuten der SHG-Klinik und der ASB-Kurzzeitpflege. Die Veranstaltung war rege besucht, der Vortrag sehr gelungen.

4.2 „Arzneimittel beim älteren Menschen – Zwischen Leitlinien, Budget und unerwünschten Nebenwirkungen“, Dozent Dr.med. Gehlen, Facharzt für Geriatrie, Chefarzt der SHG-Klinik Halberg

Diese Veranstaltung richtete sich an niedergelassene Ärzte. Die Problematik, dass betagte Patienten oft eine unglaubliche Vielzahl an Medikamenten erhalten, deren Nebenwirkungen oft Auslöser eines Sturzereignisses sind, gleichzeitig regelmäßig Medikamente verordnet werden, die bei hochbetagten Menschen kontraindiziert sind und z.T. sogar paradoxe Wirkungen auslösen können in Kombination mit der Situation, dass u.a. im Bereich der Schlafmittel Medikamente als Dauermedikation eingenommen werden, die nur innerhalb eines sehr begrenzten Zeitraumes verantwortbar sind, gab dieser Veranstaltung eine große Wichtigkeit. Die Veranstaltung erhielt 2 Fortbildungspunkte gemäß § 6 der Fortbildungsordnung der Ärztekammer des Saarlandes.

200 Einladungen mit Hinweis auf die Fortbildungspunkte wurden an niedergelassene Ärzte im räumlich nahegelegenen Umfeld geschickt. 3 Ärzte erschienen zu der Veranstaltung. Etwa die Hälfte der Medikamente, die wir bei den betagten Kurzzeitpflegegästen immer wieder verabreichen, beschrieb Dr. Gehlen als ungeeignet bis gefährlich.

4.3 „Aktuelle Reformen des Pflegeversicherungsgesetzes – Pflegestützpunkte“, Referentin Helga Setz, Referatsleiterin Pflegeversicherung VdAK/AEV

Dieses Thema wählte die Projektleitung aus, um die Sozialdienste anzusprechen. Die Resonanz war unglaublich groß. Alle am Projekt beteiligten Kliniken und Besuchsdienste erschienen mit mehreren Personen. Die Gelegenheit, die Einrichtung im Anschluß zu besichtigen, wurde rege genutzt und ergab durchweg positive Rückmeldungen.

5. Zusammenarbeit Pflege-Therapie

5.1 Ergotherapie

Zu Beginn des Projektes stellte sich zunächst die Frage nach einem effizienten, pragmatischen Einfließen der Therapieangebote in den Arbeitsablauf der Station. Es zeigte sich schnell, dass eine gemeinsame Übergabezeit zwischen Pflege und Therapie am Morgen wichtig war; deshalb erschien die Ergotherapeutin um dieselbe Zeit wie die Pflegekraft zur Übergabe zwischen Nacht- und Frühdienst. So hatte man Gelegenheit, besondere Vorkommnisse kurz zu besprechen und den Arbeitsablauf zu planen. Wichtig als therapeutische Einzelmaßnahme waren das Wasch- und Anziehtraining, um eine möglichst große Selbständigkeit bei diesen Alltagsfertigkeiten zu erreichen.

Für die Projektleitung stellte sich folgendes Problem: Menschen mit intensivem Pflege- und Hilfebedarf sollten im besonderen Fokus der Pflege bleiben, um z.B. bei Inkontinenz eine engmaschige Beobachtung des Hautzustandes zu ermöglichen. Gleichzeitig war es nicht nötig, dass 2 Personen den Patienten betreuten, was gerade in diesem sensiblen Bereich auch unangenehm für den Betroffenen sein konnte. Nach einigen Überlegungen bewährte sich über die Modelllaufzeit folgendes Konzept: Der Unterkörper wurde von der Pflegekraft unter den Gesichtspunkten der pflegerischen Fachlichkeit gewaschen, ggfs. mit Inkontinenzmitteln versorgt, vom Hautzustand beurteilt und angezogen. Bei immobilen Patienten fand diese Versorgung im Bett statt. Anschließend wurde der Transfer, oft durch die Therapeuten, durchgeführt, der Patient wurde, meist in diesem Zustand der Hilfebedürftigkeit, mit Hilfsmitteln, in sein Bad gebracht und konnte sich dort auf für ihn umsetzbare und somit motivierende Weise in der Selbsthilfe bezüglich Waschen und Anziehen des Oberkörpers, Mundpflege und Frisieren üben, Tätigkeiten, die, selbständig durchgeführt, einen hohen Stellenwert für das Wohlbefinden der Patienten haben.

Die Patienten erhielten neben dem Wasch- und Anziehtraining noch eine gezielte Einzeltherapie im Rahmen der Mobilisierung; dies konnte je nach Einzelfall vom selbständigen Bewegen eines Rollstuhles bis hin zum Treppen steigen und der Gehschulung außerhalb des Gebäudes auf öffentlichen Gehwegen sein.

Als gemeinsames ergänzendes Angebot fanden Gruppentherapien statt, die ein breiteres Spektrum von Sitzgymnastik bis Gedächtnistraining umfassten.

Damit die Zusammenarbeit Pflege-Therapie gestärkt wurde, gab es eine gemeinsame Pflegeplanung von Pflegekraft und Therapeuten. Da die Ergotherapeutin mit diesem Instrument nicht vertraut war, wies die Projektleitung sie im Rahmen einer internen Fortbildung in die Materie ein. Es wurden gemeinsam Problemfelder im Rahmen der AEDL's eruiert, ein gemeinsamer Maßnahmenkatalog erstellt und eine Zielvorgabe formuliert. Eine Schnittmenge mit besonderer Wichtigkeit ergab sich hier bei den gezielten Bewegungsübungen; hier profitierte die Pflege in hohem Maße von dem besonderen Blick der

Ergotherapeuten, die zum Beispiel im Falle von Schulterluxationen hilfreiche Tipps bezüglich des Anziehtrainings geben konnten oder bei Bewegungsübungen am Rollator das Augenmerk der Pflege auf Besonderheiten wie Rumpfrotationen legten.

Die Ergotherapeuten arbeiteten an 6 Tagen die Woche jeweils vormittags im Team mit und hatten an verschiedenen Nachmittagen noch Gruppenangebote. Die Integration verlief durch gemeinsame Übergabezeiten, Fallbesprechungen, Pflegeplanungen und Arbeit am Patienten reibungslos und intensiv. Das Wegbrechen zum Modellende war ein herber Verlust für das Kurzzeitpflegeteam und die Patienten. Diese Intensität der Zusammenarbeit läßt sich durch einzelne Heilmittelverordnungen nicht kompensieren; der Ergotherapeut muss fester Bestandteil des Teams sein.

5.2 Krankengymnastik

Durch die Problematik der fehlenden Kooperation der SHG-Klinik Halberg gab es natürlich auch das Problem der fehlenden poststationären Therapien. Die Projektleitung versuchte dies zu kompensieren, indem sie eine krankengymnastische Praxis gewinnen konnte, die über die Konzeption des Modells informiert wurde und sich bereit erklärte, mit einem festen Mitarbeiter die Betreuung der Modellpatienten zu gewährleisten. Der Krankengymnast kam zwei Mal in der Woche zu festen Zeiten und begann seine Tätigkeit mit einer kurzen Fallbesprechung mit Pflege und Ergotherapie, gab nach Abschluß seiner Arbeit eine kurze mündliche Rückmeldung und fixierte Maßnahmen und Besonderheiten des Patienten zusätzlich schriftlich in Form einer Verlaufsdokumentation. Dies war die praktikabelste Möglichkeit, seine Zeitressourcen effizient in den Modellverlauf einzubinden, da er aufgrund seiner Vergütungsmöglichkeiten auf die Erstattung der Heilmittelverordnung beschränkt war.

5.3 Das multiprofessionelle Team

Insgesamt war die Zusammenarbeit Pflege-Therapie eine Bereicherung, ein gegenseitiges Sich-Beobachten und voneinander lernen. Jeder Bereich hat seinen eigenen Fokus, legt seine eigenen Schwerpunkte, auch wenn die Schnittmenge in einer kleinen Form im Rahmen der aktivierenden Pflege vorhanden ist. Durch das multiprofessionelle Team ist man in der Lage, aus den verschiedenen Schwerpunkten ein Ganzes zu schaffen, was bei dem Patienten auch als solches ankommt. Er hat nicht das Gefühl, wenn die Pflegekraft kommt, macht sie diese Handlungen, wenn der Therapeut kommt, muss ich jenes machen. Es kann zu einem Ineinanderfließen kommen, in dem in beiden Bereichen die Aspekte des anderen übernommen werden, es wird harmonischer und nachvollziehbarer. Um dies vor Ort möglichst klar strukturiert umzusetzen, entwickelte die Projektleitung nach kurzer Zeit der Zusammenarbeit die Idee der gemeinsamen Pflegeplanung. So war die Zusammenarbeit auch schriftlich und für alle nachvollziehbar festgehalten. Die Gefahr,

dass die Pflege in Abwesenheit des Therapeuten z.B. einen Transfer unter den pflegerischen Gesichtspunkten durchführte, um ihn hautschonend zu gestalten, die Therapeutin aber vielleicht den Fokus auf die Schulterluxation setzte, weil ihr Wissen über Dekubitusgefährdung nur grob ist, war somit gebannt.

Auch in der Strukturierung des Tagesablaufs, der Art der Beschäftigungstherapie oder des Eßtrainings konnte man vieles gemeinsam erarbeiten. Insgesamt kann man sagen, der Blick für die Details an Hilfebedarf und die Möglichkeiten, die Selbsthilfe zu fördern, wurde verfeinert. Nicht zuletzt kam es natürlich zu einem belebenden Durchbrechen der täglichen Routine, weil ein reger Austausch zwischen Therapie und Pflege bestand. Dies führt automatisch zu einer Wahrnehmungsverbesserung, zum kreativen Entwickeln neuer Vorgehensweisen und zu einer Belebung des Stationsalltags. Die Qualitätsverbesserung in der Aktivierung, das große Angebot an Beratung und gemeinsamen Fallbesprechungen, die große Akzeptanz des beratenden Hausbesuches durch die Therapeutin, die der Patient ja schon kannte und der man vertraute, fiel uns besonders auf, weil die Hälfte der Gäste unserer Kurzzeitpflege Modellpatienten waren, während die andere Hälfte „normale“ Kurzzeitpflegegäste blieben.

6. Ein Fallbeispiel

Zur Veranschaulichung des Modellansatzes möchte ich gern ein Fallbeispiel schildern, dass repräsentativ für viele der Modellpatienten steht. Es handelt sich um eine 79-jährige Frau, die wegen eines Infarktes in die Klinik eingewiesen wurde. Die wesentlichen Diagnosen waren:

- Ausgedehnter Mediainfarkt rechts
- Hemiparese links
- Hochgradige Aorteninsuffizienz
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- Als Krankenhauskeim musste sie noch eine interkurrent schwere Enterokolitis durch *Clostridium difficile* durchleben (Anm. die Infektion durch einen oder mehrere Krankenhauskeime, die zu einer starken Verschlimmerung des Gesundheitszustandes und der Pflegebedürftigkeit führen bzw. diese erst verursachen, ist leider kein Einzelfall, sondern bei der Mehrzahl der Patienten nach Klinikentlassung anzutreffen. Dies ist für alle Beteiligten ein untragbarer Zustand.)
- Chronische Niereninsuffizienz

Die Patientin kam in der Klinik in eine geriatrische ReHa, die jedoch nicht ausreichte, sie soweit zu stabilisieren, dass sie nach Hause konnte, was ihr Wunsch war. Die Patientin wurde von ihrem Ehemann versorgt. Laut Krankenhaus wurde befürchtet, dass dieser mit der Versorgung überfordert sei, da er den Grad der Pflegebedürftigkeit seiner Frau verkenne. Die Patientin erhielt die Pflegestufe 1.

Die Patientin benötigte Hilfestellung bei allen AEDL's, war sehr ängstlich und hatte einen transurethralen Blasenverweilkatheter. Zusätzlich hatte sie in der Klinik Inkontinenzwindeln erhalten. Der Barthel-Index bei Entlassung aus der Klinik betrug 10 Punkte.

Die Orientierung und Kommunikationsfähigkeit waren nicht beeinträchtigt. Die Mahlzeiten wurden in der Klinik mundgerecht vorbereitet; im Überleitungsbogen wurde die Patientin als bei der Nahrungsaufnahme unselbständig dargestellt. Sie war in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Die Transfers konnte sie nur mit Unterstützung durchführen. Stehen konnte sie auch nur mit Unterstützung, ebenso konnte sie mit Begleitung nur wenige Schritte gehen.

Die Patientin erhielt 6 mal/Woche ergotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, zusätzlich 2 mal/Woche Krankengymnastik. Im Behandlungsverlauf hat sich die Mobilität der Patientin deutlich verbessert. Beim Transfer wurde sie selbständig. Sie konnte ohne Hilfe aufstehen. Trotz ihrer ängstlichen Natur ist sie bei Entlassung in der Lage gewesen, mit der emotionalen Sicherheit einer Begleitung an ihrer Seite, allein am Vierpunkt-Stock eine Wegstrecke von ca. 30 m am Stück zu bewältigen. Trotz der Unterstützung, die sie beim

Waschen und Anziehen weiterhin benötigte, konnte sie vieles aktiv übernehmen, was ihr Wohlbefinden und ihr Selbstvertrauen positiv beeinflusste. Der Dauerverweilkatheter konnte schon zu Beginn der Aufnahme in das Modellprojekt entfernt werden; die Patientin wurde durch Toilettentraining harnkontinent und benötigte auch keine Inkontinenzvorlagen mehr. Die Nahrungsaufnahme war bei entsprechender Vorbereitung der Mahlzeiten vollkommen selbständig.

Es erfolgten mehrere Beratungsgespräche bezüglich der häuslichen Versorgung; zusätzlich fand ein therapeutischer Hausbesuch mit Wohnraumberatung durch die Ergotherapeutin statt. Die Wohnung wurde so gestaltet, dass Stolperfallen und Hindernisse entfernt wurden, ein Badewannenlifter sowie eine Toilettensitzerhöhung angeschafft wurden und der Rollstuhl für das selbständige Fahren verbessert wurde. Es wurde ein Konzept entwickelt für die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung, das zum Entlassungstermin umgesetzt wurde. Der Ehemann erhielt Unterstützung durch eine Haushaltshilfe, Essen auf Rädern wurde angefordert und ein ambulanter Pflegedienst eingesetzt.

Bei Entlassung ergab sich folgender Befund:

Barthel-Index 40 Punkte (Bei Aufnahme aus Krankenhaus 10 Punkte)

Tinetti-Test 16 (Bei Aufnahme 14 Punkte)

Funktioneller ergotherapeutischer Kurzbefund 37 (Bei Aufnahme 27 Punkte).

Die Patientin konnte in eine stabile häusliche Versorgung entlassen werden.

Da der Hausarzt kooperierte und die Notwendigkeit der ergotherapeutischen Betreuung in der Häuslichkeit sah, ist die Auswertung der häuslichen Situation bis zum Erstellen dieses Berichtes möglich. Die Patientin befindet sich noch 9 Monate nach Entlassung aus dem Bundesmodellprojekt in einer stabilen, gut funktionierenden häuslichen Versorgung.