



Caritasverband
Schaumberg-Blies e.V.

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken



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

„Daheim aktiv“

**Modell zur ständigen Aktivierung pflegebedürftiger Menschen
in ihrem Zuhause**

Laufzeit: 1. April 2010 bis 31. März 2013

Abschlussbericht

Caritasverband Schaumberg-Blies e.V. (Projektverantwortliche:
Dr. Franz Lorenz, Projektleiter; Beate Morsch, M.Sc und Andrea Riga)
iso-Institut Saarbrücken (Projektleitung: Carola Schweizer, unter
Mitarbeit von Jana Kammerhoff)

Neunkirchen/Saarbrücken April 2013

Inhalt

| | | |
|-----------|------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | Einleitung | 1 |
| 2. | Das Praxisprojekt..... | 6 |
| 2.1 | Der Begriff der aktivierenden Pflege..... | 6 |
| 2.2 | Aufgaben und Ziele des Modellprojektes | 14 |
| 2.3 | Zielgruppe | 16 |
| 2.4 | Projektstruktur/Personalisierung..... | 17 |
| 2.5 | Methodisches Vorgehen | 24 |
| 2.6 | Projektbausteine | 30 |
| 2.6.1 | Trainingseinheiten | 30 |
| 2.6.2 | Schulungsmaßnahmen | 36 |
| 2.6.3 | Beratung | 42 |
| 2.6.4 | Fallarbeit..... | 43 |
| 2.7 | Zusammenfassung | 44 |
| 2.8 | Reflexion des Projektes..... | 47 |
| 3. | Ergebnisse und Bewertung..... | 49 |
| 3.1 | Forschungsdesign und Methode | 50 |
| 3.2 | Personenkreis..... | 56 |
| 3.2.1 | Soziodemographische Daten..... | 57 |
| 3.2.2 | Daten zum Pflege- und Hilfebedarf | 62 |
| 3.2.3 | Versorgungssituation..... | 68 |
| 3.3 | Daten zum Verlauf der Maßnahme | 71 |
| 3.3.1 | Vorzeitige Beendigung der Maßnahme..... | 73 |
| 3.3.2 | Unterbrechung der Maßnahme | 76 |
| 3.3.3 | Verbleib der Probanden | 79 |
| 3.4 | Interprofessionelle Zusammenarbeit | 80 |
| 3.4.1 | Personelle Besetzung und Teamfindung..... | 81 |
| 3.4.2 | Kompetenzen, Kompetenzgrenzen und Kompetenzzugewinne | 84 |
| 3.5 | Anleitung des ambulanten Pflegedienstes | 88 |
| 3.5.1 | Vernetzung | 91 |
| 3.6 | Anleitung pflegender Angehöriger | 92 |
| 3.7 | Wirkung der Maßnahme | 95 |

| | | |
|-----------|---------------------------------|------------|
| 3.7.1 | Assessmentergebnisse | 96 |
| 3.7.2 | „Weiche“ Erfolgskriterien..... | 108 |
| 3.8 | Diskussion der Ergebnisse | 113 |
| 4. | Ausblick..... | 117 |
| | Literatur..... | 120 |
| | Anhang 1 | 123 |
| | Anhang 2 | 141 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 1: | Alter und Geschlecht nach Standort..... | 58 |
| Tabelle 2: | Familienstand nach Geschlecht und Standort..... | 59 |
| Tabelle 3: | Haushaltsstruktur nach Geschlecht und Standort..... | 59 |
| Tabelle 4: | Inanspruchnahme von Geld-, Sach- oder der Kombination von Geld und Sachleistungen | 61 |
| Tabelle 5: | Pflegestufe nach Geschlecht und Standort (zu Beginn der Maßnahme)..... | 62 |
| Tabelle 6: | Pflegestufe nach Altersgruppen (zu Beginn der Maßnahme) | 63 |
| Tabelle 7: | Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht..... (Mehrfachnennungen) | 64 |
| Tabelle 8: | Heilmittelversorgung im Quartal vor Beginn der Modellmaßnahme nach Alter und Geschlecht..... | 65 |
| Tabelle 9: | ICD-Hauptgruppen nach Geschlecht und Standort (Mehrfachnennungen) | 66 |
| Tabelle 10: | Ausmaß der Multimorbidität der Probanden..... | 67 |
| Tabelle 11: | Institutionelle Versorgung vor Beginn der Modellmaßnahme nach Alter und Geschlecht..... | 68 |
| Tabelle 12: | Inanspruchnahme ambulanter Hilfen nach Geschlecht und Standort (Mehrfachnennungen) | 69 |
| Tabelle 13: | Hauptpflegeperson nach Alter und Geschlecht..... | 70 |
| Tabelle 14: | <i>Interventionsgruppe</i> : Vorzeitige Beendigung der Maßnahme..... | 74 |
| Tabelle 15: | <i>Interventionsgruppe</i> : Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme | 74 |
| Tabelle 16: | <i>Kontrollgruppe</i> : Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme..... | 74 |
| Tabelle 17: | <i>Interventionsgruppe</i> : Gründe für die Unterbrechungen der Maßnahme nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen)..... | 76 |
| Tabelle 18: | <i>Interventionsgruppe</i> : Unterbrechung der Maßnahme durch Aufenthalte im Krankenhaus und in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege nach Pflegestufe..... | 77 |
| Tabelle 19: | <i>Kontrollgruppe</i> : Unterbrechung der Maßnahme durch Aufenthalte im..... Krankenhaus und in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege nach Pflegestufe..... | 77 |
| Tabelle 20: | Verbleib des Probanden am Ende der Maßnahme | 79 |
| Tabelle 21: | Ergebnisse nach Barthel-Index | 98 |
| Tabelle 22: | Ergebnisse nach DemTect | 100 |
| Tabelle 23: | Ergebnisse nach visueller Schmerzskala..... | 101 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 24: FIM-Summscores nach Altersgruppen, Geschlecht, Standort, den drei..... häufigsten Erkrankungen und Pflegestufen | 103 |
| Tabelle 25: Mittelwertunterschiede der Assessmentergebnisse | 105 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Beispiele für Aktivierungsmaßnahme | 12 |
| Abbildung 2: Projektstruktur | 18 |
| Abbildung 3: Prozess der Leistungserbringung | 24 |
| Abbildung 4: Projektablauf | 28 |

1. Einleitung

Die demographische Entwicklung, gesellschaftliche Veränderungen und die Kostenexpansion im Gesundheitswesen verlangen neue Konzepte in der Prävention, Rehabilitation und Versorgung der Bevölkerung. Durch die Zunahme chronischer Krankheiten verlagert sich das Behandlungsgeschehen von „cure“ nach „care“. Chronische Krankheiten verursachen häufig Beeinträchtigungen, die einen Pflegebedarf auslösen. Dem komplexen Hilfebedarf stehen Betroffene und ihre Pflegepersonen¹ oft hilflos gegenüber. Daraus resultierende Versorgungsbrüche führen zu Krankenhausaufenthalten und Heimübersiedlungen.

Prognostisch wird die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Es besteht zwar einerseits hypothetisch die Hoffnung, dass die Pflegehäufigkeiten in dem Maße sinken werden, in dem die Bevölkerung – altersspezifisch – gesünder wird, andererseits sind derartige Prozesse in den letzten zehn Jahren nicht zu beobachten². Es wird daher unter den gegebenen Bedingungen von einer Konstanz der Pflegehäufigkeiten auch in den nächsten 20 Jahren ausgegangen, so dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um etwa die Hälfte erhöhen dürfte.³

Daher muss ein wesentlicher Kern zukünftiger Versorgungsarrangements darauf ausgerichtet sein, die Versorgung im häuslichen Bereich so zu stärken, dass stationäre Versorgungsformen als Krisenintervention bzw. als zeitlich nachrangige Versorgungsmodelle gesehen werden. Der häuslichen Versorgung im gewohnten sozialen Umfeld ist besonders unter den Aspekten des ‚Erhaltens von Lebensqualität‘ Vorrang einzuräumen.

In diesem Zusammenhang gewinnen die Ressourcenerschließung der pflegebedürftigen Personen zur Förderung der Selbstkompetenzen sowie die Stabilisierung des häuslichen Umfeldes eine zentrale Bedeutung.

Diese Entwicklung geht konform mit Erfahrungen, die die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste im Caritasverband Schaumberg-Blies. e.V. in ihrer täglichen Praxis erleben. Die Pflegedienste, die Sozialstation Eppelborn/Illingen und

¹ Die Projektbeteiligten folgen dem in §19 SGB 11 definierten Begriff der Pflegeperson: „Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des §14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen.“

² Vgl. Kruse, A. et al. (2003).

³ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2012).

der Caritas Pflegedienst Schaumberg, unterstützen seit mehr als dreißig Jahren hilfe- und pflegebedürftige Menschen in der eigenen Häuslichkeit. 2010 haben sie mit ca. 230 Mitarbeitern weit über 1000 Kunden versorgt, davon ca. 330 Personen mit Pflegeeinstufung und Sachleistungsbezug. Präventive und aktivierende Maßnahmen werden als notwendig erachtet, um die häuslichen Pflegesituationen zu stabilisieren, sind aber unter den zurzeit vorhandenen Bedingungen der Regelversorgung nicht zu leisten. Daraus entstand die Idee zum Projekt „Daheim Aktiv“, dessen Kernelement eine auf Aktivierung ausgerichtete pflegerische Versorgung ist, wobei der Begriff „aktivierende Pflege“ nicht ausreichend geklärt ist, um auf bereits konturiertes Pflegearrangement zurückgreifen zu können.

Die Entwicklung der Pflegearrangements zeigt, dass die Zahl der Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist.⁴

Dieser Effekt hängt zum einen von der soziodemografischen Entwicklung ab, die einhergeht mit der Auflösung traditioneller Familienstrukturen, zum anderen ist aber auch zu beobachten, dass das koordinierende Zusammenspiel der an der häuslichen Versorgung beteiligten Akteure des Gesundheitswesens noch optimierungsbedürftig ist.

Die Hypothese des Anstiegs der stationären Versorgung bestätigen Kruse et al. in ihrer Szenarienanalyse zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Sie vertreten aber die Ansicht, dass das Ausmaß der Steigerung durch geeignete Maßnahmen beeinflusst werden kann. Sie empfehlen, auf der individuellen Ebene Präventionsprogramme zu forcieren, um die häuslichen Pflegearrangements zu stützen und Heimübersiedlungen zu vermeiden⁵.

Durch die Pflege und Betreuung in der Familie erleben betroffene Angehörige tiefgreifende Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen. Berichte zum Belastungserleben zeigen übereinstimmend, dass pflegende Angehörige im

⁴ Vgl. BMG (2013): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten, <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> , Abruf am 15.06.2013.

⁵ Vgl. Kruse, A. et al. (2003).

Projekt Verschlechterungen ihres körperlichen bzw. psychischen Wohlbefindens, soziale Isolation und nicht zuletzt finanzielle Einbußen erleben.⁶

Oft sind dabei nicht der objektiv erhebbare Pflege- und Betreuungsbedarf oder etwa die Schwere der Krankheit ein aussagekräftiger Indikator für Belastung, sondern vielmehr resultiert die erlebte Belastung aus einem Konglomerat von Indizes. Exemplarisch seien die eigene Anspruchshaltung, das Bedienen tradierter Rollenbilder der pflegenden Person und des Pflegebedürftigen und nicht zuletzt die lebenslang eingeübten familiären Beziehungsmuster genannt.⁷

Das Projekt „Daheim Aktiv“ hatte in den beschriebenen Rahmenbedingungen die Arbeitshypothese, dass in einem rechtzeitig eingeleiteten aktivierenden ‚Alltagstraining‘, in dem pflegerische und therapeutische Maßnahmen ineinander greifen, die Möglichkeit besteht, die Selbstversorgungskompetenz der Pflegebedürftigen und die Pflegebereitschaft der Pflegepersonen positiv zu beeinflussen. Es sollte aber auch durch eine stärkere rehabilitative Orientierung in der Pflege ein Beitrag geleistet werden, die „...körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten“ (§ 2 I SGB XI) und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen⁸.

Durch die Stärkung des sozialen Netzwerkes können die häuslichen Pflegesituationen stabilisiert und Heimübersiedlungen vermieden oder verzögert werden. Damit wird die gesetzlich verankerte Forderung „ambulant vor stationär“ umgesetzt und gewährleistet, so dass Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können.

⁶ Vgl. Gräßel, E. 2002, S. 113: „In der Beratungspraxis ist oft festzustellen, dass pflegende Angehörige erst dann Hilfe nachfragen, wenn sie ‚nicht mehr können‘ (...) Im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes (Prävention) sollte darüber nachgedacht werden, wie unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Einzelnen eine frühzeitige Kontaktaufnahme, zum Beispiel nach der Diagnosestellung realisiert werden kann. Diese Form der zugehenden Beratung würde helfen, einen Teil der ‚Burn-out-Syndrome‘ bei familiären Pflegepersonen zu vermeiden.“

⁷ Vor diesem Hintergrund wurde im Modellvorhaben „Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe“ seit 2006 im Raum Minden-Lübbecke ein multikonzeptioneller, proaktiv-zugehend ausgerichteter Interventionsansatz erprobt und evaluiert. Es handelt sich um ein Gesamtkonzept, das der Belastungsprävention und der Bedeutung des Pflegepotenzials in Familien, in denen Menschen mit Demenz leben, unterstützt und gepflegt werden, im Besonderen Rechnung trägt.

⁸ Vgl. Projektantrag 2010.

Schon 1998 formulierte Halsig mit Rückblick auf die in den 90er Jahren durchgeführte Studie über Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung im Alter (MUGSLA-Studie) allgemein:

„Es sollte deutlich geworden sein, dass es nicht zentrales Ziel von Intervention und Prävention zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger sein sollte, einzelne Maßnahmen isoliert zu fördern. Worauf das Hauptaugenmerk gelegt werden müsste, ist stattdessen eine Vernetzung und Integration vielfältiger möglicher Hilfen, die sich jeweils an den individuellen Lebensumständen der betroffenen Hauptpflegepersonen orientieren müssen. Sollte dies in Angriff genommen werden, wäre damit ein wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung im Alter auf Basis der familiären Hilfs- und Pflegeleistung getan.“⁹

Mit Hilfe der im Projekt „Daheim Aktiv“ vorgesehenen engmaschigen Versorgung sehen die Projektbeteiligten zusätzlich die Chance, die Lebensqualität der Teilnehmer zu steigern, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Behandlungskosten einzusparen.

Da die erweiterten Leistungen nicht durch die mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen abgedeckt werden können, haben die Projektverantwortlichen einen Modellvorschlag entwickelt, von dessen Umsetzung sowohl positive Auswirkungen auf den funktionalen Status der hilfe- und pflegebedürftigen Personen als auch auf die Pflegebereitschaft der häuslichen Pflegepersonen erwartet werden.

Der Fokus liegt dabei auf einer aktivierenden Orientierung in der Pflege und im Alltag, womit dazu beigetragen werden soll, die *„...körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten...“* (§ 2 (1) SGB XI) und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Das Projektteam sieht Chancen, durch regelmäßige Aktivierung, Edukation und Beratung instabilen Phasen und Verschlechterungen vorzubeugen, bzw. deren Auswirkungen zu vermindern, und damit die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren.

⁹ Vgl. Halsig, N. (1998), S. 231.

Ziel des Projektes ist es, eine hinreichende Klärung des Aktivierungsbegriffs und die Konturierung eines Leistungskomplexes „aktivierende Pflege“ zu erarbeiten.

Um den Erfolg und die Wirksamkeit der Maßnahmen zu belegen, wurde von Beginn an eine umfassende Begleitforschung mitentwickelt. Das Evaluationskonzept umfasste dabei sowohl die Auswertung vorhandener Daten aus den eingesetzten Assessments, als auch Aktivierungsdokumentationen und narrative Interviews. Im Projektabschluss wurden die Erhebungen mit einer Kontrollgruppe der Gesellschaft für ambulante Pflege verglichen, um illustrierend die Versorgungsverläufe einer vergleichbaren Kundenkohorte über die Laufzeit des Projektes aufzuzeigen.

Ständige Aktivierungsmaßnahmen sind bisher im Leistungsrecht der Pflegeversicherung nicht abgebildet. Ihre Eingliederung und Abgrenzung zu den Leistungskomplexen sehen die Projektbeteiligten als erforderlich an, um die im SGB XI genannten Prämissen zu realisieren.

2. Das Praxisprojekt

Hintergrund der Modellidee war die Hypothese, dass regelmäßige Aktivierungsmaßnahmen, Edukation und Beratung die Chancen erhöhen, instabilen Phasen und Verschlechterungen im Pflegeverlauf vorzubeugen oder deren Auswirkungen durch präventive oder rehabilitative Maßnahmen zu vermindern.

Aus diesen Überlegungen heraus wurde das nachfolgend dargestellte Modellprojekt entwickelt. Um eine Beobachtung und Beurteilung des Verlaufes vornehmen zu können, wurde die Laufzeit des Projektes auf drei Jahre angelegt. Das Modellprojekt wurde durch eine unabhängige Einrichtung, das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (**iso**), wissenschaftlich begleitet.

Einführend erfolgt die Auseinandersetzung mit dem Begriff der aktivierenden Pflege, darauf folgt die Beschreibung von Aufgaben und Zielsetzungen des Projektes.

Anschließend gibt die in der Konzeption idealtypische Beschreibung des Modellansatzes einen Einblick in die Hoffnungen und Erwartungen der Projektbeteiligten. Die Projektarbeit wird dazu im chronologischen Verlauf dargestellt, wobei der Umsetzung der einzelnen Facetten aktivierender Pflege ein besonderes Augenmerk gilt.

2.1 Der Begriff der aktivierenden Pflege

Aktivierende Pflege, gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion sind derzeit, neben der ökonomischen Debatte, herausragende Themen der aktuellen Gesundheitspolitik. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten sozio-demographischen Entwicklungen und den sich vollziehenden Transformationsprozessen (Wertewandel, individualisierte Lebensentwürfe in pluralen Kontexten der Gesellschaft in Deutschland) bekommen Gesundheit und Selbstbestimmtheit als Merkmale von Lebensqualität eine zentrale Bedeutung. Diese Entwicklung hat die Politik erkannt und versucht, durch Gesetzgebungen und begleitende politische wie auch gesellschaftliche Diskussionen die Bedeutung von Gesundheit zu unterstreichen.

Dies verdeutlicht den Paradigmenwechsel in Deutschland von einem auf Kuratation und Behandlung ausgerichteten Gesundheitswesen hin zur Betonung von

Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention. Die Pflegeprofession gliedert sich in diese Entwicklung ein. Die Pflegekräfte verfügen in dem einzelnen Versorgungssetting über den häufigsten bzw. zeitintensivsten Kontakt zu den versorgten Personen und deren Versorgungssystem (Familie, Freunde).

Trotzdem sind *Ressourcenorientierung* und *Fördern durch Fordern* im Sinne aktivierender Pflege für die Angehörigen der Pflegeprofession immer noch ein weitläufiges, schwer zu fassendes Thema. In ihrer konzeptionellen Ausgestaltung und Umsetzung von praktischen Handlungsansätzen ist aktivierende Pflege ein bunt schillerndes Phänomen. Der Begriff der aktivierenden Pflege wird zwar häufig genutzt, ist in seiner Definition bis heute aber unscharf.

In § 28 SGB XI (4) heißt es: „*Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen...*“ Die Forderung nach aktivierender Pflege in § 28 SGB XI wird eingeschränkt durch die Sollformulierung. Diese Beschränkung wird in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien aufgehoben. Hier ist formuliert: „Bei der Pflege durch Pflegeeinrichtungen wird grundsätzlich von aktivierender Pflege ausgegangen.“ Bei nicht aktivierender Pflege wird dies als Verbesserungsempfehlung in das Gutachten aufgenommen.

Die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien definieren, dass unter aktivierender Pflege eine Pflegepraxis zu verstehen ist, die die Ressourcen der pflegebedürftigen Person berücksichtigt und bei den Pflegepersonen eine Haltung erfordert, die den Wandel von der kompensatorischen zur biografie- und bedürfnisorientierten Versorgung vollzogen hat.¹⁰

Auch das Gemeinsame Rundschreiben des GKV zum Pflegeversicherungsgesetz setzt sich mit aktivierender Pflege auseinander. Zur Zielsetzung folgt es den Formulierungen in § 28 SGB XI und ergänzt in Absatz 1 zu § 28:

„... *Aktivierende Maßnahmen sollen alle körpernahen Verrichtungen einbeziehen, aber auch die hauswirtschaftliche Versorgung, die Organisation des Tagesablaufes und die Gestaltung der Wohnung oder des Pflegeheims. Die An-*

¹⁰ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2009), S. 51.

gehörigen und der Lebenspartner sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen“ (Seite 2 zu § 28 SGB XI).

Auf Seite drei sind als Beispiele genannt: die Ermunterung beim Aufstehen und Umhergehen, die geistige Anregung sowie die Anleitung zum selbständigen Essen statt passiver Nahrungsaufnahme. Im Rahmen der Leistungserbringung ist die aktivierende Pflege:

„Ziel und Bestandteil der nach den § 36 ff. SGB XI zu gewährenden Pflege“.

Aus diesen Formulierungen geht hervor, dass aktivierende Pflege integraler Bestandteil der professionell erbrachten Pflege sein soll, mögliche Inhalte werden durch Beispielmaßnahmen angedeutet. Eine abschließende Operationalisierung des Begriffes wird nicht vorgenommen.

Die Literaturrecherche in DIMDI und PUBMED mit dem Suchbegriff „aktivierende Pflege“ erbrachte ebenso keine Hinweise auf wissenschaftliche Studien, die das Konzept der aktivierenden Pflege operationalisieren oder die Wirkung aktivierender Pflege erforschen.

Dies geht konform mit Aussagen von Pflegewissenschaftlern, die bemängeln, dass der Begriff der aktivierenden Pflege wissenschaftlich kaum erforscht und inhaltlich nicht definiert ist.¹¹

Das Konzept der aktivierenden Pflege lässt sich dabei aus den im Folgenden dargestellten Perspektiven betrachten.

a) Das professionelle Pflegeverständnis

Der Begriff der aktivierenden Pflege wird sowohl in Verbindung gebracht mit präventiver als auch rehabilitativer Pflege.¹² Die Zielsetzung aller Begriffe ist identisch mit solchen, die sich aus einem professionellen Pflegeverständnis ableiten lassen. So sind „*Erhalt, Förderung oder Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensführung*“ im Bericht der Enquête Kommission „Situati-

¹¹ Vgl. Dangel et al., 2005, S.22 ff.; Hasseler/Meyer 2006, S. 27; Hasseler, 2011, S. 81 ff.

¹² Vgl. Deutscher Bundestag, 2003, S. 194 ff. ; Dangel/Kolleck/Korporal, 2005, S. 18 ff.

on und Zukunft der Pflege in NRW“ als Grunddimension eines professionellen Pflegeverständnisses genannt.¹³

Auch Bartholomeycik weist darauf hin, dass Pflegen bedeutet:

„die Kompetenzen wiederherzustellen bzw. zu fördern, die die autonome Bewältigung des Alltags ermöglichen, dass die Förderung vorhandener Ressourcen hierfür im Vordergrund steht.“¹⁴

Dieses Pflegeverständnis spiegelt sich ebenfalls im Krankenpflegegesetz von 2003, in dem in § 3, Absatz 1 als Ausbildungsziel unter anderem formuliert ist:

„Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.“

Diese Aussagen erlauben die Schlussfolgerung, dass die in § 28 SGB XI formulierte aktivierende Pflege als grundlegendes Element eines professionellen Pflegeverständnisses angesehen werden kann.

Dieses Grundverständnis von Pflege soll sich im Pflegehandeln wiederfinden. Dazu müssen Pflegenden den Rollenwechsel von der traditionell kompensatorischen zur ressourcen- und kompetenzorientierten Versorgung bewältigen. Dies setzt voraus, dass personelle Ressourcen in quantitativ und qualitativ ausreichender Zahl vorhanden sind. In allen Bereichen der pflegerischen Versorgung ist eine Erhöhung der Arbeitslast und des Kostendrucks zu spüren. In Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege werden viele Pflegeleistungen von Hilfskräften erbracht, da vorhandene Fachkraftstellen infolge des Personalmangels nicht besetzt werden können.

Pflege ist ebenso eingebunden in den Kontext der Organisation und des Leistungsrechtes. Das SGB XI orientiert sich bei der Festlegung der Pflegestufe am Hilfebedarf für Verrichtungen des täglichen Lebens, die sich insbesondere auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der Hauswirtschaftlichen Versorgung beziehen (§ 14 SGB XI). In der ambulanten Pflege

¹³ Vgl. Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, 2005, S. 32.

¹⁴ Vgl. Bartholomeycik, 2006, S. 212.

wurden länderspezifisch abrechenbare Leistungskomplexe definiert, die mit Preisen hinterlegt sind. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz können auch Stundensätze abgerechnet werden, wobei dem Kunden die Entscheidungshoheit übertragen wurde und er sich somit für die günstigste Version entscheiden kann. Der Vorteil der Abrechnung über Stundensätze liegt darin, dass die Leistungsinhalte nicht eng an vorgegebene Komplexe gebunden sind, sondern auch pflegerische Maßnahmen umfassen können, die bisher nicht abrechenbar waren. Die vereinbarten Entgelte sollen es professionellen Einrichtungen ermöglichen, wirtschaftlich zu handeln. Aktivierende Pflege -ganzheitlich betrachtet- ist meist mit einem höheren Zeitaufwand verbunden als kompensatorische Versorgung.

Beispiele

Bei der im Leistungsverzeichnis des Saarlandes formulierten Leistung „kleine Pflege“ ist der Transfer zur Waschgelegenheit Teil der Leistung. In der Bewegung eingeschränkte Personen können diese Strecke eventuell in Begleitung zu Fuß bewältigen, die benötigte Zeit ist aber deutlich länger als beim Transfer mit dem Rollstuhl.

Oder: Pflegebedürftige mit Störungen der Feinmotorik sind eventuell in der Lage, die Knöpfe an Hemd oder Bluse selbst zu schließen, dies ist aber mit einem höheren Zeitbedarf verbunden als bei der kompensatorischen Übernahme durch die Pflegeperson.

Ambulante Pflegedienste haben einen Personalkostenanteil zwischen 70 und 80 Prozent. Da die Aktivierung in der Leistung enthalten sein soll, erhöhen sich bei einer ganzheitlich gedachten aktivierenden Pflege die Personalkosten. Die professionellen Pflegekräfte erkennen Aktivierungspotentiale, können diese aber nur ansatzweise umsetzen, weil die auf einzelne Verrichtungen bezogenen Pflegeleistungen einem ganzheitlichen Ansatz entgegenstehen.

Im global gehaltenen und damit unscharfen Konzept der aktivierenden Pflege sind weder inhaltliche Maßnahmen noch Grenzen in der Leistungserbringung formuliert. Diese werden subjektiv von den professionellen Pflegekräften sowie den Gutachtern des MDK festgelegt.

Eine weitere Perspektive, die nicht vernachlässigt werden darf, ist die des Kunden in der ambulanten Pflege. Die pflegebedürftige Person vereinbart mit dem ambulanten Pflegedienst die zu erbringenden Leistungen. Aus dem gesamten pflegerischen Hilfebedarf werden einzelne Verrichtungen durch professionelle Pflegekräfte übernommen. Der weitere Bedarf wird durch häusliche Pflegepersonen sichergestellt. Die Leistung wird nach individuellen Wünschen im häuslichen Umfeld des Kunden erbracht. Dieser trifft die letztendliche Entscheidung über die Art der Leistungserbringung. Häufig müssen pflegebedürftige Personen zu einer aktivierenden Versorgung motiviert werden. Einzelne sind der Ansicht, dass sie eine Dienstleistung eingekauft haben, die auch vollständig erbracht werden soll. Andere sind durch das Spektrum ihrer Behinderungen so stark beeinträchtigt, dass sie durch eine vollkompensatorische Übernahme der Pflege eigene Kräfte schonen, um ihren Alltag bewältigen zu können.

Der Projektträger sieht in der täglichen Pflegepraxis den Bedarf an ganzheitliche Aktivierungsmaßnahmen in der Pflege und Versorgung von Individuen. Häufig beobachten Pflegekräfte im Verlauf der Pflegebedürftigkeit einen Abbau funktionaler Fähigkeiten, der die Teilhabemöglichkeiten am sozialen Geschehen begrenzt. Diesem Abbau könnte aus Sicht der Pflege durch geeignete präventive Maßnahmen begegnet werden. Aus diesem Grund wurde das vorliegende Modellprojekt entwickelt, das sich mit Aktivierungsmaßnahmen auseinandersetzt, die wegen ihrer Art und ihres Umfangs nicht integraler Bestandteil der vereinbarten pflegerischen Leistungen sein können.

Aktivierung im Projekt „Daheim Aktiv“ setzte sich auseinander mit:

- Förderung, Aufbau, Ausbau und Erhalt von motorisch-funktionellen und kognitiven Fähigkeiten und Kompetenzen der pflegebedürftigen Person (physiologisch, motivational) durch interdisziplinär gestaltete Trainingsmaßnahmen, die sich am Alltagsleben orientieren und die Selbstpflegefähigkeiten wiederherstellen.
- Edukation und Beratung der hilfe- und pflegebedürftigen Person, um die Bewältigungsarbeit zu unterstützen und selbstbestimmtes Handeln zu ermöglichen.

- Edukation und Beratung der häuslichen Pflegepersonen, da davon auszugehen ist, dass die häusliche Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Personen nur unter Einbeziehung des sozialen Netzwerkes gelingt. Daher sind Edukation und Beratung der Pflegepersonen von entscheidender Bedeutung, damit diese fachlich korrekte Unterstützung leisten und aktivierende Pflege umsetzen können. Aber auch die Bewältigung der veränderten Lebenssituation für Pflegepersonen, die meist als sehr belastend empfunden wird, muss thematisiert werden. Ebenso soll über Entlastungsmöglichkeiten beraten werden.
- Gewährleistung einer kontinuierlichen Fallbegleitung

Definition „Trainingsmaßnahmen“: Trainingsmaßnahmen sind alle Maßnahmen, die dazu beitragen, notwendige Fähigkeiten zu trainieren, die ein selbstbestimmtes Alltagsleben und die soziale Teilhabe ermöglichen. Die in Abbildung 1 aufgeführten Beispiele sind nicht als abschließend anzusehen. In Kapitel 2.6.1 erfolgt die Beschreibung der Umsetzung in der Praxis des Projektes.

- Sitz-, Steh und Gehtraining werden den Fähigkeiten des Klienten angepasst und zielen darauf ab, die Eigenbeweglichkeit der Klienten zu fördern. Dadurch wird Mobilität gefördert und Dekubitalulcera und Kontrakturen vorgebeugt.
- Durchführung von Transferübungen, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Teilhabe am Familienleben, an Veranstaltungen) zu sichern.
- Die Anleitung zur selbständigen Durchführung der Körperpflege sowie das Anziehtraining sollen die Klienten befähigen, die Körperpflege selbständig bzw. mit einem möglichst geringen Hilfebedarf durchzuführen.
- Kontinenztraining dient der Kontinenzförderung und unterstützt die Teilhabe am sozialen Leben.
- Förderung der selbständigen Haushaltsführung (Kochen, Reinigungsarbeiten, Wäschepflege)
- Gleichgewichtstraining und gymnastische Übungen sollen dazu verhelfen, die Körperbalance zu trainieren und damit die Sturzgefährdung zu verringern.
- Der Gebrauch von bedarfsgerechten Hilfsmitteln verhilft zu einer selbständigen Lebensführung in der häuslichen Umgebung.
- Mit Hilfe von Maßnahmen der Bobath-Therapie soll der Entstehung von schmerzhaften und die Beweglichkeit einschränkenden Spastiken vorgebeugt werden.
- Sturzprophylaxe: Die Berücksichtigung von internen und externen Faktoren der Sturzgefährdung senkt das Sturzrisiko der Klienten (DNQP, 2006)
- Mit der Anleitung in der selbständigen Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten, bei Bedarf verbunden mit Schlucktraining, wird eine ausreichende Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr angestrebt. Selbständigkeit und Unabhängigkeit werden gefördert.
- Maßnahmen der Alltagsstrukturierung sollen dementiell erkrankten Personen Orientierung in der häuslichen Umgebung geben. Dadurch soll die Pflegesituation für Angehörige erleichtert werden.

Abbildung 1: Beispiele für Aktivierungsmaßnahme

Die Leistung ‚**Aktivierungseinheit**‘ beinhaltet ein mehrdimensional angelegtes Assessment im Hausbesuch, ein sich daraus ableitendes Handlungskonzept, das sowohl Beratung und Edukation einschließt sowie ein der individuellen Situation angepasstes Trainingskonzept und dessen Umsetzung. Die Entwicklung angemessener und effizienter Maßnahmen sollte im Projekt erfolgen. Dies erschien den Projektbeteiligten sinnvoll, weil sich über die bisherigen Recherchen kein homogenes Bild von aktivierender Pflege beschreiben ließ bzw. sich keine evaluierten Erkenntnisse eruieren ließen.

Das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung bietet Pflegediensten bisher keine Möglichkeit, Trainings- und Aktivierungsmaßnahmen sowie Beratung und Edukation adäquat abzurechnen. Daher ist beabsichtigt, eine der Leistung entsprechende Abrechnungsmethodik zu entwickeln. Vorstellbar ist eine Abrechnung über Leistungskomplexe oder auch über Budgets. Die Beschreibung der Leistung muss inhaltlich definiert und deutlich abgegrenzt sein zur Mobilisation. Der im Projekt ermittelte Zeit- und Qualifikationsbedarf dient als Grundlage für die spätere Festlegung der Vergütung.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es zu dem Themenkomplex ‚aktivierende Pflege‘ unterschiedlichste Ansätze und Diskursebenen gibt. Auch wenn die Pflegeprofession aktivierende Elemente auf theoretischer Basis als Teil ihrer Aufgabe versteht, fehlt es jedoch an konkreten pflegetheoretischen wie auch pflegewissenschaftlichen Konzepten. Im Wesentlichen konzentrieren sich die pflegerisch orientierten Konzepte auf die Salutogenese als paradigmatische Ausrichtung, unter der dann Ansätze und Konzepte aktivierender Pflege entfaltet werden. Der Projektträger versucht mit dem Modellprojekt „Daheim Aktiv“, Aktivierung in der ambulanten Pflege inhaltlich zu definieren und die Wirksamkeit der Maßnahmen durch die wissenschaftliche Begleitung nachzuweisen.

2.2 Aufgaben und Ziele des Modellprojektes

Während der Entwicklung des Modellkonzeptes wurden die nachfolgend beschriebenen Aufgaben und Zielsetzungen herausgearbeitet.

Die eingesetzten Aktivierungsmaßnahmen im häuslichen Bereich mit ihren Komponenten Training, Beratung, Information, Schulung und Begleitung sollen die Betroffenen und ihre Pflegepersonen befähigen, das Leben mit der Pflegebedürftigkeit selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu gestalten. Die Beratung und Begleitung in der Pflegesituation durch die Aktivierungscoaches, unterstützt und motiviert pflegende Angehörige, ihre Aufgaben kompetent wahrzunehmen. Sie leistet damit einen Beitrag zum Erhalt ihrer Pflegebereitschaft.

Eine erfolgreiche Umsetzung des Modellprojektes soll dazu beitragen, die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren, funktionale Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu erhalten und zu fördern und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Der pflegebedürftigen Person wird ermöglicht, so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung zu leben. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann umgesetzt werden.

Ein weiterer Aspekt des Modellvorhabens war die Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter, damit sie die aktivierende Pflege zielgerichtet umsetzen können.

Die Zielsetzungen des Modellprojekts lassen sich demzufolge drei Ebenen zuordnen:

- der individuellen Ebene des Pflegebedürftigen und seines Netzwerkes
- der Systemebene
- der Mitarbeiterebene

a) Individuelle Ebene

Durch die aktive Begleitung pflegebedürftiger Personen wurden Möglichkeiten gesehen, Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu erhalten oder wiederzugewinnen und Verschlechterungen entgegenzuwirken. Die Selbstpflegefähigkeiten der Betroffenen sollten gefördert werden, so dass ein selbstbestimmtes Leben in der häuslichen Umgebung möglich wäre. Positive Auswirkungen erwartete die Projektgruppe auf die Lebensqualität der betroffenen Personen und ihrer

Angehörigen. Die Projektmitarbeiter gingen davon aus, dass durch die Stabilisierung der Pflegesituation Angehörige entlastet werden könnten, so dass deren Pflegebereitschaft erhalten und ein längeres Verweilen in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden würde.

b) Systemebene

Auf der Systemebene wurde erwartet, dass Pflegeeinstufungen zurückgeführt oder länger konstant gehalten werden könnten. Vermutet wurden auch positive Effekte auf Krankenhausaufenthalte.

In der täglichen Pflegepraxis zeigt sich, dass Einweisungen ins Krankenhaus häufig erfolgen, weil pflegende Angehörige mit der häuslichen Pflegesituation überlastet sind. Da letztere meist weder theoretisch noch praktisch für Pflegeaufgaben qualifiziert sind, fehlt ihnen die Expertise und Sicherheit, Pflegesituationen umfassend einzuschätzen und angemessen zu reagieren. Die im Projekt vorgesehene kontinuierliche Fallbegleitung sowie Beratung und Schulungen sollten dazu beitragen, Problemsituationen zu antizipieren und rechtzeitig Maßnahmen einzuleiten. Damit sollte ermöglicht werden, Pflegesituationen zu stabilisieren und Sicherheit im Umgang mit ihnen zu gewinnen.

Das Ziel der Trainingsmaßnahmen lag darin, zum Erhalt, zur Stabilisierung und Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person beizutragen. Dadurch wurde ein positiver Einfluss auf den Verlauf der Pflegebedürftigkeit erwartet.

c) Mitarbeiterebene

Die zielgerichtete Aktivierung pflegebedürftiger Personen in ihrem Zuhause unter Einbindung der pflegenden Angehörigen erfordert aus Sicht der Projektbeteiligten bei den Pflegefachkräften Kompetenzen, die über die in der Ausbildung erworbenen hinausgehen. Zur Zeit der Modellentwicklung waren keine Fortbildungen bekannt, die speziell die Aktivierung in der häuslichen Pflege und im häuslichen Umfeld thematisieren. Der Projektträger ging von der Annahme aus, dass der Lernbedarf sich im Projektverlauf aus den aktuellen Aktivierungssituationen darstellen würde. Daher war vorgesehen, dass die Pflegefachkräfte im Projektteam projektbegleitend durch die Ergotherapeuten und bei Bedarf durch

externe Dozenten geschult werden würden. Zum Ende der Modellphase sollte ein Curriculum erarbeitet sein, in dem Schulungsinhalte für eine mögliche Weiterbildung ‚Aktivierungscoach‘ definiert werden.

Im Projektverlauf war vorgesehen, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte entweder bei den Klienten vor Ort oder in innerbetrieblichen Fortbildungen zu schulen.

2.3 Zielgruppe

Die Auswahl der Interventionsgruppe erfolgte aus dem Kundenkreis der beiden Pflegedienste des Caritasverbandes Schaumberg-Blies e.V. Die angestrebte Zielgröße lag bei 100 Klienten und bezog sowohl Sachleistungs- als auch Geldleistungsbezieher ein. Sowohl die Altersstruktur als auch die Verteilung der Pflegestufen sollten sich in der Stichprobe spiegeln. Datenauswertungen der Pflegedienste zeigten, dass mit einem Ausscheiden (Übersiedlung in Pflegeheim, Tod, Angehörige übernehmen Pflege) von ca. 25 Prozent der Betroffenen pro Jahr zu rechnen ist. Da sich die vorgesehene Teilnehmerzahl von 100 Personen demzufolge in der Projektlaufzeit stark reduzieren würde (100 -> 75 -> 56 Personen), wodurch die wissenschaftliche Auswertung erschwert würde, wurde eine Nachakquirierung bis zum 31.03.2012 geplant.

Teilnehmen konnten Personen mit Pflegeeinstufung und Interesse am Modell. Ausgeschlossen wurden Klienten mit Erkrankungen, deren letaler Ausgang alsbald zu erwarten ist.

Die Gewinnung der Projektteilnehmer startete mit Projektbeginn. Die Zugangswege erfolgten zum einen über die zuständigen Pflegefachkräfte, die potentielle Teilnehmer der Projektleitung meldeten und zum anderen über eine Dokumentenanalyse des bestehenden Datenerfassungssystems. Darüber hinaus wurde mit Flyern und Berichten in der lokalen Presse öffentlichkeitswirksam geworben. Die Akquirierung von Geldleistungsbezieher übernahmen die Pflegedienstleitungen und deren Stellvertretungen. Bei Interesse fand ein Hausbesuch durch die Projektmitarbeiter statt, in dem der Projektansatz vorgestellt wurde. Um die Freiwilligkeit zu dokumentieren, wurde von jedem Teilnehmer eine schriftliche Zustimmung zur Teilnahme am Projekt eingeholt.

Es zeichnete sich relativ früh ab, dass die Teilnehmergewinning aufwändiger war als zunächst vermutet. Während ca. 80 Teilnehmer schnell gewonnen werden konnten, verlief die weitere Akquise eher schleppend. Trotz intensiver Information in den Teambesprechungen, Gesprächen mit den Pflegedienstleitungen und dem damit verbundenen aktiven Zugehen der verantwortlichen Pflegekräfte und der Projektmitarbeiter, erreichte die Teilnehmerzahl nur punktuell die angepeilte Größe von 100 Personen. Besonders der Ersatz ausgeschiedener Klienten, gestaltete sich schwierig.

Ein unternehmensethisches Dilemma bezüglich des Ausschlusses von Klienten mit letalen Erkrankungen blieb den Projektbeteiligten erspart, da es keine entsprechenden Anfragen gab.

2.4 Projektstruktur/Personalisierung

Die Personalisierung orientierte sich an den qualitativen und quantitativen Vorgaben im Modellantrag.

Die Projektorganisation war aufgegliedert in die Steuerungsgruppe, den Lenkungsreis, die wissenschaftlich qualifizierte Projektleitung, die Aktivierungscoaches und die Ergotherapeuten (Abbildung 4). Es wurde damit eine klassische Projektaufbaustruktur installiert, in der dem Lenkungsreis die Bündelung der komplexen Struktur und Steuerung der Prozesse oblag. Die im Projektplan festgelegten Meilensteine waren dabei die gewünschte Sollgröße, an denen die jeweiligen Ist-Stände evaluiert und gegebenenfalls Interventionen geplant wurden.

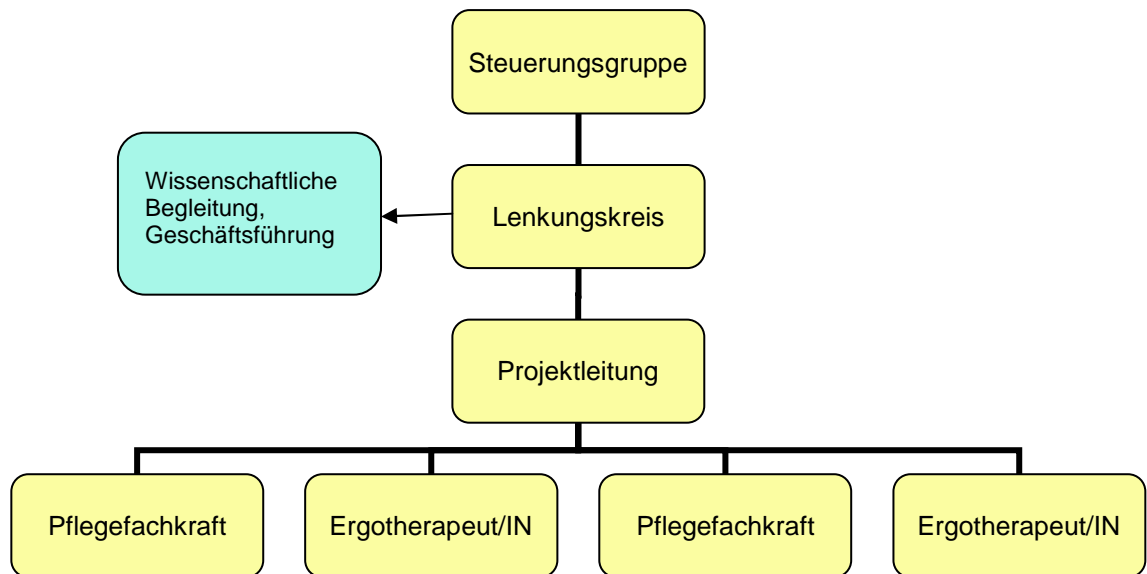


Abbildung 2: Projektstruktur

Der Lenkungskreis setzte sich zusammen aus den Pflegedienstleitungen und der wissenschaftlich qualifizierten Projektleitung. Dieser inneren Struktur zur Bearbeitung des Projektauftrages war eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung sowie ein erweiterter Lenkungskreis (erweitert um die Geschäftsführung des Caritasverbandes Schaumberg-Blies) zur Seite gestellt, die beratend mit ihrer wissenschaftlichen bzw. organisationalen Expertise den engeren Lenkungskreis in seiner Arbeit unterstützten.

Um die Vernetzung zur unabhängigen wissenschaftlichen Begleitung zu gewährleisten, wurde letztere besonders dann beratend in den Lenkungskreis eingebunden, wenn entsprechende Interventionen im Projekt erforderlich waren. Durch diese Form der Zusammenarbeit konnte die Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Begleitung gewährleistet werden und eine Form struktureller Kopplung geschaffen werden, die es ermöglichte, Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung für das Projektdesign nutzbar zu machen. Dies wurde insbesondere in der zweiten Phase des Projektes erkennbar, als durch die Rückmeldungen der wissenschaftlichen Begleitung Nachsteuerungsbedarf im Bereich der Aktivierungsplanung erkennbar wurde, der in der Alltagsroutine der Aktivierungsteams nicht gesehen wurde.

Die Steuerungsgruppe setzte sich zusammen aus dem Lenkungskreis, der wissenschaftlichen Begleitung und Vertretern des GKV Spitzenverbandes als Mo-

dellförderer. In den Treffen der Steuerungsgruppe wurden Projektverlauf, Projektstand, Schwierigkeiten und Probleme reflektiert.

Personalisierung

a) Projektleitung

Die Projektleitung wurde durch eine wissenschaftlich qualifizierte Pflegefachkraft besetzt, die bereits in einem anderen Projekt im Pflegedienst beschäftigt war und daher ab Projektbeginn sowohl mit ihrer Projekterfahrung als auch mit den Kenntnissen verbandlicher Strukturen das Projekt leiten konnte.

Zu den Aufgaben der Projektleitung zählten die Umsetzung, die Überwachung, die Moderation und Steuerung der Teamtreffen. Sie war ebenso verantwortlich für die Anpassung der Modellkonzeption und die Einhaltung des Meilensteinplanes.

In der Anfangsphase waren die Arbeitsschwerpunkte insbesondere

- Mitwirkung bei der Auswahl des Personals
- zentrale Koordination bei der Auswahl der Projektteilnehmer
- Schulung der Mitarbeiter in der Anwendung der Assessments
- Öffentlichkeitsarbeit
- Begleitung bei den Aktivierungseinheiten und
- Berichtswesen gegenüber dem Auftraggeber, insbesondere Erstellen der Quartals- und Jahresberichte

Der Stellenumfang betrug zu Beginn des Projekts 100 Prozent. Leider musste diese Stelle nach dem Ausscheiden der Projektleitung im Februar 2012 neu ausgeschrieben werden. In der kurzen Vakanzphase übernahmen die Pflegedienstleitungen der Sozialstationen die Leitungsaufgaben. Dem Projektträger war es gelungen, die offene Stelle zeitnah zum 01.04.2012 mit einer wissenschaftlich qualifizierten Fachkraft neu zu besetzen. Leider konnte diese nur mit einem auf 50 Prozent reduzierten Stellenanteil tätig werden, so dass eine Neuverteilung der Aufgaben erfolgen musste. Da eine persönliche Übergabe zwischen den Leitungen nicht möglich war, musste der neue Mitarbeiter in Gesprächen mit den Aktivierungscoaches und den Pflegedienstleitungen in das Projekt eingearbeitet werden. Problematisch war es, alle relevanten Inhalte zu vermit-

teln, was insbesondere das Berichtswesen erschwerte. Zur Erstellung des Abschlussberichtes bedurfte es daher der engen Verzahnung aller Beteiligten. Insbesondere war ein stärkerer Einbezug des erweiterten Lenkungskreises erforderlich.

Mit dem Personalwechsel in der Leitung im April 2012 und der Einarbeitung der neuen Leitung erfolgte eine intensive Evaluation des Projektes. Dabei zeigten sich Nachsteuerungsbedarfe in der praktischen Umsetzung des Projektes. Im Wesentlichen wurden die Aktivierungseinheiten dahingehend neu ausgerichtet, dass

- die Aktivierungseinheiten stärker die Selbsthilfepotentiale der Kunden fokussierten
- die Aktivierungseinheiten mit der Pflegeplanung der verantwortlichen Pflegefachkräfte abgestimmt und später integriert wurden
- die Aktivierungseinheiten von festen Bezugspersonen in Anlehnung an ein primary nurse Modell geplant, durchgeführt und evaluiert wurden
- die zugehörigen Pflegefachkräfte nochmals stärker in die Aktivierung mit eingebunden wurden und
- die Rolle der Aktivierungscoaches in der Aktivierungseinheit stärker auf Beobachtung, Beratung und Anleitung ausgerichtet wurde.

b) Aktivierungscoaches

Als Aktivierungscoaches wurden zwei Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger/in und Altenpfleger/in, Vollzeitstellen) mit mehrjähriger Erfahrung in der ambulanten Pflege sowie zwei Ergotherapeutinnen eingesetzt. Voraussetzung für die Pflegefachkräfte war eine Basisqualifikation in Beratung und Edukation, die in beiden Pflegediensten schon vorhanden war, aber noch vertieft werden musste, um den besonderen Anforderungen im Modellprojekt zu genügen. Zur Unterstützung der Aktivierungscoaches standen die wissenschaftlich qualifizierten Mitarbeiter des Verbandes zur Verfügung.

Der Stellenumfang von insgesamt 100 Prozent im Bereich der Ergotherapie wurde auf zwei Personen aufgeteilt. Dadurch konnten die Personalkapazitäten den Pflegediensten zugeordnet werden, wodurch die personelle Kontinuität zur

Durchführung der Aktivierungsmaßnahmen ermöglicht wurde. Beide Berufsgruppen arbeiteten eng zusammen.

Der Projektträger sah in der Modellkonzeption vor, Mitarbeiter mit Berufserfahrung ins Team aufzunehmen. Leider konnte nur jeweils eine Stelle im Bereich der Pflege und Ergotherapie mit berufserfahrenen Personen besetzt werden. Die beiden anderen Stellen nahmen Mitarbeiter ein, die sich im ersten bzw. zweiten Jahr nach Ausbildungsabschluss befanden.

Maßgeblich für die Aufnahme der Ergotherapie als begleitende Berufsgruppe war deren Alltagsorientierung. Ziel der Ergotherapie ist die Förderung und Stabilisierung vorhandener Fähigkeiten sowie die Reaktivierung verloren gegangener Fähigkeiten. Mit Hilfe kompetenzzentrierter, ausdruckszentrierter und interaktioneller Methoden werden Funktionseinbußen kompensiert, Abhängigkeit von Fremdhilfe vermieden bzw. reduziert und soweit wie möglich Selbständigkeit im Alltag erreicht. Die Ergotherapie verfolgt dabei einen ganzheitlichen Ansatz und ergänzt die pflegerische Expertise. Da in der Pflegeausbildung nur eine Basis an rehabilitativen Kenntnissen vermittelt wird, wurden die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten/innen sowie die Schulung der Mitarbeiter/innen als Voraussetzung für den Erfolg des Projektes angesehen.

Durch die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen war beabsichtigt, die Interdisziplinarität sowohl in der Planung als auch in der Durchführung und Evaluation zu fördern. Da sich die Kooperation der einzelnen Gesundheitsfachberufe in der Praxis nach wie vor schwierig gestaltet, weil weder die Organisationsstrukturen der Leistungsanbieter noch die Ausbildungssituation der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe noch die systemischen Steuerungsimpulse interdisziplinäre Strukturen fördern, galt diesem Aspekt im Projekt ein besonderes Augenmerk.

Zum Aufgabenbereich der Aktivierungscoaches zählten insbesondere:

- Durchführung des Assessments
- Auswertung des Assessments
- Erarbeitung individueller Aktivierungspläne
- Planung der Umsetzung mit dem Kunden und Angehörigen
- Anleitungen von Kunden und Angehörigen

-
- Durchführung von Schulungen der Pflegekräfte beider Dienste zu spezifischen Fragestellungen (Pflegekonzepte, Einsatz von Hilfsmitteln etc.)
 - Anleitung der professionellen Pflege und der Angehörigen bei der Durchführung der Maßnahmen vor Ort
 - Dokumentation der Maßnahmen
 - Kontrolle der Dokumentation
 - Prozessbeobachtung und Evaluation der Wirkung der Maßnahmen

Die Personalbesetzung konnte bis Ende Mai abgeschlossen werden. Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin und eine Altenpflegerin sowie zwei Ergotherapeutinnen komplettierten das Team.

Im Projektverlauf kam es zu Personalausfällen durch Langzeiterkrankung und Schwangerschaft, so dass eine Umbesetzung erforderlich war. Eine Pflegefachkraft erkrankte langfristig und musste aus dem Projekt ausscheiden. Diese Stelle konnte durch eine Pflegefachkraft aus den eigenen Einrichtungen neu besetzt werden. Die Einarbeitung der neuen Mitarbeiterin beanspruchte viel Zeit, da sie mit dem Konzept, der bisher geleisteten Arbeit, den Erhebungsinstrumenten und den Aktivierungsmaßnahmen vertraut gemacht werden musste.

Zeitweise kam es dadurch zu Verzögerungen und Reduzierungen bei der Aktivierung vor Ort. Die neue Projektmitarbeiterin arbeitete sich aber zügig ein und konnte die Aktivierungseinheiten nach kurzer Einarbeitungszeit selbständig umsetzen.

Der Dienstausfall einer Ergotherapeutin infolge Schwangerschaft erforderte eine zweite Neubesetzung. Die betroffene Mitarbeiterin erklärte sich bereit, nach der gesetzlichen Mutterschutzzeit die Arbeit mit einem reduzierten Stellenumfang weiterzuführen. Schon vor Beginn der Ausfallzeiten konnte Ersatz gefunden werden, der von der schwangeren Mitarbeiterin eingearbeitet werden konnte. Ein freiberuflich tätiger Ergotherapeut stellte ein Stundendeputat für das Projekt zur Verfügung. Seine Mitarbeit wurde im Team als Bereicherung empfunden.

Fazit

Die im Projekt vorgesehene Personalbesetzung konnte zügig zum Projektbeginn erfolgen. Während der Projektlaufzeit musste sowohl die Stelle der Projektleitung als auch die einer Pflegefachkraft neu besetzt werden. Der reduzierte Stellenanteil einer Ergotherapeutin konnte durch einen freiberuflich tätigen Ergotherapeuten aufgefangen werden. Durch das Engagement aller am Projekt beteiligten Personen wurden die neu gewonnenen Mitarbeiter gut eingearbeitet. Kurzzeitig kam es zu Verschiebungen in den Aktivierungseinheiten, die aber nach der Einarbeitungsphase aufgearbeitet wurden.

Insbesondere an die neue Projektleitung wurden hohe Anforderungen gestellt. Sie hatte zwei Jahre der Projektlaufzeit nicht persönlich erlebt und musste sich mit der schwierigen Aufgabe auseinandersetzen, das Projekt erfolgreich zum Abschluss zu bringen. Dies gelang mit Unterstützung des erweiterten Lenkungscreises.

2.5 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen orientierte sich am Pflegeprozess. Dem umfassenden Assessment folgte die Erstellung des Aktivierungsplanes und dessen Umsetzung. Die regelmäßige Evaluation der Wirkung der Maßnahmen wies auf Veränderungen hin und erlaubte eine zeitnahe Anpassung der Interventionen (Abbildung 1)

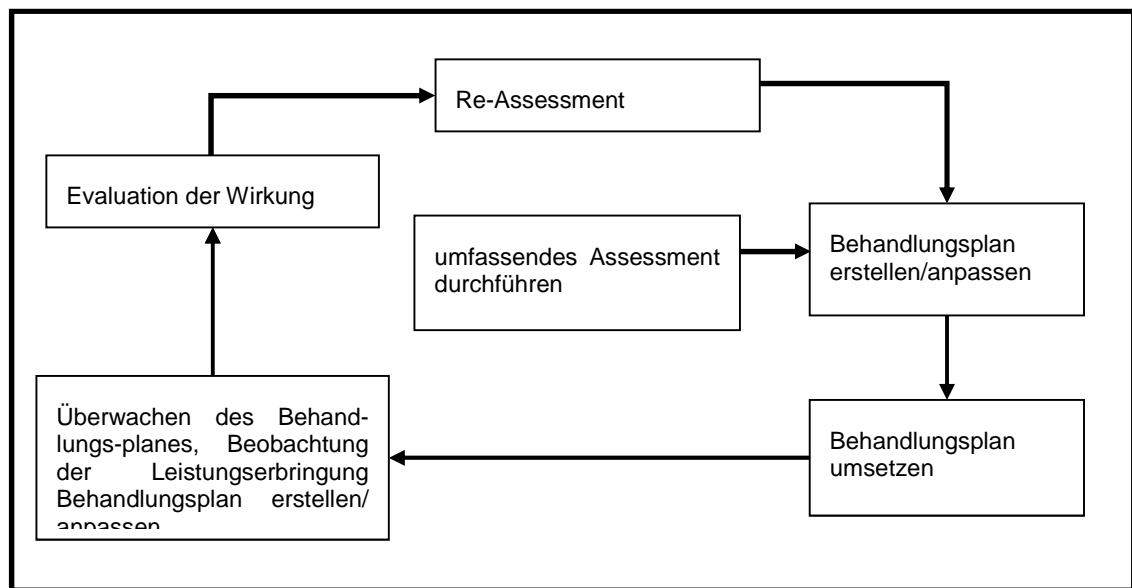


Abbildung 3: Prozess der Leistungserbringung

a) Multiprofessionelles Assessment

Neben persönlichen und pflegerelevanten Daten wurden auch Probleme und Ressourcen, die die soziale Situation, die finanzielle Lage, die Pflege- und Wohnsituation sowie die Krankheitsgeschichte betreffen, erhoben. Die vorgehene Einbindung der Pflegepersonen in den Behandlungsplan setzte zusätzlich voraus, dass Daten zum familialen Hilfpotential bekannt waren.

Um eine wissenschaftliche Auswertung und Verlaufskontrolle zu ermöglichen, sollten ursprünglich der FIM (Functional Independence Measure), das ergotherapeutische Assessment und der Timed „up&go“ zur Anwendung kommen.

Unsere Wahl fiel auf den FIM¹⁵, weil er eine höhere Veränderungssensibilität in den Aktivitäten des täglichen Lebens aufweist als der Barthel Index. Er ist ein Instrument, das heute schon im Bereich der Rehabilitation berufsgruppenübergreifend eingesetzt wird. Im Gegensatz zum Barthel Index mit seiner zwei bis vierstufigen Bewertungssystematik erlaubt der FIM mit seiner siebenstufigen Systematik differenziertere Einschätzungen und bietet außerdem die Möglichkeit, die kognitiven Kompetenzen einzuschätzen. Das ergotherapeutische Assessment sollte zusätzlich angewendet werden, wenn zum Beispiel eine exakte Beurteilung der Gelenkbeweglichkeit erforderlich war.

Der Timed „up&go“ diente dazu, Veränderungen in der Gehfähigkeit darzustellen.¹⁶

Die Praktikabilität der Assessmentinstrumente wurde mit Projektbeginn in einem Pretest bei 20 Probanden beurteilt. Anschließend diskutierte das Projektteam deren Durchführbarkeit und Evaluationsmöglichkeit. Sie kamen zu der Erkenntnis, dass das ergotherapeutische Assessment aufwändig in der Erhebung und nur selten erforderlich war. Da folglich das vorhandene Datenvolumen zu gering für eine statistische Auswertung gewesen wäre, wurde auf die Erhebung verzichtet.

Wie sich im weiteren Projektverlauf zeigte, scheiterte die Durchführung des Timed „up & go“ daran, dass die Anzahl der Klienten, die ohne Hilfe vom Stuhl aufstehen konnte, zu gering war.

Um die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten, wurde auf Empfehlung der wissenschaftlichen Begleitung ergänzend der Barthel Index als Instrument aufgenommen. In dessen Anwendung haben sich die Projektmitarbeiter am Hamburger Einstufungsmanual orientiert.¹⁷

Im Verlauf des Pretests zeigte sich weiterhin, dass eine erhebliche Zahl der Probanden unter kognitiven Beeinträchtigungen litt. Das Projektteam entschied

¹⁵ Vgl. Internationale Vereinigung für Assessment in der Rehabilitation (Hrsg.), 1997.

¹⁶ Vgl. <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/tug.pdf/>, Abruf: 18.01.2010.

¹⁷ Vgl. Lübcke et al., 2004.

darauhin, zu deren Beurteilung den DemTect, der für eine Verlaufskontrolle geeignet ist, anzuwenden.¹⁸

Die im Verlauf chronischer Krankheiten auftretenden Schmerzen, die den Pflegebedarf erheblich beeinflussen können, wurden mit Hilfe der visuellen Schmerzskala beurteilt.

Die Erhebung des FIM, des DemTect und der visuellen Schmerzskala erfolgte halbjährlich. Der Barthel Index wurde einmal im Jahr erfasst.

b) Interventionsplanung

Die Ergebnisse der Assessments, ergänzt um die klinische Expertise der Pflegefachkräfte sowie die durch biografische Arbeit erhobenen, lebensweltlich relevanten Daten, bildeten die Basis für die Planung der Interventionen. In Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen, den häuslichen Pflegepersonen und den Aktivierungscoaches wurden Ziele definiert und Handlungspläne entworfen. Die Erhebung der Assessments sowie die Maßnahmenplanung erfolgten bei der Aufnahme ins Projekt gemeinsam durch die beiden Berufsgruppen. Dadurch sollte gewährleistet sein, dass die Perspektiven beider Professionen in die Maßnahmenplanung einfließen. Die Maßnahmen wurden sowohl von dem Aktivierungsteam als auch von Kunden, pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegepersonen vor Ort durchgeführt. Unterschieden wurde zwischen den Trainingsanteilen, die im häuslichen Bereich geschult oder durch die Pflegedienste umgesetzt werden, und den Beratungs- und Edukationsmaßnahmen, die die Zielgruppe befähigen sollten, selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu handeln.

Die Projektteilnehmer wiesen sehr differente und multimorbide Krankheitsbilder auf, so dass Aktivierungsmaßnahmen individuell geplant werden mussten. Das Aktivierungsteam arbeitete mit Pflegediagnosen nach Marjorie Gordon, an Hand derer der Pflegebedarf explizit beschrieben werden konnte.¹⁹ Die Ergotherapeuten waren zur Erstellung der Pflegediagnosen auf die pflegefachliche Expertise angewiesen.

¹⁸ Vgl. <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/DemTectt.pdf>, Abgriff: 14.03.2013.

¹⁹ Vgl. Gordon, M., 2003, S.7

In der Durchführung der einzelnen Aktivierungseinheiten erfolgte eine Zuordnung der Projektteilnehmer zu einzelnen Mitarbeitern. Dies sollte die Kontinuität in der Betreuung gewährleisten und damit vertrauensfördernd und gesprächsöffnend wirken. Die mit den Tests verbundenen Messungen wurden von jeweils einem Aktivierungscoach und einem Ergotherapeuten zusammen durchgeführt, um subjektive Messfehler zu reduzieren. In regelmäßigen Teamgesprächen fanden gemeinsame Einschätzungen zu Problemlagen aber auch kollegiale Beratung, Fallbesprechungen und Koordination im Vertretungsfall statt.

Auf die praktische Projektarbeit wird in Kapitel 2.6.näher eingegangen

c) *Evaluation der Maßnahmen*

Die Zielerreichung wurde in regelmäßigen Abständen überprüft. Die Überprüfung lag im Verantwortungsbereich der Aktivierungscoaches, die zeitlichen Abstände waren abhängig von der Zielsetzung. Je nach Ergebnis der Evaluation wurde der weitere Therapieverlauf angepasst.

Zum Projektende änderte sich die Vorgehensweise. Waren die Ziele erreicht oder keine weitere Verbesserung möglich, schlossen sich Beratungsgespräche an, die meist als Hausbesuch erfolgten. Der Diagnose von Verschlechterungen oder instabilen Phasen folgte die Prüfung und Einleitung weiterer Aktivierungsmaßnahmen. Die Aktivierungscoaches standen den Teilnehmern am Modellprojekt jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung. Abbildung. 2 zeigt den Ablauf der Projektarbeit.

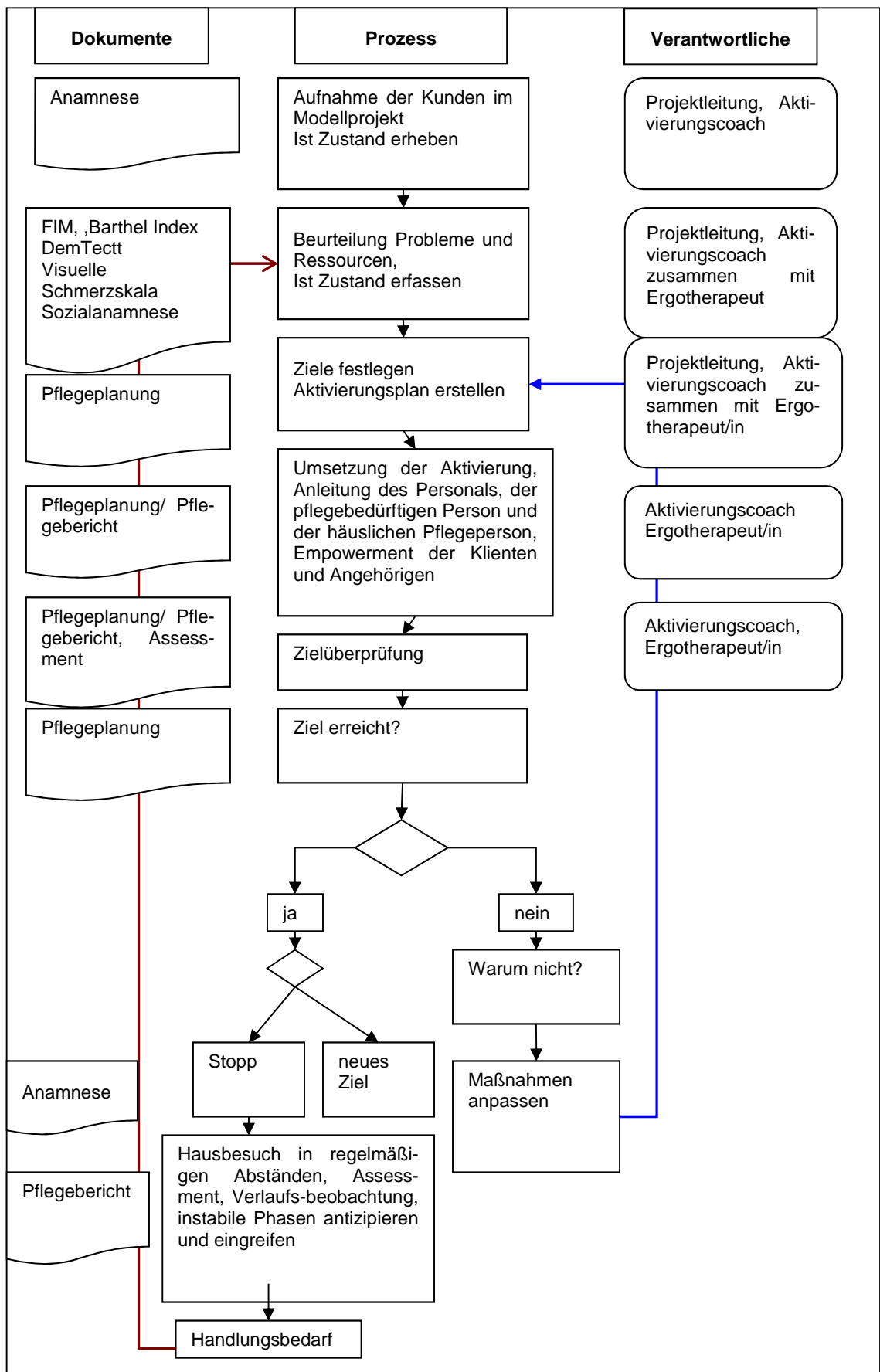


Abbildung 4: Projektablauf

Fazit

In der Startphase des Projektes waren die Aktivierungscoaches an der Auswahl der Projektteilnehmer beteiligt. Sie führten mit Kunden und deren Angehörigen Gespräche und konnten so ihre eigene Arbeit überzeugend darstellen. Diese Form der Darstellung pflegetherapeutischen Handelns hatte sich nach Aussagen der Projektmitarbeiter positiv auf die eigene Haltung zum eigenen professionellen Handeln ausgewirkt, wie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen.

Weiterhin hatte die Teilnahme an gemeinsamen Schulungen und das wechselseitige Präsentieren und Vermitteln der Handlungslogiken und der Sichtweise der jeweils eigenen Profession zur selbstbewussteren Darstellung der aktivierenden Arbeit beigetragen. Aber auch das gemeinsame Suchen und die lösungsorientierte Arbeit (beispielsweise die Umsetzung der Messinstrumente) waren förderlich für die Entwicklung des Teamgeistes.

In der Durchführungsphase waren die Aktivierungscoaches und die Ergotherapeuten durch die Planung, Dokumentation und Evaluationsvorgaben gezwungen, stärker die Wirkung der eigenen Interventionen zu beobachten. Durch das Projektdesign, aber auch durch die im Projekt erfahrene Zuwendung durch Befragungen und Beteiligung an den Auswertungsergebnissen, haben sie unmittelbare Rückmeldung zu ihrer Arbeit erfahren.

Die Abschlussphase mit der Verlagerung von der Durchführung der Aktivierungsmaßnahmen hin zu Anleiten, Beraten und Beobachten und dem damit einhergehenden Transfer in den „Pflegealltag“ war für die Aktivierungscoaches und Ergotherapeuten eine Bestätigung ihrer Interventionen. Die Implementierung strukturierter Fallarbeit zur Zusammenführung der Aktivierungspläne und der Pflegeplanung war für die Pflegefachkräfte aber auch für die Mitarbeiter des Projektes eine Bestätigung ihrer aktivierenden Arbeit.

2.6 Projektbausteine

Die im Projektantrag skizzierten Ziele sowie die aufgezeigten Ansätze und Wege zur Erreichung dieser Ziele konnten lediglich als Orientierung dienen. Infolgedessen mussten sie im Projektverlauf immer wieder den gegebenen Bedingungen angepasst werden. Die Praxis der Projektarbeit kann in die Bausteine Trainingseinheiten, Schulungsmaßnahmen, Beratung und Fallarbeit unterteilt werden.

2.6.1 Trainingseinheiten

In der Projektplanung wurde zu Beginn des Projektes von umfassenden, auf die Bedürfnisse von Kunden und Angehörigen abgestellten Trainingseinheiten ausgegangen. Die Bandbreite der durchgeführten Maßnahmen reichte von der motorischen Aktivierung bis zum Alltagstraining, um soziale Teilhabe zu ermöglichen. In der Diskussion um die Strukturierung der Einheiten einigte sich das Projektteam auf folgende Einteilung:

- Motorisch-funktionelle Aktivierung
- Sensomotorisch-perzeptive Aktivierung
- Kognitives Aktivierungstraining
- Mobilisations- und Belastungstraining
- Motivationsarbeit
- Alltagstraining

Die motorisch funktionelle, sensomotorisch-perzeptive und kognitive Aktivierung sind angelehnt an den Indikationskatalog Ergotherapie. Dies sind Übungseinheiten, die in der ergotherapeutischen Ausbildung gelehrt werden.²⁰ Im Projektmodell schulten die Ergotherapeuten ihre Teamkollegen mit pflegefachlicher Qualifikation in der Umsetzung dieser Maßnahmen. Der Bedarf ergab sich aus der gemeinsam vorgenommenen Datensammlung und der daraus resultierenden Aktivierungsplanung.

²⁰ Vgl. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V, 2011, § 36-38.

a) *Motorisch-funktionelle Aktivierung*

Motorisch funktionelle Therapie umfasst dabei insbesondere Maßnahmen zum „Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster, zum Aufbau und Erhalt physiologischer Funktionen, und zur Entwicklung und Verbesserung der Feinmotorik.“²¹

Insbesondere handelte es sich um Gleichgewichts- und Körperzentrierungsübungen oder gezielte Bewegungen von Armen und Beinen. Unterstützend wurden Gymnastikbänder oder Therapiebälle eingesetzt.

Die Förderung der Feinmotorik erfolgte durch Aufgaben wie Perlen einfädeln, Klammern anbringen, Aufstellen von Dominosteinen, Knöpfe schließen oder Puzzles legen.

Mit den Projektteilnehmern und ihren pflegenden Angehörigen wurden die Aktivierungsmaßnahmen und der Aktivierungsplan besprochen. Die Maßnahmen wurden erklärt und geschult, damit sie selbständig geübt werden konnten.

b) *Sensomotorisch-perzeptive Aktivierung*

Sensomotorisch-perzeptive Aktivierung beschäftigt sich unter anderem mit Maßnahmen zur Sensibilisierung der Sinnesfunktionen, Verbesserung der Körperwahrnehmung, dem Erlernen von Ersatzfunktionen sowie der Verbesserung der Mund- und Essmotorik.²² Die Aktivierungscoaches führten zum Beispiel passive Mobilisationsübungen im Bett durch oder versuchten durch Massagen die Körperwahrnehmung zu fördern. Ebenso kamen Tonus senkende Maßnahmen bei Spastiken zur Anwendung.

c) *Kognitive Aktivierung*

Hirnleistungstraining oder kognitive Aktivierung beschäftigt sich mit dem Erhalt kognitiver Funktionen wie Konzentrationsvermögen, Merkfähigkeit, Orientierung oder Problemlösung. Dies soll zur Verbesserung der eigenständigen Lebensführung beitragen.²³

²¹ ebda. § 36.

²² ebda. § 37.

²³ ebda. § 38.

Rechenspiele und Leseübungen wurden ebenso trainiert wie Puzzles oder Bilder legen, Memory spielen und Gedichte referieren. Die Aktivierungscoaches orientierten sich an den Vorlieben, Gewohnheiten und Fähigkeiten der Kunden. Sie achteten darauf, diese nicht zu überfordern, um Erfolge erlebbar zu machen. Das Bewältigen der Übungen war stark tagesformabhängig. An schlechten Tagen mussten die Aktivierungscoaches unterstützen, an guten Tagen meisterten die Kunden die Aufgaben selbständig und korrekt. Bei vielen unserer Kunden mit fortgeschrittener Demenz war es erstaunlich, dass die meisten sehr viele Sprichwörter ergänzen konnten, obwohl sie einfache bekannte Brettspiele wie „Mensch ärgere Dich nicht“ nicht mehr beherrschten.

Insbesondere die Übungsblätter wurden gerne als Hausaufgaben angenommen. Manchmal wurde die ganze Familie in die Lösung der Aufgaben einbezogen.

Bei Teilnehmern, die zu solchen Aufgaben nicht motiviert werden konnten, bauten die Aktivierungscoaches diese Anforderungen in die Trainingseinheiten ein. Zum Beispiel mussten sich die Kunden komplexe Handlungsabläufe merken oder wurden gebeten, diese in Worte fassen.

d) Mobilisation- und Belastungstraining

Beim Mobilisations- und Belastungstraining handelt es sich um Einheiten, in denen motorisch-funktionelle Trainingssequenzen zu komplexen Handlungsabläufen zusammengeführt werden. Diese dienen dem Aufbau von Muskelkraft sowie der Gewinnung von Ausdauer.

Um die Belastbarkeit und Kondition eines Klienten bei Aktivitäten im Alltag zu steigern, kamen verschiedenen Möglichkeiten in Frage. Gezielte Übungen und Therapiematerialien (Bänder, Bälle, Gewichte) dienten dazu, Alltagstätigkeiten, wie im Stehen Kuchen zu backen oder einen Spaziergang zum Friedhof, erlebbar zu machen und die Lebenssituation mit Lebenssinn und dem Gefühl „gebraucht zu werden“ anzureichern. Motivation und das Gefühl, etwas Sinnvolles in seinem Tun zu erkennen, sind eine wesentliche Voraussetzung, um Eigenverantwortlichkeit zu steigern und langfristige Aktivierungserfolge zu erzielen. Dazu war es aber oft notwendig, den Widerstand, der sich aus festgefahrebenen Mustern wie: „*Ich zahle dafür*“ oder aber auch „*Wenn ich ja mehr selbst mache,*

dann bekomme ich ja weniger Geld“ ergibt, in kreatives Aktivierungspotential zu transformieren.

Die Einheiten bestanden meist aus gymnastischen Übungen und Gehen in Begleitung (mit und ohne Hilfsmittel, im Innen- und Außenbereich). Die Gymnastik wurde individuell auf die Bedürfnisse und Ressourcen/Defizite des Kunden ausgerichtet. Oft wurde mit diesen Übungen eine weitere Mobilisation angebahnt. So konnten Bewegung und Muskelaufbau gefördert werden, die ein späteres Gehen erleichterten und auch Vertrauen zum Aktivierungstrainer förderten. Übungen zur Gewichtsverlagerung und Kräftigung der Oberschenkelmuskulatur sollten das Aufstehen erleichtern und die Sturzgefährdung verringern. Gymnastische Übungen bekamen die Kunden auch als „Hausaufgabe“. Viele der Kunden führten die ihnen gezeigten Übungen selbständig aus, manche sogar täglich. Kunden berichteten von einer deutlichen Zunahme der Beweglichkeit. Die Belastungsgrenzen und Einheiten konnten bei den meisten Klienten im Rahmen der Maßnahme gesteigert werden.

„... persönlicher Wunsch und Ziel der Klientin war es, mit dem Rollator auf den Friedhof zu gehen, um ihren Mann zu besuchen. Friedhof ist auf der gegenüberliegenden Straßenseite, bis zum Grab allerdings sind es ca. 400 Meter.

Bereits bei der zweiten Aktivierung konnte der Friedhof besucht werden, lediglich beim Überwinden der Eingangstreppe brauchte Patientin Hilfe.

Bei den Aktivierungen lag das Hauptaugenmerk im Gehtraining mit dem Rollator sowie Bewegungsübungen, die die Klientin bis heute teilweise in Eigenübungen ausführt, besonders Übungen für die Beinmuskulatur und Beweglichkeit. Weiter war es wichtig, die Kondition zu trainieren.“ (U13498)

Mobilisations- und Belastungseinheiten wurden von anderen Kunden aber auch oft als einzige oder zusätzliche Therapie (Ersatz von Physiotherapie oder Ergotherapie) gesehen. Die meisten Aktivierungen greifen ineinander über. Wenn mit dem Kunden z.B. eine Alltagsaktivierung gemacht wurde (Essen zubereiten, Inkontinenzmaterialwechseln, Spaziergänge, Wäsche zusammenlegen, usw.), so beinhaltete diese Aktivierung auch kognitive Anteile, Motivationsarbeit, Mobilisations- und Belastungstraining und evtl. auch Hilfsmittelberatung etc.

e) Motivationsarbeit

In den Einheiten Motivationsarbeit wurde die Motivation zur Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit trainiert.

Diese floss häufig in normale Aktivierungen mit ein. Oft kam es zu ungeplanten Motivationseinheiten, wenn die Kunden Sorgen oder Probleme hatten. Sie konnten berichten, was sie bedrückte und erhielten Trost und Rat.

Ein immenser Motivationsschub, der auch länger anhielt, zeigte sich, wenn die Teilnehmer zum ersten Mal wieder Treppenstufen bewältigten oder es schafften, eine Alltagsaktivität wieder zu meistern (einen Korb Wäsche zusammenlegen, Plätzchen für Weihnachten backen), auch wenn dies nur mit Hilfe möglich war. Diese Motivationseinheiten sprengten oft den Zeitrahmen.

„Ziel war es, die Mobilität der Klientin zu erhalten und auch kognitive Förderung. Mit der Klientin wurden viele Bewegungsübungen zur Verbesserung der Beweglichkeit beider Arme durchgeführt, was der Klientin sehr wichtig war, da die Klientin bis zum Ende des Projekts täglich selbst kochte, manchmal sogar noch für die Kinder und Enkelkinder mit. Des Weiteren wurde Gehen am Rollator im Außenbereich geübt. Bei den kognitiven Einheiten wurden oft Gesellschaftsspiele (auch gemeinsam mit dem Ehemann) gespielt, Klientin hat eine „Frauenrunde“ mit der sie sich öfters trifft und hier werden öfters Spiele gespielt.“ (U 13311)

f) Alltagsaktivitäten

Unter Alltagsaktivitäten wurden all jene Maßnahmen zusammengefasst, in denen gezielt komplexe Tätigkeiten des Alltags trainiert wurden.

Alltagsaktivitäten wurden von fast allen Kunden sehr gerne umgesetzt. Sie konnten in vertrauter Umgebung gewohnte Aktivitäten umsetzen. Gerade weibliche Personen machten gerne Hausarbeiten (Kochen, Backen, Stricken usw.). Die Aktivierungscoaches hatten den Eindruck, dass das Gefühl, nützlich zu sein und gebraucht zu werden, wenn sie Tätigkeiten von früher im Haushalt ausübten, dem Dasein auch in der jetzigen Eingeschränktheit Sinn stiftete. Die Teilnehmer entwickelten eine gewisse Selbstverständlichkeit im Sinne von Handlungsrouninen, mit der sie viele Aufgaben meisterten.

Sich außerhalb der eigenen vier Wände zu bewegen, vielleicht den Friedhof zu besuchen oder nur spazieren zu gehen, empfanden die Kunden als Bereicherung. Wenn sie das Aktivierungsangebot als zusätzliche Therapie sahen, war gelegentlich zu spüren, dass die Alltagsaktivitäten nicht als „richtige“ Arbeit oder Aktivierung angesehen wurden.

„Bei diesem Klienten wurde zu Beginn der Einheiten vereinbart, dass sich eine Bewegungseinheit und eine kognitive Einheit immer abwechseln. Dadurch konnten die Bewegungen, welche der Klient aufgrund von mehreren Schlaganfällen nur langsam wieder erlernt hatte, gefestigt und erweitert werden. Zusätzlich wurden Dank der kognitiven Übungen die Merkfähigkeit und Konzentration gesteigert. Nachdem die Einheiten allerdings auf alle zwei Wochen heruntergesetzt wurden, mussten die kognitiven Einheiten eingestellt werden, da dem Klienten die Beweglichkeit wichtiger war als die kognitiven Leistungen.“ (U13583).

Fazit

Aufgrund der Vielschichtigkeit konnte kaum eine Aktivierung nur einem Punkt zugeordnet werden, wie nachfolgende Beispiele verdeutlichen. Beim Lösen von kognitiven Aufgaben ist sehr viel Motivations- und Biografiearbeit integriert. Eventuell sind auch noch sensomotorisch-perzeptive Aspekte eingebunden oder aus Alltagsgesprächen entwickeln sich Beratungsgespräche, weil es im „vertrauten Miteinanderarbeiten“ Zeiten gab, in denen Ängste, Unsicherheiten und subjektiv erlebte Defizite plötzlich Raum hatten. Darüber hinaus hat der Aktivierungscoach mit seiner Grundhaltung und Schwerpunktsetzung in der Aktivierung subjektive Deutungshoheit, unter welchem Aspekt er seine Tätigkeit betrachtet.²⁴ Macht er einen Spaziergang als Alltagsaktivität oder Mobilisations- und Belastungstraining? War es Motivationsarbeit oder Hilfsmittelberatung, wenn es um die Benutzung des Rollators ging? Ausschlaggebend für die Einordnung der Maßnahme war die individuelle Zielsetzung für den Kunden.

Die wechselseitigen Erwartungshaltungen beeinflussten in erheblichem Maße die Handlungsmuster in der pflegerischen Versorgung.

²⁴ Vgl. Fecher, T. (2009).

Die Aktivierungscoaches sahen Handlungspotenzial, das bei den Projektteilnehmern nicht immer positiv aufgenommen wurde.

„... war das Ziel, die Klientin wieder an die Bettkante zu mobilisieren, um die tägliche Pflege zu erleichtern und um eventuell ein späteres Transferieren in einen Rollstuhl zu ermöglichen. Zu diesem Zweck kam zusätzlich zu der Aktivierungstrainerin auch eine externe Ergotherapeutin hinzu. Beide konnten jedoch die Klientin nicht davon überzeugen, an diesen Fähigkeiten zu arbeiten. So wurde es immer schwieriger, die Klientin an den Bettrand zu transferieren. Zum Schluss wurden die Heilmittelverordnungen eingestellt und die Klientin weigerte sich, das Bett zu verlassen.“ (U13458)

Besteht in dieser Konstellation noch Unsicherheit in der inneren Überzeugung, dass aktivierende Pflegekonzepte auch im Interesse der Kunden sind, ist das Zurückkehren zu gewohnten Handlungsroutinen nahe liegend.

2.6.2 Schulungsmaßnahmen

Die Schulungsmaßnahmen wurden untergliedert in die Schulung des Projektteams, der Klienten und ihrer Angehörigen sowie der professionellen Pflege.

a) Schulung des Aktivierungsteams

Die Auswahl der Mitarbeiter des Projektes erfolgte auf der Grundlage des im Modellprojekt beschriebenen Aufgabenkataloges und dem sich daraus ergebenden Anforderungsprofils.

Aufbauend auf der Grundqualifikation waren für beide Berufsgruppen Berufserfahrung und eine Zusatzqualifikation erforderlich, um die im Projektauftrag formulierten aktivierenden und pädagogischen Aufgabenstellungen zu bearbeiten.

Darüber hinaus bestand die fachliche Anforderung, dass die Aktivierungscoaches mit Pflegekonzeptionen vertraut sind, die aktivierende Grundausrichtungen beinhalten (z.B. Bobath, Kinästhetik).

Unter Berücksichtigung der vorhandenen Qualifikationen waren für die Aktivierungscoaches Schulungsmaßnahmen zu folgenden Themen erforderlich:

- Durchführung der Assessments
- Interdisziplinär gestaltete Aktivierungsmaßnahmen
- Kinästhetik
- Biografiearbeit

Assessmentschulung

Bereits in der Projektkonzeption wurde darauf geachtet, dass die Vergleichbarkeit mit anderen Projekten gewährleistet ist. Dies hatte insbesondere Auswirkungen auf die Auswahl der Instrumente zur Pflegebedarfserhebung und der Messung des Wirkungsgrads der Pflegeinterventionen.

Da im Bereich der Pflegeerhebung verschiedene Instrumente in den Assessments eingesetzt wurden, war es erforderlich, die Mitarbeiterinnen des Projektes in der Handhabung aller Instrumente zu schulen. Diese Schulung erfolgte durch die Projektleiterin, die zusätzlich die Aktivierungscoaches bei den ersten Erhebungen begleitete, um sich von der korrekten Anwendung zu überzeugen. In Teambesprechungen waren die Datenerhebungen regelmäßiger Tagesordnungspunkt.

Interdisziplinär gestaltete Schulung zu Trainingseinheiten

Die Ergotherapeuten schulten die Pflegefachkräfte im Aktivierungsteam in einer mehrtägigen Veranstaltung in Basiswissen zu Theorie und Praxis der Ergotherapie. Die praktische Umsetzung wurde während der Veranstaltung geübt. Weiterhin begleiteten die Ergotherapeuten die Pflegefachkräfte zu den Aktivierungsmaßnahmen vor Ort, um dort eine individuelle Anleitung vorzunehmen. Im Gegenzug vermittelten die Pflegefachkräfte pflegefachliche Kenntnisse.

Kinästhetik

Die praktische Umsetzung der Projektarbeit zeigte Schulungsbedarf zum kinästhetischen Arbeiten. Daher nahmen die Aktivierungscoaches an einer Basisfortbildung Kinästhetik teil. Der geplante Aufbaukurs fiel wegen zu geringer Anmeldungen aus. Eine Ersatzveranstaltung konnte kurzfristig nicht terminiert werden.

Aus Sicht des Teams wäre diese zwar gerne wahrgenommen worden, die Teammitglieder hatten aber bereits durch die praktische Anwendung der kinästhetischen Prinzipien an Sicherheit gewonnen.

Biografiearbeit

Die ersten Auswertungen sowie der Umgang mit den Teilnehmern zeigten, dass am Projekt ein relativ hoher Anteil an Probanden mit dementieller Symptomatik teilnahm. Biografiearbeit ist ein möglicher Zugangsweg zu dieser Klientengruppe. Daher nahmen die Projektmitarbeiter 2011 an einer entsprechenden Fortbildung teil.

b) Schulung der Klienten und ihrer Angehörigen

Unter Anleitung und Schulung lassen sich viele Elemente der Aktivierung zusammenfassen. Sie beinhalteten zum einen unmittelbare, auf die spezifische Bedarfslage des Kunden und seines sozialen Umfeldes abgestimmte situative Formen der Anleitung in konkreten Alltagssituationen bzw. Trainingseinheiten, die einzelne spezifische Funktionen fokussierten (z.B. Stabilität beim Sitzen) und die dann zu komplexen Handlungsabläufen weiter entwickelt wurden (z.B. Transfer vom Bett in den Stuhl).

In der Ausdifferenzierung der Anleitung gab es unterschiedliche Schwerpunkte, d.h. die Kunden erhielten entweder selbst Anleitung und Schulung (z.B.: Wie mache ich ein Toilettentraining? oder Hilfen beim An- und Auskleiden) oder Angehörige wurden in aktivierender Pflege bzw. aktivierenden Maßnahmen mit dem Kunden geschult (Umsetzen, Aufstehen vom Bett und Stuhl, Gehen, Umsetzen von Bewegungen, Fördern der Selbständigkeit soweit wie möglich, aktiver Alltag). Ausgangspunkt war häufig eine hohe Unsicherheit, sowohl bei den Kunden, was die eigene Leistungsfähigkeit und Grenzen betrifft, als auch bei Angehörigen, was korrektes Handling (z.B. zu Vermeidung der Befürchtung „Hoffentlich mache ich nichts falsch“) betraf, bzw. eine adäquate Abgrenzung angemessener Unterstützung zu einer Über- oder Unterforderung.

Gelegentlich gestaltete sich aktivierende Pflege als Erschwernis, da bei Kunden und Angehörigen noch das alte Bild der Pflege vorherrschte. Dies bedeutete, dass die Pflegekraft, die mir viel abnimmt, die bessere Pflegekraft ist. Hier galt

es, viel Überzeugungsarbeit zu leisten, damit der Kunde die Erkenntnis verinnerlichte, dass es für ihn das wichtigste Ziel ist, so viel wie möglich noch selbst zu machen, statt sich einer Konsummentalität hinzugeben, die aus der Haltung erwächst: ‚Ich zahle für eine Leistung, also muss sie auch vollzogen werden‘.

*„Es wurde bei den Aktivierungen versucht, die Klientin etwas beweglicher zu machen, da sie sich mit dem Rollator fortbewegt. Ebenso wurden kognitive Übungseinheiten angeboten. Im Verlauf des Projekts war die Klientin mehrfach wegen Stürzen im Krankenhaus. Bei allen Aktivierungen war es sehr schwierig, die Klientin zu motivieren. Sie „ machte halt mit“, oft gab sie erst nach mehrmaligem Nachfragen Antwort. Auch von den Angehörigen kam kein Engagement oder Förderung der Klientin. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, den Arzt nach einem Rezept für Krankengymnastik zu fragen oder zur Entlastung und zur Abwechslung eine Tagespflege in Betracht zu ziehen. Es scheint, als wäre das Projekt als 30-minütiges Entlastungsangebot angesehen worden.“
(U 13396)*

Auf die Anleitung pflegender Angehöriger wurde ein besonderes Augenmerk gelegt. Der Versuch einer strukturierten, standardisierten Anleitung musste aufgegeben werden, weil die Pflegesituationen zu unterschiedlich waren und auf die individuellen Bedürfnisse angepasste Maßnahmen erforderten (vgl. Jahresbericht 2010). Im Jahr 2012 wurde ein Curriculum für Anleitesituationen pflegender Angehöriger entwickelt, das auf erwachsenenpädagogischen Konzepten fußt und die im Projekt gemachten Erfahrungen berücksichtigt. Dieses ist in Anhang zwei dargestellt.

Die Schulungen stellten sich als wichtiges Element der Aktivierungseinheiten dar, da sie sowohl die Haltungs- als auch die Handlungsebene integrierten und die Grundlage für die Planung von Pflegeeinheiten darstellten.²⁵

²⁵ Vgl. Schwarz, G. (2001), Ertl-Schmuck/ Fichtmüller (2010).

c) *Schulung der professionellen Pflege*

Ein weiteres Element in der Modellkonzeption sah vor, die für die Versorgung der Projektteilnehmer/innen zuständigen Pflegekräfte der beiden Pflegedienste mit Ansätzen eines erweiterten Verständnisses von aktivierender Pflege vertraut zu machen. Die Hypothese, dass aktivierende Pflege zwar in den Leistungsgesetzen verankert ist, aber innerhalb der Berufsgruppe und den beteiligten Akteuren unterschiedlichste Vorstellungen zum Begriff aktivierende Pflege bestehen, fand sich in der Praxis wieder.

Die Gründe für diesen Zustand waren vielschichtig. Auffallend zeigte sich jedoch, dass traditionelle Vorstellungen von dem, was Pflege ausmacht, starke Auswirkungen auf die häuslichen Pflegearrangements hatten.

Daher war es in den Schulungen für die Pflegefachkräfte - neben dem (Wieder) Erlernen konzeptgeleiteter und theoretisch fundierter Handlungsabläufe – wichtig, dass die Mitarbeiter/innen der Pflegedienste befähigt und gestärkt werden, mit Konfliktsituationen umzugehen. Außerdem war es essentiell, dass sie für das Arrangement der häuslichen Pflegesituationen lösungsorientierte Interventionen entwickelten, so dass Kunden und Angehörige sich auf aktivierende Pflegeansätze einlassen konnten.

Zur Anleitung und Schulung der professionellen Pflegekräfte kamen zwei Modelle zum Einsatz: die Begleitung im Zuhause der pflegebedürftigen Person sowie innerbetriebliche Fortbildungen.

Begleitung im häuslichen Umfeld

Die Aktivierungscoaches boten den professionellen Pflegekräften an, sie während der Pflegesituation anzuleiten.

In der Anfangsphase des Projektes musste von Seiten des Aktivierungsteams und der Pflegedienstleitungen Motivationsarbeit geleistet werden. Einerseits fühlten die Pflegekräfte sich in ihrem Einsatz kontrolliert - insbesondere Pflegefachkräfte vermuteten eine Anzweiflung ihrer beruflichen Kompetenzen. Andererseits hatten die Aktivierungscoaches Schwierigkeiten, sich in ihre beratende Rolle einzufinden. Sie nahmen sich als Beurteiler und Kontrolleur wahr. In den Mitarbeiterteams der Pflegedienste wurde daher regelmäßig über das Projekt

informiert und über Möglichkeiten der Zusammenarbeit diskutiert. Die Aktivierungscoachs berichteten über ihre Arbeit und betonten die Bedeutung der kollegialen Zusammenarbeit. Trotzdem wurde das Angebot anfangs nur zögerlich angenommen. Erst im letzten Jahr der aktiven Projektlaufzeit hatte sich die Anleitung vor Ort etabliert und wurde besonders von angelernten Pflegekräften gerne genutzt.

Innerbetriebliche Fortbildungen

Die Begleitung in Pflegesituationen zeigte, dass der größte Schulungsbedarf sich auf die Mobilisation bei Bewegungseinschränkungen bezog. Das Aktivierungsteam folgte dem kinästhetischen Ansatz „bewegen statt heben“, der in der Pflegepraxis bisher nur zögerlich umgesetzt wird. Dieser nutzt die Ressourcen der pflegebedürftigen Person und schont die Kräfte der Pflegeperson. Zusammen mit der pflegebedürftigen Person soll Bewegung erlernt und umgesetzt werden.²⁶

In den Einrichtungen wurden innerbetriebliche Fortbildungen zum Thema Kinästhetik organisiert. Das Angebot richtete sich sowohl an Fachkräfte, als auch an angelernte Pflegekräfte. Um dieses zielgruppenspezifisch auszurichten, wurden für die unterschiedlichen Qualifikationen getrennte Termine vereinbart.

Die Schulung des Pflegepersonals wurde in einer vertiefenden Form an den gleichen didaktischen Überlegungen wie die Schulung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ausgerichtet. Im Sinne des Befähigens wurden die Fachkräfte beider Dienste mit edukativen Elementen vertraut gemacht, so dass neben der Schulung von Inhalten zudem die Lernprozesse reflektiert wurden.

Um einen Einblick in die Inhalte zu vermitteln, werden diese in der Materialsammlung am Beispiel von Kinästhetik und Demenz sowie Beratung exemplarisch aufgezeigt.

²⁶ Vgl. Schäffler, A. et al. (2000), S.170.

2.6.3 Beratung

Die Beratungen betrafen meist die häusliche Pflegesituation und die Aktivierungsmaßnahmen. Viele erfolgten ad hoc, das heißt, sie ergaben sich aus einer Situation, die während einer Aktivierungseinheit entstand. Die Kunden oder auch Angehörige konnten ihre Problemlagen in den Momenten äußern, in denen sie sich verstanden fühlten. Zeitdruck, der oft in der pflegerischen Verrichtung durch die Fachkräfte erlebt wurde, war in den Aktivierungseinheiten nicht gegeben. Die Rückmeldung der Kunden zeigte, dass die Kontinuität und auch der überschaubare Personenkreis der Aktivierungscoaches (kleines Team), es den Klienten leichter machte, über die Dinge zu sprechen, welche sie belasteten.

Geldleistungsempfänger nutzten die Chance, Fragen zur Pflege und auch Hilfsmittelversorgung zu stellen und sich entsprechend umfänglich beraten zu lassen. Gerade diese Klienten konnten dadurch auch die entlastende Seite professioneller Pflege kennen lernen, die ein Pflegedienst im Alltag bieten kann.

Themenschwerpunkte waren die häusliche Pflegesituation, finanzielle Belastungen, Sturzprävention, die Umsetzung der Eigenübungen, Entlastungsmöglichkeiten, die Schmerztherapie und die pflegerische Versorgung. Großen Raum nahmen die Wohnraumgestaltung und die Hilfsmittelberatung ein.

Der Hilfsmittelbedarf ergab sich oft aus den Aktivierungen heraus. Seltener wurden die Aktivierungscoaches von Kunden oder deren Angehörigen speziell danach gefragt. Kooperierende Sanitätshäuser stellten Materialien leihweise zur Verfügung, so dass diese in der häuslichen Anwendung getestet werden konnten, bevor sie rezeptiert wurden. Die Bandbreite an Hilfsmitteln reichte von Pflegebett, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Gehhilfen, Rutschbrett, Tellerranderhöhung, Haltegriffen, Lagerungshilfsmittel bis zu einfachen Merkhilfen wie Kalender.

Die Akzeptanz war unterschiedlich. Viele Kunden nahmen Hilfsmittel gut an, wenn sie die Erleichterung im Alltag merkten. Andere empfanden weitere Hilfsmittel als „Verschlechterung ihrer Krankheit“. Eine Kundin, der ein Rutschbrett mitgebracht wurde, mit dem der Transfer deutlich leichter und sicherer ging, sagte: „Soweit ist es noch nicht, dass ich das brauche“.

Für die meisten Kunden stellten Hilfsmittel aber eine große Hilfe dar, und sie bedauerten, dass sie das Hilfsmittel nicht schon früher hatten. Viele wussten auch gar nicht, welche Hilfsmittel es gibt und wie man sie beziehen kann.

„Am Anfang war es schwierig, Zugang zum Klienten und dessen Ehefrau zu bekommen. Im Projektverlauf besserte sich dies. Es konnten Fortschritte gemacht werden, die dem Klient Nutzen brachten: geraderes Sitzen im Rollstuhl, Trinkübungen. Die Ehefrau übte gegen Ende des Projektes auch selbständig mit ihrem Mann. Viel profitieren konnte die Familie durch Hilfsmittelberatung (z.B. Tellerranderhöhung) und Beratung (z.B. Einschaltung der Mitarbeiter des Pflegestützpunktes bzgl. Schriftverkehr mit der Krankenkasse zur Genehmigung einer elektrischen Schiebehilfe). Die Ehefrau sah deutliche Fortschritte und wollte vom Hausarzt ein Rezept für Ergotherapie bekommen. Dieser will ihr ein Rezept allerdings erst ausstellen, wenn das Projekt beendet ist.“ (U13204).

Neben der Beschaffung wurde die korrekte Anwendung thematisiert und geschult. Die Aktivierungscoaches mussten viele Benutzer mehrfach oder immer wieder in den korrekten Gebrauch einweisen.

Die Einstellungen des Rollators wurden ebenso veranlasst wie der richtige Umgang mit Drei- oder Vierpunktgehilfen.

Die Beratungen waren vielschichtig und wurden gerne angenommen. Im Verlauf der Maßnahme hatte sich ein Vertrauensverhältnis entwickelt, das es den Projektteilnehmern ermöglichte, Sorgen und Probleme offen anzusprechen und Lösungen zu finden.

2.6.4 Fallarbeit

Das Aktivierungsteam verstand sich als Anwalt der Projektteilnehmer. Es konzentrierte sich nicht nur auf die Trainingseinheiten, sondern kooperierte auch mit Hausärzten, Therapeuten, Sanitätshäusern, dem Pflegestützpunkt und den Verantwortlichen des Pflegedienstes. Der Hausarzt wurde immer dann hinzugezogen, wenn es akute gesundheitliche Probleme gab. Fiel zum Beispiel auf, dass Schmerzen die Mobilität behinderten, wurde der Hausarzt kontaktiert, um über eine Schmerztherapie zu sprechen. Kamen die Aktivierungscoaches zu der Überzeugung, dass therapeutische Maßnahmen wie Physio- oder Ergothe-

rapie erforderlich wären, bemühten sie sich um die Ausstellung einer entsprechenden Verordnung durch den Hausarzt. Diesen Vorschlägen folgten einige Hausärzte nur sehr zögerlich, was im Team sehr bedauert wurde.

Bei Fragen der pflegerischen Versorgung nahmen sie Kontakt zu den Verantwortlichen im Pflegedienst oder zu den Bezugspflegekräften auf.

In Aktivierungspausen blieben die Coaches immer in Verbindung mit den Projektteilnehmern, damit die Übungen bei Bedarf schnell wieder aufgenommen werden konnten.

2.7 Zusammenfassung

Das Projekt „Daheim Aktiv“ hatte einen guten Start. Die personelle Besetzung war in der vorgesehenen Zeit abgeschlossen und auch die Gewinnung der Teilnehmer ging zügig voran. Allerdings wurde die Zielgröße von 100 Personen nur punktuell erreicht. Besonders Nachbesetzungen verliefen schleppend.

Zu Beginn der Projektlaufzeit setzte sich das Team intensiv mit dem Modellansatz und den Assessmentinstrumenten auseinander. Die Coaches schulten sich gegenseitig und beteiligten sich aktiv an der Kundenakquise. In gemeinsamen Sitzungen von Lenkungskreis und wissenschaftlicher Begleitung konstruierten sie die Datenerfassungsinstrumente und entwickelten die Aktivierungsplanungen und –berichte. Die Aktivierungscoaches testeten deren Anwendbarkeit unter Anleitung der Projektleitung in einem Pretest mit den ersten zwanzig Probanden. Anschließend wurden die Instrumente verbessert oder verworfen. Das Aktivierungsteam sammelte dabei erste Erfahrungen mit der Ausgestaltung von Trainingsmaßnahmen und diskutierte anschließend Möglichkeiten ihrer Strukturierung. Dabei setzten sie sich mit den beruflichen Ansätzen beider Berufsgruppen auseinander. Sie einigten sich auf die Unterscheidung zwischen motorisch funktioneller und sensomotorisch- perzeptiver Aktivierung, kognitivem Training, Motivationsarbeit und Alltagstraining.

Damit wurden neben der Mobilität Konzentration und Merkfähigkeit gefördert und die Teilhabe am Alltagsgeschehen ermöglicht.

Der Lenkungskreis reflektierte regelmäßig die Entwicklung und den Stand des Projektes. Dabei zeigte sich, dass zu Beginn der Laufzeit verstärkt Trainings-

einheiten zur Anwendung kamen, während die Zusammenarbeit mit der professionellen Pflege und deren Schulung eher schleppend anlief. Die beteiligten Gruppen zeigten Hemmungen aufeinander zuzugehen. Durch regelmäßige gemeinsame Teambesprechungen wurden diese Hindernisse abgebaut. Besonders angelernte Pflegekräfte nutzten daraufhin die Chancen der professionellen Begleitung, aber auch Pflegefachkräfte forderten sich Schulung und Beratung ein.

Die Aktivierungscoaches sahen sich als Fürsprecher ihrer Kunden. In dieser Rolle setzten sie sich mit Hausärzten, Therapeuten, Sanitätshäusern, Pflegestützpunkten und den involvierten Pflegediensten auseinander. Sie bedauerten insbesondere, dass viele Hausärzte ihren Vorschlägen, begleitend Therapien einzusetzen, nicht folgten. Einige Ärzte vertraten die Meinung, dass die Klienten durch die Teilnahme am Projekt bestens versorgt seien oder verlagerten diese Aufgaben an die Angehörigen, die häufig schon die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit erreicht hatten.

Infolge Personalausfalls mussten die Stellen der Projektleitung und einer Pflegefachkraft nachbesetzt werden. Das reduzierte Stundendeputat einer Ergotherapeutin wurde durch einen frei beruflich tätigen Therapeuten aufgefangen. Die neuen Kollegen mussten in die Projektarbeit eingewiesen werden, das Team musste sich jeweils neu zusammenfinden. Dem Projektträger war es gelungen, die Stellen zeitnah mit erfahrenen und qualifizierten Personen neu zu besetzen, so dass Ausfälle in den Aktivierungseinheiten schnell aufgefangen werden konnten.

Zur Anleitung der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen musste das Projektteam auf deren individuelle Bedürfnisse eingehen. Standardisierte Schulungen waren nicht gefragt. Besonders häufig wurden kinästhetische Maßnahmen geschult und zum Umgang mit dementiellen Erkrankungen beraten.

Eine eindeutige Klärung des Aktivierungsbegriffes ist im Projekt nicht gelungen, da sich der Begriff *aktivierende Pflege* definitorisch nicht eindeutig fassen ließ. So wurde erst durch die Pflegesituation und die Intentionalität der am Pflegeprozess beteiligten Personen seine Konturierung ersichtlich. Das Angebot an

möglichen Maßnahmen, die zur Aktivierung beitragen können, war vielfältig und mit Sicherheit nicht komplett.

Aktivierende Pflege, wie sie im Projekt verstanden wurde, ist ganzheitlich angelegt, orientiert sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der betroffenen Personen und begrenzt sich nicht auf Pfl egetätigkeiten. Neben der Förderung der Selbstpflegefähigkeiten und der Mobilität nahmen kognitive Aktivierungen, Motivationsarbeit, Schaffung von Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, Beratung und Anleitung großen Raum ein.

Die Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Ergotherapeuten hat sich als hilfreich erwiesen, um die Aktivierungseinheiten zu planen und umzusetzen. Die Ergotherapeuten im Projekt brachten berufsgruppenspezifische Ansätze ein, deren Anwendung ohne entsprechende Expertise nicht möglich gewesen wäre. In der weiteren Umsetzung wird daher eine unterstützende Begleitung durch Ergotherapeuten empfohlen.

Der Gesetzgeber hat in § 28 Abs. 4 SGB XI festgelegt, dass die Pflege aktivierend erfolgen soll, ohne diese Begrifflichkeit im Sinne des SGB XI näher zu definieren bzw. Grenzen aufzuzeigen. Im Rahmen der aktuell mit den Kostenträgern vereinbarten Leistungen und Vergütungen kann die im Projekt realisierte Aktivierung nicht umgesetzt werden.

Daher ist es notwendig, einen eigenen Leistungskomplex mit eigener Vergütungssystematik zu entwickeln. Diese sollte berücksichtigen, dass Raum für interdisziplinäre Fallbesprechungen bleibt.

Inhaltlich muss sich der Aktivierungskomplex aus folgenden Komponenten zusammensetzen:

- Anamnese: Erhebung des individuellen Aktivierungsbedarfes
- Zielklärung mit der pflegebedürftigen Person und ihrer häuslichen Pflegeperson
- Maßnahmenplanung: Als Maßnahmen kommen insbesondere in Frage: Mobilitätstraining, Förderung der Selbstpflegefähigkeiten, Motivationsarbeit, kognitive Trainingseinheiten, Schulung und Beratung der pflegebedürftigen Person und ihrer häuslichen Pflegeperson.
- Evaluation und Anpassung der Aktivierung

Die Projekterfahrung zeigt, dass der Zeitbedarf für die Einheiten zwischen 30 und 60 Minuten zuzüglich Wegezeit beträgt. Die Einheiten können je nach individuellem Bedarf von weitergebildeten Pflegefachkräften und Ergotherapeuten erbracht werden. Das Aktivierungsteam hat den im Projekt eingeschlagenen Weg der Kombination von Pflege und Ergotherapie für beide Berufsgruppen als bereichernd erlebt. Die gegenseitige Absprache und Unterstützung wird auch weiterhin als notwendig erachtet.

2.8 Reflexion des Projektes

Das Zusammenwachsen des Aktivierungsteams und dessen interdisziplinäre Vernetzung, das wechselseitige „Voneinander-Lernen“ und „Wertschätzen“ der unterschiedlichen Sichtweisen zu Problemstellungen sowie das Entwickeln von Lösungsansätzen kann als Erfolg gewertet werden. Dieser hat gleichzeitig die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Probanden aktivierend versorgt werden konnten. Die Einbeziehung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten erwies sich als richtige Entscheidung, um die Projektziele zu erreichen.

Die Kunden wurden in ihren Fähigkeiten bestärkt und die vorhandenen beziehungsweise erkannten Defizite durch Anleitung und Schulung von Angehörigen und/oder Pflegepersonen reduziert und damit die häusliche Pflegesituation insgesamt entlastet.

Während des Projektes wurde auch die materielle Not, die mit Pflegebedürftigkeit einhergehen kann, thematisiert. Dieser Zustand beinhaltet ein Risikopotential, welches zur Versorgung in stationären Einrichtungen führen könnte.

Erkenntnisgewinnend kann das Projekt dahingehend bewertet werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit für den Teilnehmer und die an der häuslichen Versorgung beteiligten Personen ein hohes Chancenpotential eröffnet. Die wechselseitige Beobachtung, der Austausch über die Situation, die unterschiedlichen Einschätzungen und das gemeinsame Bemühen um die optimale Lösung boten die Möglichkeit, Handlungsrouinen und Eigenlogiken der jeweiligen Professionen zu überwinden und vorhandene, aber primär nicht zugängliche Ressourcen für das häusliche Pflegearrangement zu erschließen. Erkennbar wurde aber auch, wie sehr persönliche Haltungen, sowohl von Seiten der Aktivierungscoaches als auch der Teilnehmer am Projekt, die Aktivierungseinhei-

ten beeinflussten. Verhaltensänderungen mussten eingeleitet werden, die die Teilnehmer letztendlich als bereichernd empfanden.

Ein weiterer herauszuhebender Erkenntnisgewinn liegt in der Beobachtung, wie groß die Bedeutung von personaler Kontinuität und Vertrauen in der aktivierenden Versorgung ist.

Verbunden mit der stärkeren Ausrichtung an den Alltagsaktivitäten und der damit verbundenen Fokussierung von Sinnhaftigkeit und Bewältigung der Lebenssituation ergaben sich Fragestellungen und Beratungsbedarfe, die sich bei punktuellen Begleitungen durch weitere Berater nicht auftaten.

Durch mehrmalige Kontakte entstanden Gesprächssituationen auf Augenhöhe, in denen Beratungsbedarfe geäußert wurden und eine Klärung von Alltagsproblematiken erfolgen konnte.

Als weiterer Faktor für das Gelingen aktivierender Pflege wurde immer wieder der Faktor Zeit genannt. Pflegebedürftige Personen als auch Angehörige erleben die professionellen Dienste häufig in enger Zeittaktung und stark an der Verrichtung der Tätigkeiten orientiert. Das Aktivierungsteam hatte – zumindest im Erleben der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen- Zeit, sich im genauen Zuhören und sich Einlassen auf Gespräche den Problemen zuzuwenden, die den Alltag allzu häufig belasten.

3. Ergebnisse und Bewertung

Die sozialrechtlichen Normen und Richtlinien der Pflegeversicherung charakterisieren aktivierende Pflege eher unspezifisch, legen sie aber als generelle Handlungsnorm der Pflege²⁷ im Rahmen der Pflegeversicherung (§ 28 Abs. 4 SGB V) fest²⁸. Obwohl es keine klare Leistungsbeschreibung der aktivierenden Pflege gibt, würde kaum eine Pflegeeinrichtung von sich behaupten, nicht aktivierend zu pflegen. Pflegekräfte, so eine Studie von Blass²⁹, antworten auf die Frage, was aktivierende Pflege für sie in ihrem Arbeitsalltag bedeutet, relativ allgemein und vermeiden Konkretisierungen bei der Leistungsbeschreibung. An diesem konzeptionellen Mangel setzte der Modellträger an und definierte einen „Aktivierungskomplex“ (vgl. Kapitel 2.1), der der aktivierenden Pflege einen konzeptionellen Rahmen geben sollte.

Der Modellansatz kann auch im Kontext der Neudefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit³⁰ gesehen werden. Dort werden aktivierende Aspekte stärker gewichtet als in der derzeitigen Definition. Die Pflegedienste, so die Erfahrung des Modellträgers, seien auf diese Entwicklung jedoch nicht eingestellt, deshalb sei es notwendig, „Aktivierung“ mit konkreten Leistungsinhalten zu füllen, damit sie Teil der pflegerischen Routine werden könne.

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

1. Die Installierung eines „Aktivierungsteams“ mit speziell geschulten Ergotherapeuten und Pflegekräften und die Definition eines „Aktivierungskomplexes“ sind notwendig, um aktivierende Pflege – im Sinne des Erkennens und Förderns von Potentialen – in das Alltagshandeln der Pflege zu integrieren. Die gelungene Etablierung führt dann zu mehr Fachlichkeit in der ambulanten Pflege.

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

²⁸ Vgl. Dangel, B. Korporal, J. (2003).

²⁹ Vgl. Blass, K. (2012).

³⁰ Vgl. Wingenfeld, K. et al. (2008).

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

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

3.1 Forschungsdesign und Methode

Aus den Hypothesen lassen sich drei Themenkomplexe ableiten, an denen sich das methodische Vorgehen orientieren muss. Dabei lassen sich die Themenkomplexe den Qualitätsdimensionen nach Donabedian³¹ zuordnen:

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

³¹ Vgl. Donabedian, A. (1966).

gerisch-therapeutischen Maßnahmen entscheidend. Dafür wurde in regelmäßigen Abständen der funktionelle Status der Probanden anhand verschiedener Assessmentinstrumente gemessen. Auf diese Weise lassen sich Veränderungen im Bereich der Motorik, der Kognition sowie der Selbstversorgungskompetenz und der Schmerzen beschreiben. Hinweise auf die Wirkung dieser Maßnahme geben aber auch statistische Daten zum Maßnahmenverlauf. Wichtige ‚Endpunkte‘ sind hier: „vorzeitige Beendigung“ und „Unterbrechungen“ der Maßnahme sowie der „Verbleib“ des Probanden. Bei der Bewertung der Modellmaßnahme darf die subjektive Einschätzung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen nicht vernachlässigt werden. Veränderungen im Alltag, die durch die Förderung der Selbstständigkeit möglich geworden sind, werden häufig als viel wirksamer erlebt als beispielsweise allein die funktionelle Verbesserung von Bewegungsabläufen.

3. *Auswirkung des „Aktivierungskomplexes“ auf die Pflege- und Versorgungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität):* Bei diesem Thema geht es um die Frage, ob sich die Pflege- und Versorgungsqualität durch den Modellansatz verbessert hat. Dabei geht es zum einen um die Lerneffekte bei den Aktivierungscoaches und Ergotherapeutinnen, zum anderen um den möglichen Zugewinn an Kompetenz bei den Pflegekräften der ambulanten Dienste und den pflegenden Angehörigen. In Bezug auf die Versorgungsqualität wird überprüft, ob Kompetenzzuwächse zu einer besseren Vernetzung mit Beteiligten aus anderen Berufsgruppen (z.B. Hausärzte, Pflegestützpunkte) führen.

In den nachstehenden vier Arbeitsschritten greifen die Themenkomplexe ineinander. Sie bilden die Folie auf der das methodische Vorgehen basiert. Der Schwerpunkt liegt auf der statistischen Analyse der Verlaufs- und diagnostischen Daten, ihr Ergebnis ist für den Wirksamkeitsnachweis ausschlaggebend. Hierfür ist zunächst kein Kontrollgruppendesign vorgesehen gewesen. In den ersten Auswertungszyklen ist aber deutlich geworden, dass einzelne Ergebnisse ohne Vergleichsdaten wenig aussagekräftig bleiben. Insofern sind für bestimmte Endpunkte Vergleichsdaten aus ambulanten Pflegediensten des Modellträgers, die nicht in das Modell involviert waren, herangezogen worden (vgl. Kapitel 3.3).

Arbeitsschritt 1: Instrumentenentwicklung für die statistische Analyse

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

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

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

Arbeitsschritt 2: Instrumentenentwicklung für die qualitative Untersuchung

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung sind Gesprächsleitfäden für teilstrukturierte Expertengespräche mit Therapeutinnen, Aktivierungscoaches und Pflegekräften der ambulanten Dienste entwickelt worden. Die zentralen Fragestellungen der Leitfäden für die Expertengespräche betrafen

- die Zielsetzungen (Erwartungen), die mit dem Aktivierungskomplex verbunden waren,

-
- das Funktionieren der interdisziplinären Teamarbeit,
 - das Ineinandergreifen von Aktivierung und pflegerischer Alltagsroutine,
 - die Auswirkung der Maßnahme auf den Alltag und die Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen,
 - die Auswirkung der Maßnahme auf die Pflege- und Versorgungsqualität.

Für die Gespräche mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sind keine Leitfäden entwickelt worden. Die Begleitforscher wollten hier vermeiden, das Gespräch durch gezielte Fragen zu lenken und damit womöglich über Wirkungen nichts zu erfahren, die sich zwar aus dem Erzählen ergeben, aber von den Betroffenen auf eine konkrete Frage nicht als Wirkung beschrieben worden wären. Deshalb wurden narrative Interviews³² durchgeführt, bei denen sich die Erzählanstöße auf den Alltagsablauf, die sozialen Kontakte und die Befindlichkeit vor und während der Maßnahme bezogen haben.

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

Arbeitschritt 3: Empirische Phase

Mit der quantitativen Datenerfassung wurde im zweiten Quartal nach Beginn der Modelllaufzeit (August/September 2010) begonnen und diese bis kurz vor Ende der Modelllaufzeit (Dezember 2012) fortgeführt. Die Daten, die routinemäßig für die ambulanten Pflegedienste, die nicht am Modell beteiligt waren, dokumentiert und als Vergleichsdaten herangezogen wurden, sind im Dezember 2012 und Januar 2013 für den Erhebungszeitraum des Modells erfasst und ausgewertet worden.

Mit den Expertengesprächen ist im dritten Quartal nach Beginn der Modelllaufzeit begonnen worden. Die Gespräche wurden jährlich mit einer anderen

³² Vgl. Helfferich, C. (2011).

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

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

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

Das betraf die Themen:

- Wirkung des Aktivierungskomplexes und die geeignete Abbildung,
- Zusammenarbeit des Aktivierungsteams mit den Pflegekräften der ambulanten Dienste,
- Rolle der Ergotherapeutinnen im Aktivierungsteam.

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

Arbeitsschritt 4: *Auswertung der statistischen Erhebung und der qualitativen Untersuchung*

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

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

Die Expertengespräche und narrativen Interviews wurden mit Zusicherung auf Vertraulichkeit gegenüber den Gesprächspartnern auf Tonträgern aufgezeichnet, (teil-)transkribiert und einer Inhaltsanalyse³³ unterzogen. Die Inhaltsanalyse der Expertengespräche orientierte sich an den zentralen Untersuchungsfragen. Die Auswertung der narrativen Interviews erfolgte vor dem Hintergrund der Grounded Theory³⁴. Hier ging es darum, soziale Phänomene, die sich aus der „Wirkung“ der Maßnahme erschließen lassen, zu beschreiben und in einen verallgemeinerbaren Zusammenhang zu stellen.

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

³³ Vgl. Mayring, P. (2007).

³⁴ Vgl. Corbin, J., Hildenbrand, B. (2000).

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

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

3.2 Personenkreis

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

Der zu erprobende ‚Aktivierungskomplex‘ zielte nicht auf bestimmte Gruppen unter den Kunden. Der modellhafte Leistungskomplex sollte ein Angebot an alle Kunden sein. Aus diesem Grund sind die Einschlusskriterien für das Modellvorhaben offen formuliert worden. Die Probanden mussten lediglich zwei Voraussetzungen erfüllen: Bei ihnen musste erstens eine Pflegeeinstufung (Pflegestufe I, II oder III) vorliegen. Zweitens musste der Proband interessiert und motiviert sein, am Modellvorhaben teilzunehmen. Ein anfängliches Zögern war kein Ausschlusskriterium, Motivationsarbeit gehörte zur Rekrutierung dazu. Ein Aus-

schluss von vorneherein war nur dann gegeben, wenn der pflegebedürftige Mensch im Sterben lag oder das baldige Versterben absehbar war.

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

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

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

3.2.1 Soziodemographische Daten

Am Standort Tholey wurden 50 Probanden in die Modellmaßnahme einbezogen, am Standort Uchtelfangen waren es 66 Probanden (N = 116). Darunter waren Frauen mit einem Anteil von 64 Prozent (n = 74) und Männer mit einem Anteil von 36 Prozent (n = 42) vertreten. Die Geschlechterverteilung entspricht in etwa der saarlandweiten Erhebung. Von 30.380 Pflegebedürftigen im Saarland lag im Jahr 2009 der Anteil der Frauen mit 66,5 Prozent fast doppelt so hoch wie der der Männer (33,5%). Allerdings ist hier bei der Geschlechterverteilung

lung nicht zwischen ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen unterschieden worden.³⁵

Tabelle 1: Alter und Geschlecht nach Standort

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

*männlich, *weiblich

**Modellstandorte: T=Tholey, U=Uchtelfangen

Im Durchschnitt sind die Probanden 80,5 Jahre alt. Die stärkste Altersgruppe waren mit rund 50 Prozent die 78- bis 87-jährigen. Die Pflegebedürftigen, die 88 Jahre und älter waren, sind mit einem Anteil von 20 Prozent vertreten gewesen. Diese Altersverteilung entspricht der Verteilung der ambulant versorgten Männer und Frauen im Saarland. Dort sind rund 51 Prozent der Pflegebedürftigen zwischen 80 und 90 Jahre alt³⁶.

An beiden Standorten waren in den jüngeren Altersgruppen (bis Jahrgang 1936) die Geschlechter nahezu gleich verteilt. In den höheren Altersgruppen dominierten die Frauen. Die geschlechtsspezifische Verteilung der Altersgruppen im Modell ist bis auf die Altersgruppe der 78- bis 87-jährigen mit der saarlandweiten Erhebung vergleichbar. Im Saarland halten sich die Anteile der ambulant versorgten pflegebedürftigen Männer und Frauen bis zur Altersgruppe der über 85-jährigen die Waage³⁷. Im Modell waren dagegen bereits in der Altersgruppe der 78- bis 87-jährigen die Frauen in der Mehrheit.

³⁵ Ministerium für Soziales, Gesundheit Frauen und Familie (2012), S. 23.

³⁶ ebd. S. 32.

³⁷ ebd. S. 32.

Tabelle 2: Familienstand nach Geschlecht und Standort

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

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

Tabelle 3: Haushaltsstruktur nach Geschlecht und Standort

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

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

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

Bei der Zahl der allein lebenden pflegebedürftigen Menschen sollte man allerdings auch die Studien im Blick haben, die belegen, dass nicht nur das Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wesentliche Variablen sind, die zum Beispiel die Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim beeinflussen, sondern ebenso das Alter und die Lebenssituation³⁸. Ein pflegebedürftiger Mensch, der allein lebt, trägt beispielsweise am Ende eines Krankenhausaufenthaltes ein deutlich höheres Risiko, in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden als nicht allein lebende Pflegebedürftige und zwar ohne dass zuvor die Frage der Heimbedürftigkeit angemessen geklärt worden wäre. Würde man während der akutstationären Versorgung die ambulante Weiterversorgung fachgerecht vorbereiten, dann hätten pflegebedürftige Menschen in Singlehaushalten eine größere Chance, wieder in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren.

³⁸ Vgl. Clausen, G., Lucke, C. (2004).

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

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

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

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

Fazit

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

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

3.2.2 Daten zum Pflege- und Hilfebedarf

Unter den ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Saarland waren 2009 54,2 Prozent in Pflegestufe I, in Pflegestufe II waren 34,3 Prozent und in Pflegestufe III (inklusive Härtefälle) 11,5 Prozent³⁹. Im Vergleich dazu weisen die Probanden in der Modellmaßnahme insgesamt einen etwas geringeren Pflegebedarf auf: In Pflegestufe I sind hier 59,5 Prozent der Probanden, in Pflegestufe 2 sind es 32,8 Prozent und in Pflegestufe III 7,8 Prozent gewesen.

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

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

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

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

³⁹ Landesseniorenplan des Saarlandes, S. 26.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Versorgung mit Heilmitteln könnte ebenfalls ein Hinweis auf das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigungen sein. Die Daten zeigen, dass die Mobilitätsbeeinträchtigungen in vielen Fällen behandlungsbedürftig waren. Rund die Hälfte der Probanden erhielt vor Beginn der Modellmaßnahme Physiotherapie. Andere Heilbehandlungen wie Ergotherapie (16,4%) und Logopädie (10,3%) sind dagegen nur bei wenigen Probanden verordnet worden. Nach Einschätzung des Aktivierungsteams ist der Zahl der Verordnungen im Bereich der Ergotherapie und Physiotherapie nicht ausreichend gewesen. Vergleicht man die Daten aus dem Modell mit dem Ergebnis der Infratest-Studie über die Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, so liegt die Anzahl der Verordnungen im Modell höher als die Heilmittellempfehlungen, die der MDK im Rahmen der Begutachtung gemäß § 18 SGB XI bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten (22%) ausgesprochen hat. Die Infratest-Studie sagt allerdings nichts darüber aus, ob die MDK-Empfehlungen dem tatsächlichen Bedarf entsprochen haben⁴⁰.

⁴⁰ Vgl. TNS-Infratest Sozialforschung (2011).

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

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

Bei dem einbezogenen Personenkreis handelt es sich um geriatrische Patienten⁴¹ und zwar nicht allein aufgrund des Alters, sondern wegen ihrer Multimorbidität und der Chronifizierung ihrer Erkrankung. Legt man die ICD-Haupt-

⁴¹ Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (2007): Geriatrische Patienten sind definiert durch: geriatrietypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter) oder durch (Alter 80 +) alterstypische Vulnerabilität, z.B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung und des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

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

Tabelle 10: Ausmaß der Multimorbidität der Probanden

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

*D = Diagnose/n

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

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

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

Fazit

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

3.2.3 Versorgungssituation

Die überwiegende Mehrheit der Probanden haben professionelle Hilfen in Anspruch genommen. Prozentual erhalten Frauen mehr professionelle Hilfen als Männer. Knapp 80 Prozent der Probanden sind von einem ambulanten Pflegedienst versorgt worden, etwas mehr als die Hälfte erhielt entweder private oder professionelle Hilfe im Haushalt, wobei die Unterstützung aus dem privaten Umfeld (36,2%) deutlich höher ausfiel als die professionelle Haushaltshilfe (19%).

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

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

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

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

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

Tabelle 13: Hauptpflegeperson nach Alter und Geschlecht

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

Fazit

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

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

3.3 Daten zum Verlauf der Maßnahme

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

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

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

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

Damit Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar sind, mussten die Ausgangsbedingungen und Beobachtungszeiträume für beide Gruppen so weit wie möglich vereinheitlicht werden. In die Interventions- und in die Kontrollgruppe sind deshalb nur die Kunden einbezogen worden, die im Zeitraum von Juli 2010 bis Dezember 2010 im jeweiligen Kundenstamm waren, bzw. in diesem Zeitraum in den Kundenstamm aufgenommen wurden. Spätere Zugänge wurden nicht mehr berücksichtigt. Der Erhebungszeitraum endet bei der Interventions-

wie bei der Kontrollgruppe im Dezember 2012. Weil in der Kontrollgruppe nur Bezieher von Sachleistungen und Bezieher der Kombination von Sach- und Geldleistungen waren, sind in die Interventionsgruppe ebenfalls nur Bezieher von Sach- und Kombi-Leistungen einbezogen worden.

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

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

Interventionsgruppe (N = 69) nach Pflegebedarf:

Pflegestufe I: n = 39 (56.5 %)

Pflegestufe II: n = 29 (42.0 %)

Pflegestufe III: n = 1 (1.4 %)

Kontrollgruppe (N = 89) nach Pflegebedarf:

Pflegestufe I: n = 46 (51.6 %)

Pflegestufe II: n = 37 (41.6 %)

Pflegestufe III: n = 6 (6.7 %)

Bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der Pflegebedarf in der Interventionsgruppe etwas geringer ist als in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe sind prozentual mehr Pflegebedürftige in Pflegestufe I. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II ist in der Kontrollgruppe und in der Interventionsgruppe in etwa gleich. In der Interventionsgruppe sind 5 Probanden weniger in Pflegestufe III als in der Kontrollgruppe.

3.3.1 Vorzeitige Beendigung der Maßnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der Pflegebedarf in der Kontrollgruppe etwas höher ist als in der Interventionsgruppe und die Fallzahl in der Interventionsgruppe relativ klein ist. Für das Kontrollgruppendesign war die Beschränkung auf die Bezieher von Sach- und Kombi-Leistungen zwar notwendig. Trotzdem ist überprüft worden, ob die Ergebnisse

sich verändern, wenn alle Probanden (N=94), also auch die Geldleistungsbezieher, die zwischen Juli 2010 und Dezember 2010 in die Maßnahme einbezogen worden sind, ausgewertet werden. Nimmt man alle Modellprobanden dieses Aufnahmezeitraumes, dann liegt der Unterschied zur Interventionsgruppe darin, dass um 20 Prozentpunkte mehr Probanden (n=45/48%) die Maßnahmen vorzeitig beendet haben als in der Interventionsgruppe, aber immerhin noch um 16 Prozentpunkte weniger als in der Kontrollgruppe. Gründe für die vorzeitige Beendigung war in 18 Prozent der Fälle (n=8) die Aufnahme in die stationäre Pflege, 48 Prozent der Probanden (n=22) sind verstorben und 32 Prozent (n=14) haben aus sonstigen Gründen die Maßnahme verlassen und in einem Fall fehlt die Angabe des Grundes für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme. Abgesehen von der Häufigkeit der vorzeitigen Unterbrechung der Maßnahme, bei der es einen deutlichen Unterschied zwischen der Gruppe mit den Geldleistungsbeziehern und der Interventionsgruppe gibt, entspricht die Verteilung der Gründe weitgehend jener in der Interventionsgruppe.

Fazit

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

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

3.3.2 Unterbrechung der Maßnahme

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

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

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

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

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

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

Rund 52 Prozent der Probanden aus der Interventionsgruppe waren im Verlauf der Modellmaßnahme im Durchschnitt 2,1mal im Krankenhaus. Auf die 36 Probanden entfallen insgesamt 76 Krankenhausaufenthalte mit einer durchschnittlichen Dauer von 22,1 Tagen (Range 1 bis 78 Tage). Unter den Probanden der Pflegestufen I (n=39) und III (n=6) waren jeweils etwa die Hälfte im Krankenhaus, unter den Probanden der Pflegestufe II (n=29) waren es rund 42 Prozent.

Vergleicht man dieses Ergebnis mit den Daten der Kontrollgruppe, zeigt sich, dass dort prozentual deutlich mehr Kunden im Krankenhaus (+25 Prozentpunkte) waren als in der Interventionsgruppe. Auf die 69 Kunden der Kontrollgruppe, die im Krankenhaus waren, entfallen 139 Krankenhausaufenthalte. Die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Proband entspricht in etwa dem Durchschnitt in der Interventionsgruppe.

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

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

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

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

Fazit

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

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

3.3.3 Verbleib der Probanden

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

Tabelle 20: Verbleib des Probanden am Ende der Maßnahme

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

An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass 24 Prozent aller Probanden während der Modelllaufzeit verstorben sind und 9,5 Prozent in ein Pflegeheim aufgenommen wurden. Unter den 68 Probanden, die die Maßnahme zu Ende geführt haben, lebten rund 28 Prozent noch allein im eigenen Haushalt, also nur etwa fünf Prozentpunkte weniger als zu Beginn der Maßnahme. Rund 47 Prozent wohnten mit dem Ehepartner im eigenen Haushalt, dies entspricht sieben Prozentpunkten weniger als zu Beginn der Maßnahme. Mit Kindern und/oder anderen Bezugspersonen zusammen lebten prozentual ungefähr gleich viele Probanden wie zu Beginn der Maßnahme.

Fazit

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

strukturen zu Beginn der Modellmaßnahme ist ein weiterer Hinweis auf eine eher stabile Versorgungssituation.

3.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit

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

Zur interprofessionellen Zusammenarbeit gehört das Zusammenspiel der Mitarbeiterinnen im Aktivierungsteam, aber auch die Zusammenarbeit des Aktivierungsteams mit den Pflegekräften der ambulanten Pflegedienste. Der Austausch des Aktivierungsteams mit den Mitarbeitern der Berufsgruppen, die an der Versorgung des Pflegebedürftigen beteiligt sind, aber nicht zum Bereich der ambulanten Pflege zählen, wie zum Beispiel dem Hausarzt, externen Therapeuten oder Personal der Beratungsstellen, fällt dagegen unter den Begriff der „Vernetzung“.

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

3.4.1 Personelle Besetzung und Teamfindung

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

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

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

„Es ist klar, dass es immer wieder auch Reibungspunkte gibt. Die müssen ausgeglichen werden. Zum Beispiel bei der Konzeptentwicklung: Wir sind fünf Köpfe und die fünf haben unterschiedliche Ideen. Da müssen wir einen gemeinsamen Nenner finden. Jeder bringt seine Ideen ein und wer die besten Argumente hat, muss überzeugen. Wichtig ist aber, dass sich dann alle mit der Vorgehensweise identifizieren können und jeder dahinter steht.“ (I 2:04)

Es sind aber nicht nur die persönliche Voraussetzung und die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, die die Teamarbeit positiv oder negativ beeinflussen. Für das Gelingen sind formale Regeln und Methoden mit verantwortlich: Im Modell strukturierten Fallbesprechungen, Assessmentverfahren, interprofessionelle Aktivierungsplanung und Dokumentationen die interprofessionelle Zusammenarbeit. In der Literatur werden für eine effektive Teamarbeit⁴² bestimmte Voraussetzungen genannt, die im Modell erfüllt worden sind:

⁴² Vgl. Antoni, G. (2000).

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

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

„Wir wollen, dass die Leute zu Hause bleiben können und nicht in die stationäre Pflege müssen. Das darf natürlich nicht auf Kosten der Angehörigen gehen. Deshalb muss selbständig trainiert und Angehörigen die Pflege erleichtert werden. Wir beraten und schulen die Angehörigen und schauen, dass sich die Lebensqualität des Pflegebedürftigen und des Angehörigen verbessert“ (I 1:02)

Damit die Arbeitsteilung transparent und zielorientiert erfolgen kann, war es notwendig, offen mit Kompetenzen und Kompetenzgrenzen der jeweils anderen Disziplin umzugehen (vgl. Kapitel 3.4.2). Das muss nicht immer frei von Rivalität und Konkurrenzgefühlen sein. Denn „im Wunsch besser zu sein als andere, liegt auch eine Triebfeder für Leistung und innovative Entwicklung“⁴³.

Die Verwendung der Assessmentinstrumente, die wesentlich für die Strukturierung der Zusammenarbeit sind, wurde so lange kontrovers diskutiert bis sie gemeinsam verantwortet werden konnte. Der FIM und der Barthel-Index sind als Instrumente nur für den Modellzeitraum akzeptiert worden. Für die Aktivie-

⁴³ Vgl. Bruder, J. et al. (1991).

rungsplanung im Regelbetrieb genüge, so die Pflegedienstleitungen, ihr bisheriges Instrumentarium (Biographiearbeit, pflegerisches Assessment). Sie wollen dieses aber ergänzen um den DemTect und die visuelle Schmerzskala. Beide Instrumente haben sich als hilfreich für die Aktivierungsplanung erwiesen.

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

Für die Teamfindung waren die gemeinsamen Fortbildungen, so die Mitarbeiterinnen des Aktivierungsteams, eine *„wichtige Erfahrung“*, sie hätten *„das Zusammenwachsen im Team stark befördert“*. Wesentlich für das Funktionieren des interprofessionellen Austausches war aber das Klima der Wertschätzung. Hier spielen Projektleitung und Pflegedienstleitung eine entscheidende Rolle. Gelingt es ihnen eine *„Kultur der Anerkennung und des Vertrauens“*⁴⁴ zu schaffen, dann wirkt sich das nicht nur positiv auf die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen aus, sondern auch auf deren Engagement und Kreativität. Die Projektleitung erzählte beispielsweise voller Anerkennung, dass eine Mitarbeiterin zu Hause ab und zu für Kunden Werkzeuge bastle, die für das Alltagstraining genutzt werden könnten. Sie bastelte zum Beispiel für einen ehemaligen Handwerker ein schlichtes Brett mit Schrauben, auf dem er mit seinem beeinträchtigten Arm üben konnte, die Schrauben mit einem Schraubenzieher hinein und heraus zu drehen. *„Das war eine Bewegung, die hat ihm viel bedeutet und er sah einen Sinn in dieser Übung.“* (11:3)

⁴⁴ Vgl. Rottländer, R. et al. (2013).

Fazit

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

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

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

3.4.2 Kompetenzen, Kompetenzgrenzen und Kompetenzzugewinne

Das Besondere an der Teamarbeit ist, schreibt Meier-Baumgartner „ dass jedes Teammitglied nebst dem gemeinsamen Wissen über ein spezielles Wissen verfügt, das ihm erlaubt, aus der eigenen Profession dem Patienten zu helfen. So ist gewissermaßen die Selbstsicherheit, das Wissen um den eigenen Beruf, so paradox das klingen mag, die Abgrenzung gegen die anderen, Voraussetzung für Teamarbeit“.⁴⁵ Die Notwendigkeit dieser Differenz zwischen den Berufsgruppen wird von den Therapeutinnen wie auch von den Aktivierungscoaches in gleicher Weise gesehen. Die berufsspezifischen Unterschiede dürfen durch die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht aufgeweicht werden:

⁴⁵ Meier-Baumgartner, H.-P. (1995), S. 75.

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

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

„Im Modell haben wir eine Kundin mit Apoplex. Die Pflege fährt dort seit 12 Jahren hin. Sie pflegt aktivierend, bezieht die Patientin in die Pflege ein und nutzt auch die noch vorhandenen Ressourcen. Mir ist aufgefallen, dass die Pflege sich's beim Transfer vom Liegen zum Sitzen schwer macht, weil sie das Hilfsmittel ‚elektrisches Bett‘ nicht richtig nutzt und weil sie, damit die Patientin im Rollstuhl nach hinten rutscht, so typisch von hinten am Hosenbund zieht. Die Patientin hat aber noch Kraft in den Beinen. Sie kann schon drücken. Wenn die Patientin sich nach vorne beugt und die Pflege mit der Hand unter der Pobacke auffordert, jetzt drücken Sie sich mit den Beinen nach hinten, dann geht das. Die Patientin macht es dann eigentlich allein und die Pflege muss nicht heben. Das meine ich, wo Hilfsmittel einfach nicht richtig angewendet werden.“ (13:05)

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

„Wenn es zum Beispiel um eine Inkontinenzversorgung geht oder der Patient hat einen Katheter, würde ich immer bei der Pflege rückfragen, um sicher zu gehen, es richtig zu machen. Es können beim Blasen- oder Darmtraining Probleme auftreten, die bei jedem Patient anders sind, da muss ich mich mit der Pflege abstimmen.“ (15:5)

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

„Probleme entstehen, wenn die Pflege den Therapeuten als Kontrolle erlebt. Wir als Therapeuten müssen zeigen, dass wir auf gleicher Ebene arbeiten, aber

in einem anderen Fachgebiet. Ich darf als Therapeut der Pflege nicht in pflegerische Dinge reinschwätzen. Schuster bleib' bei deinen Leisten. Ich kann aus therapeutischer Sicht sagen, so und so könnte es gemacht werden und dabei die Pflege einbeziehen und es gemeinsam ausprobieren.“ (13:2)

Nach Ansicht der Aktivierungscoaches führten die internen Schulungen durch die Ergotherapeutinnen, aber auch die externen Fortbildungen (z.B. Kinästhetik), die gemeinsam absolviert wurden, vor allem jedoch die Zusammenarbeit im Team zu einer Verbesserung der Pflegequalität. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Studien über multiprofessionelle Zusammenarbeit in der stationären Pflege⁴⁶ und in der Kurzzeitpflege⁴⁷. Auch dort wurden die Verbesserungen primär bei der Mobilisierung, den Transfers und der Hilfsmittelversorgung gesehen und auf den teaminternen Austausch unterschiedlicher Disziplinen zurückgeführt.

Auf die Frage, ob diese Art der Zusammenarbeit nicht auch im Rahmen der Heilmittelerbringung möglich wäre, antworteten die Ergotherapeutinnen: Einerseits ja, bei bestimmten Problemen würde es ausreichen, Kontakt mit einer ergotherapeutischen Praxis zu haben und nachzufragen. Aber für die individuelle Aktivierungsplanung sei der Austausch beider Berufsgruppen wichtig, weil es um das Ineinandergreifen beider Perspektiven ginge und dazu bedürfe es des kontinuierlichen Austausches. Es sei nicht allein damit getan, bestimmte Handgriffe zu erlernen, sondern der interprofessionelle Austausch verändere den Blickwinkel auf den Kunden und verhindere eine gewisse „Berufsblindheit“.

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

⁴⁶ Vgl. Schweizer, C. et al. (2009).

⁴⁷ Vgl. Schweizer, C. et al. (2009a).

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

Fazit

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

Eine Verbesserung der Pflegequalität konnte nach Einschätzung beider Berufe vor allem im Bereich der Mobilisierung, der Transfers und der Hilfsmittelversorgung erzielt werden. Für eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität reiche aber eine zeitlich begrenzte Qualifizierungsphase nicht aus. Den Profit und den Weiterentwicklungsbedarf in der Pflege sehen sie im kontinuierlichen interprofessionellen Austausch und der Integration therapeutischer Kräfte in ein Pflegeteam. Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der Studie über die vergleichbaren Modellansätze in Saarbrücken-Brebach (Kurzzeitpflege) und in St. Wendel (stationäre Pflege) bestätigt.

3.5 Anleitung des ambulanten Pflegedienstes

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

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

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

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

„Bei einer Pflegekraft sage ich, dass ich gerne schauen würde, ob von den gymnastischen Übungen, die wir machen, etwas in die Pflege übernommen werden kann. Bei der Maßnahme selbst halte ich mich bedeckt, rede über Belangloses und nicht über die Aktivierung selbst. Meine Vorschläge mache ich dann vor der Türe. Eine Schwester habe ich gefragt, warum lässt Du ihn die linke Hand nicht benutzen, die ist ja frei beweglich. Sie hat dann schon gesagt: mh, ja. Ach so. Im Gespräch haben wir dann festgehalten, dass der Kunde jetzt

mal versucht, sein Gesicht und die Oberarme selbst zu waschen. Das ist dann auch übernommen worden. Zu viel auf einmal darf man nicht vorschlagen, sondern immer nur Schritt für Schritt. Das gilt für beide, den Pflegedienst und den Pflegebedürftigen.“ (I3:03)

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

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

Die Aktivierungscoaches schieben Mängel in der Pflege jedoch nicht allein auf die fehlende Zeit oder die knappen personellen Ressourcen: Es fehle auch an Kompetenzen und ihr Vorteil sei es eben gewesen, im Rahmen des Modells weitere Kompetenzen erwerben zu können:

„Ich hab’ für mich festgestellt, dass jeder, der in der Pflege arbeitet, sein eigenes Schema entwickelt, das er ungern verlässt, auch deshalb weil der Kunde klare Erwartungen hat. Die Schwester kommt morgens, dann weiß der Kunde, was sie macht und dass er sie dafür ja auch bezahlt ... Als Aktivierungscoach

habe ich mehr Zeit als die Pflege, habe aber auch durch die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten ein Fundament, das es mir ermöglicht anders zu handeln. Das führt auch zu Erfolgen. Wir haben zum Beispiel einen Klienten, der ist vom Pflegedienst im Bett gepflegt worden und seine Frau hat ihm auch dort das Essen angereicht. Ich dachte, das kann doch nicht sein, der wischt sich den Mund ab und ist ganz quirlig im Bett, wieso ist der immer im Bett und muss das Essen angereicht bekommen. Der kann doch. Dann haben wir ihn aufgesetzt. Er hat sich dann allein an die Bettkante gesetzt. Natürlich braucht er Zeit bis in die Küche. Er ist halt ein kranker Mann und braucht fünf bis sieben Minuten in die Küche an den Tisch. Aber das ist wichtig. Jetzt nimmt er jeden Tag sein Mittagessen am Tisch in der Küche ein.“ (14:02)

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

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

Fazit

Für die effektive Zusammenarbeit zwischen Aktivierungsteam und ambulanter Pflege ist es notwendig (wie in der Teamarbeit generell), verbindliche Strukturen zu schaffen und ein gemeinsames Ziel zu verfolgen. Deswegen bedarf es auch hier gemeinsamer Fallbesprechungen und vor allem eines Ineinandergreifens von Pflege- und Aktivierungsplanung.

Damit die Lerneffekte nachhaltig sind, muss das Vorgehen im Einzelfall abgestimmt und im Verlauf gemeinsam überprüft werden. Die Zusammenarbeit zwischen Aktivierungsteam und ambulanter Pflege darf kein sporadisches Zusammentreffen sein, sondern es muss im Einzelfall einer verbindlichen Struktur fol-

gen. Dabei gelten die Voraussetzungen wie sie im vorigen Kapitel für eine effektive Teamarbeit beschrieben worden sind.

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

3.5.1 Vernetzung

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

Diese Unterstützung war aber nicht die Regel. In mehreren Fällen sind die Therapeuten oder Aktivierungscoaches auf Ärzte zugegangen, auch mit dem Hinweis, dass zum Beispiel Heilmittel im Bereich der Physiotherapie hilfreich sein könnten, den funktionellen Status zu verbessern. Das wurde häufig abgelehnt, wiederholt mit der Begründung, die Aktivierungsmaßnahmen würden ausreichen, ihr Budget sei begrenzt, manchmal sogar mit dem expliziten Hinweis, Physiotherapie benötige man für die jüngeren Patienten. Vor allem die Therapeuten gingen davon aus, dass Potentiale der Kunden deutlich besser hätten ausgeschöpft werden können, wenn neben der Aktivierung auch Heilmittel, insbesondere Physiotherapie, verordnet worden wäre.

Während des Modellverlaufs ist immer wieder versucht worden, sich enger mit niedergelassenen Ärzten auszutauschen. Letztlich beschränkte das Aktivierungsteam auf den Austausch mit den Ärzten, die sich interessiert zeigten. Aber auch hier eher mit großer Vorsicht, so dass von einer Systematisierung oder

engeren Vernetzung nicht gesprochen werden kann. Auch dies ist kein modell-spezifisches Problem: Die Vernetzung niedergelassener Ärzte mit nichtärztlichen Berufen gelingt in der Regel nur dann, wenn die Initiative von den Ärzten bzw. von den ärztlichen Berufsverbänden oder der kassenärztlichen Vereinigung ausgeht.

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

3.6 Anleitung pflegender Angehöriger

Aktivierende Pflege benötigt die Unterstützung pflegender Angehöriger. Auch sie müssen verstehen, dass es dem pflegebedürftigen Menschen nicht hilft, wenn ihm alle Dinge abgenommen und nur fürsorglich mit ihm umgegangen wird. Insofern war die Anleitung pflegender Angehöriger ein zentrales Modellelement (vgl. Kapitel 2.1 und 2.5). Für den Erhalt der Pflegebereitschaft der Angehörigen ist es wichtig, dass Kompetenzen gefördert sowie Beratung und Unterstützungsleistungen angeboten werden⁴⁸. Die Förderung der Kompetenz der pflegenden Angehörigen ist entscheidend, um die Qualität der häuslichen Pflege zu verbessern. Die Kompetenzförderung trägt aber auch dazu bei, eine Überforderung des Pflegenden zu vermeiden. Denn wenn Belastungen überhand nehmen, dann können sie sich, so Holz, in „sozialer, psychischer und physischer Hinsicht manifestieren“⁴⁹ und zu Pflegefehlern sowie zur Erkrankung der Pflegeperson führen.

Im Durchschnitt sind, so Schneekloth und Wahl⁵⁰, Hauptpflegepersonen etwa 36,7 Stunden pro Woche in Pflegeaufgaben und Unterstützung eingebunden.

⁴⁸ Vgl. Schroer-Mollenschott, C, Hotze E (2011).

⁴⁹ Holz, P. (2000) S. 354.

⁵⁰ Vgl. Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005).

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

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

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

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

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

Pflegende Angehörige merkten früh, dass Pflege eine verantwortungsvolle Tätigkeit ist und man dafür im Grunde genommen eine Ausbildung braucht. Die persönliche Situation des Pflegebedürftigen stellte die Pflegeperson immer wie-

der vor neue Anforderungen. Deshalb betonten die Angehörigen weniger die einzelnen Verbesserungen, die sie zum Beispiel bei den Transfers oder bei Gebrauch der Hilfsmittel gelernt haben, viel wichtiger war ihnen, dass sie im Aktivierungsteam eine Ansprechpartner hatten, dem sie „all die dummen Fragen“ stellen konnten, die sich für einen Laien bei der Pflege ergeben.

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

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

In einem Einzelfall hatte eine Ergotherapeutin den Eindruck, dass es zu Gewalttätigkeiten gegenüber dem Pflegebedürftigen gekommen ist. Sie hat den pflegebedürftigen Menschen daraufhin angesprochen, jedoch eine ausweichende und verneinende Antwort erhalten. Die Problematik konnte zwar im Aktivierungsteam angesprochen werden, doch keiner wusste so richtig, wie mit einer solchen Situation umzugehen ist. Gewalt in der häuslichen Pflege ist zwar kein Tabuthema mehr, es fehlen aber Ansprechpartner und Hilfen, die aufzeigen, welche Schritte in welcher Situation sinnvoll sind. Diese Problematik ist aber nicht modellspezifisch, sondern ein Thema, das die (ambulante) Pflege im Allgemeinen betrifft. Die Lösungsansätze⁵¹ dafür, sollten bei Innovationen in der Pflege perspektivisch mit berücksichtigt werden.

⁵¹ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Fazit

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

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

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

3.7 Wirkung der Maßnahme

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

im Alltagsablauf beschrieben werden, die von den Assessmentinstrumenten nicht erfasst worden sind.

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

3.7.1 Assessmentergebnisse

Die Assessmentinstrumente, die im Modellverlauf verwendet wurden, sind

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

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

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

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

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

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

Barthel-Index (Punktwerte 1 bis 100)

Die Eingangswerte (t_1) des Barthel-Index (Tab. 21) bestätigen, dass in das Modell ein Personenkreis mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen einbezogen wurde, wobei die Frauen geringfügig stärker beeinträchtigt waren als die Männer. Die Funktionsbeeinträchtigungen nehmen nicht zwingend mit höherem Alter zu. Die ältesten Probanden (88 Jahre und älter) wiesen etwas geringere Funktionsbeeinträchtigungen auf als die beiden davor liegenden Altersgruppen. Der Barthel-Index zeigt unabhängig vom Alter, der Erkrankung und dem Pflegebedarf bis zum 3. Messzeitpunkt einen kontinuierlichen Zuwachs an Selbstversorgungskompetenz auf. Zwischen 3. und 4. Messzeitpunkt nehmen die Zuwächse allerdings wieder geringfügig ab. Dennoch bleibt ein Plus an Selbstversorgungskompetenz zwischen 1. und 4. Messzeitpunkt bestehen. Die Zugewin-

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

Tabelle 21: Ergebnisse nach Barthel-Index

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

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

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

DemTect (max. 18 Punkte)

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

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

Tabelle 22: Ergebnisse nach DemTect

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

Visuelle Schmerzskala (Skalierung von 1 bis 10)

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

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

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

Tabelle 23: Ergebnisse nach visueller Schmerzskala

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

FIM-Funktionaler Selbständigkeitsindex (Index zwischen 18 und 126)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 25: Mittelwertunterschiede der Assessmentergebnisse

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

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

Fazit

Die Assessmentergebnisse machen deutlich, dass die Modellmaßnahme zwar zu keinen signifikanten funktionellen Verbesserungen geführt hat, der funktionelle Zustand aber über den langen Zeitraum von drei Jahren stabil geblieben ist. Angesichts des Durchschnittsalters der Probanden von 81 Jahren ist dies ein recht gutes Ergebnis, welches durch die Evaluation eines vergleichbaren Modellansatzes in der stationären⁵² Pflege bestätigt wird. Bei den Probanden dort wurden ebenfalls keine signifikanten Funktionszugewinne durch „aktivierende“ (rehabilitativ orientierte) Pflege erreicht. Die Ergebnisse wiesen aber auch im stationären Bereich auf die stabilisierende Wirkung des Modellansatzes hin. Bei einem ähnlichen Ansatz in der Kurzzeitpflege⁵³ kam es dagegen zu signifikanten Zuwächsen bei der Selbstversorgungskompetenz, was aber daran liegt, dass die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgte und nach der akutstationären Phase die Verbesserungspotentiale in der Regel höher sind als bei chronischen Krankheitsverläufen.

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

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

⁵² Vgl. Schweizer, C. (2009).

⁵³ Vgl. Schweizer, C. (2009a).

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

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

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

Die Stabilisierung des funktionellen Zustandes und die signifikante Schmerzreduktion haben Auswirkungen auf den Alltag des pflegebedürftigen Menschen. In welcher Form dies geschieht, wird anhand der statistischen Daten nicht deutlich. Insofern trifft das Postulat von Behrens und Langer zu, dass quantitative Verfahren nur Sinn als Teil qualitativer Verfahren machen⁵⁴. Die Interpretationen, die im Rahmen der quantitativen Ergebnisse getroffen wurden, werden deshalb noch vor dem Hintergrund der „weichen“ Faktoren, also der subjektiven Einschätzungen der Betroffenen und der professionell Beteiligten überprüft.

⁵⁴ Vgl. Behrens, J., Langer, G. (2004).

3.7.2 „Weiche“ Erfolgskriterien

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

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

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

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

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

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

Die Interviewpassage mit der Angehörigen zeigt, dass mit dem Aktivierungskomplex auch Erwartungen verbunden waren, die nicht (mehr) erfüllt werden konnten. Die kleinen Veränderungen wurden zwar gesehen, in diesem Fall änderten sie aber nichts an der eher resignativen Haltung der Tochter. Ihrer Ansicht nach ist das Angebot zwar hilfreich, für ihre Mutter kam es jedoch zu spät.

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

Nach der subjektiven Einschätzung der Probanden zeigen sich positive Effekte

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

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

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

Wie wichtig der aktivierende Ansatz für pflegebedürftige Menschen ist, zeigt sich auch bei progredienten Krankheitsverläufen. Das folgende Beispiel eines allein lebenden Parkinsonpatienten veranschaulicht, dass die Aktivierungsmaßnahmen das Fortschreiten der Erkrankung nicht verhindern können, aber das „Gegensteuern“ notwendig ist, um mittel- oder längerfristigen in der eigenen Wohnung verbleiben zu können:

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

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

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

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

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

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

Wenn pflegebedürftige Probanden für sich feststellten, welche Ressourcen noch in ihnen stecken und dass verlorene Selbstständigkeit in Teilen wieder gewonnen werden kann, dann entwickelten sie einen bemerkenswerten Elan. Fast alle Interviewpartner erzählten, dass sie auch ohne das Aktivierungsteam

ihre Übungen machen. Eine starke Triebfeder war hier der Wunsch, in der eigenen Wohnung bleiben zu können:

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

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

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

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

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

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

„Meine Mutter legt jetzt wieder die Wäsche zusammen, sie kann auch wieder Kartoffeln schälen und sitzt dann in der Küche. Ich hab' den Eindruck, dass das

Gedächtnistraining etwas nützt. Außerdem schreibt sie – weil es mit dem Sprechen nicht mehr so klappt – E-Mails an ihre Geschwister (die Mutter kichert). Das hätte sie früher nicht gemacht. Schreiben tut sie jetzt viel und rechnen, das tut sie gerne, das macht sie jetzt wieder aus dem Gedächtnis.“ (N9:02)

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

Diese Diskrepanz zwischen schriftlicher Dokumentation und praktischem Handeln müsste aufgelöst werden. Dies könnte zum Beispiel darüber gelingen, dass die Pflege ICF-basiert⁵⁵ arbeitet. In der Behindertenrechtskonvention⁵⁶ und im 6. Bericht zur Lage älterer Menschen in der Bundesrepublik⁵⁷ wird dies längst gefordert. Dazu bedarf es aber eines geeigneten Instrumentariums. Es gibt Ansätze, die Pflegediagnosen (z.B. NANDA) und Pflegeinterventionen/-planung (z.B. IADL) mit ICF-Kategorien abgleichen⁵⁸. Die Anwendung der ICF hätte zudem den Vorteil, dass die Pflegekräfte mit Mitarbeitern medizinischer Berufe in einer einheitlichen Sprache kommunizieren könnten. Für die Vernetzung der Pflege mit dem Bereich der Medizin, insbesondere der medizinischen Rehabilitation, wäre dies wahrscheinlich förderlich.

Fazit

Nicht nur die statistische Analyse, sondern auch die Auswertung der narrativen Interviews sprechen dafür, dass der Aktivierungskomplex zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung beiträgt. Entscheidend für die Wirkung der Maßnahme ist, dass die Aktivierung am konkreten Alltagshandeln ansetzt. Trainiert wird nicht mit dem Ziel, den Arm beweglicher zu machen, sondern mit dem Ziel, der Arm soll beweglicher werden, damit der Betroffene sich wieder kämmen oder den Tisch decken oder ähnliches tun kann.

⁵⁵ Das Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) stellt die Wechselwirkung funktionaler Einschränkungen mit förderlichen und hemmenden Faktoren der Umwelt zueinander in Beziehung.

⁵⁶ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2011).

⁵⁷ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010).

⁵⁸ Vgl. Boldt, C. et al. (2010).

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

3.8 Diskussion der Ergebnisse

Der Aktivierungskomplex, der in den ambulanten Pflegediensten in Tholey und Uchtelfangen erprobt wurde, beinhaltet pflegerische, ergotherapeutische, edukative und beratende Elemente. In der Fachwelt ist unstrittig, dass die Kombination von Bewegungs- und kognitivem Training sich positiv auf den funktionellen Status des pflegebedürftigen Menschen auswirkt⁵⁹. Die vorliegende Studie bestätigt die positive Auswirkung, aber nicht im Sinne eines Funktionszugewinns, sondern im Sinne der Stabilisierung der Versorgungssituation und der deutlichen Reduktion des subjektiven Schmerzempfindens.

Damit unterscheiden sich die Modellergebnisse von Ergebnissen, die zum Beispiel mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei pflegebedürftigen Menschen erzielt werden können. Im Rahmen einer (mobilen) geriatrischen Rehabilitation⁶⁰ fallen die erzielten Funktionsverbesserungen deutlich höher aus als im Modell. Dies liegt aber daran, dass in die (mobile) Rehabilitation nur bestimmte Gruppen unter den pflegebedürftigen Menschen einbezogen werden, nämlich jene, welche die eher eng definierten Indikationskriterien für eine medizinische Rehabilitation erfüllen⁶¹. Deshalb sind die Personenkreise nicht vergleichbar.

⁵⁹ Vgl. Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (2005).

⁶⁰ Die mobile Rehabilitation ist im Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesministeriums für Gesundheit in den 90er Jahren als spezielles Rehabilitationskonzept für pflegebedürftige Menschen entwickelt und implementiert worden.

⁶¹ Vgl. zum Beispiel „Rahmenempfehlung für die mobile geriatrische Rehabilitation“ (2007).

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

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

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

Der Aktivierungskomplex beeinflusste das Verständnis der eigenen Pflegebedürftigkeit. Die Orientierung an den Funktionsdefiziten schwächte sich ab und das Zutrauen in die eigenen Möglichkeiten nahm zu. Wenn es ein gesellschaftspolitisches Ziel ist, die negative Konnotation von Pflegebedürftigkeit⁶² abzumildern, dann muss sich diese Zielsetzung in der Angebotsstruktur widerspiegeln.

Für die pflegenden Angehörigen bot der Aktivierungskomplex den Vorteil, dass ihnen über einen Zeitraum von drei Jahren ein Coaching angeboten wurde. Sie fühlten sich dadurch, dass ihnen einen Ansprechpartner zur Verfügung stand, sicherer bei der Bewältigung der Aufgaben, die ihnen die Pflege des Angehörigen abverlangte.

⁶² Vgl. Blinkert, B, Klie, T. (2004).

Ergebnisse von Studien weisen darauf hin, dass es zwar eine Vielzahl von Unterstützung- und Selbsthilfeangeboten gibt, die aber nicht zu messbaren Entlastungen führen⁶³, was unter anderem an dem „Dickicht aus individuellen Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige“⁶⁴ liegt. Das Modellvorhaben zeigt, dass sich Beratungsbedarfe in der häuslichen Pflege in der Regel aus der Situation heraus ergeben. Deshalb ist es sinnvoll, Beratung nicht nur als solitäres Angebot, sondern als integraler Bestandteil aktivierender und pflegerischer Leistungen vorzuhalten.

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

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

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie lässt sich der Aktivierungskomplex in der Regelversorgung etablieren. In die jetzige Vergütungsstruktur der ambulanten Pflege würde er sich nur als zusätzlicher Leistungskomplex integrieren lassen. Welche weiteren Möglichkeiten es im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Grundlage gäbe, wird in Kapitel 4 aus Sicht des Modellträgers zu beantworten versucht.

⁶³ Vgl. Auer, S., Donaubaue, Y., Zehetner, F., Span, E. (2007).

⁶⁴ Vgl. Abt-Zegelin, A. (2010).

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

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

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

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

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

4. Ausblick

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie in der Evaluation zur Pflegeberatung nach § 7a ersichtlich, kennen die Mehrzahl der befragten pflegebedürftigen Personen die Beratungsangebote ambulanter Pflegedienste in ihrem Wohnumfeld. Ambulante Pflegedienste werden nach Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden wie Diakonie und Caritas und von Pflegekassen am dritthäufigsten nachgefragt, wenn Beratungsbedarf besteht. Insbesondere Fallmanagementklienten nutzen die Kompetenzen ambulanter Pflegeeinrichtungen.⁶⁵

Die Autoren des Evaluationsberichtes beurteilen den Anspruch auf Beratung als

⁶⁵ Vgl. GKV (2011) S. 231 ff

„fachlich fundierte und leistungsfähige Antwort auf die Notwendigkeit der Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen“ und sehen im Fallmanagement „...einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation, zur Qualifizierung der Pflege und Teilhabe und zur Entlastung Angehöriger...“⁶⁶ (GKV, 2011).

Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothesen des vorliegenden Modellprojektes.

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

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

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

⁶⁶ ebd. S. 288

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt a. M., S. 103-115
- Antoni, G. (2000): Teamarbeit gestalten, Wiesbaden
- Apitz, R. et al (2005): Potentiale und Ansätze zur Prävention – aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Der Internist. 45 (2), S. 139-147.
- Bartholomeyczik, Sabine (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, 11. Jahrgang, Heft 3, S. 210-223.
- Blass, K. (2012): Altenpflege zwischen professioneller Kompetenzentwicklung und struktureller Deprofessionalisierung. In: Reichwald, R; Frenz, M; Hermann, S; Schipanski, A. (Hrsg.): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Wiesbaden: S. 417-438.
- Behrens, J., Langer G. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft, Bern.
- Bertelmann-Stiftung (Hrsg.) (2012): Themenreport „Pflege 2030“ was ist zu erwarten - was ist zu tun? http://www.bertelmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-05950E1F-CEF7798E/bst/xcms_bst_dms_36979_2.pdf, Abruf am 20.02.2013.
- Blinkert, B., Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Hannover.
- Boldt, C, Grill, E, Bartholomeyczik S, Brach M., Rauch A., Eriks-Hoogland I, Stucki G (2010): Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA International Taxonomy II. Journal of Advanced Nursing, 66 (8): 1885-1898.
- Bruder, J. u.a. (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie, Rügheim.
- Bundesministerium für Gesundheit (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit: Zahlenreihen zur Pflegeversicherung Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Leistungsarten. http://www.bmg.bund.de/cIn_040/nn_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten,templateId=raw,property=publicationFile.xls/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten.xls.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin.
- Clausen G, Lucke Ch (2004): Zur Effektivität und Effizienz der stationären geriatrischen Behandlung bei hochbetagten Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37, Heft 1: 37-42.
- Corbin J., Hildenbrand B (2000): Qualitative Forschung. In: Rennen-Althoff, B, Schaeffer D (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim, München, S. 159-184.
- Dangel, B.; Korporal, J. (2003): Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36. S. 50-62.
- Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) (2000): ICN-Ethikkodex für Pflegenden, Eschborn.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede, Köln.
- Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück: Eigenverlag.
- Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: Eigenverlag.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten E.V. (Hrsg.) (2011): Indikationskatalog Ergotherapie, Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

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

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

Anhang 1

Erhebungsinstrumente:

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

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

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

Kundenbezogenes Datenblatt

ID-Nr. des Kunden/der Kundin:

Beginn der Modellmaßnahme:

I. Soziodemographische Daten

1. Geburtsjahr:

2. Geschlecht:

- männlich
 weiblich

3. Familienstand:

- ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden/getrennt lebend

4. Krankenkasse:

- gesetzlich
 privat

5. Leistungen der Pflegekasse:

- Geldleistung
 Sachleistung
 Kombileistung

6. Wohnort:

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

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

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

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

II. Pflege- und Hilfebedarf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Verlauf der Modellmaßnahme

14. Ist die Maßnahme vorzeitig beendet worden?

- ja
 nein

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

....._Monat Jahr

16. Welche Gründe führten zur vorzeitigen Beendigung der Maßnahme?

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

17. Ist die Maßnahme während des Modellverlaufs unterbrochen worden?

- nein
 ja

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

von Tag Monat Jahr

bis Tag Monat Jahr

18. Was waren die Gründe für die Unterbrechung?

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

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

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

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

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

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

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

22. Anzahl der Heilmittelverordnungen während der Modellmaßnahme:

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

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

23. Anzahl der fallbezogenen Arztkontakte während der Modellmaßnahme:

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

IV. Pflegende Angehörige

24. Wer ist die Hauptpflegeperson?

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

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

- nein
- ja

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

.....

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

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

V. Gesamtbewertung durch die Pflegekraft

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

- sehr zufrieden
- zufrieden
- es geht so
- unzufrieden

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

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

Outcome – Messung

ID-Nr. des Kunden/der Kundin:

Ergebnisse der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung

I. Barthel-Index (Gesamtpunktzahl):

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

II. Timed Up & Go:

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

III. Visuelle Schmerzskala:

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

IV. DemTect

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

V. Funktionaler Selbständigkeitsindex (FIM)

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

Erläuterungen:

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

VI. Zeitumfang der Aktivierungsmaßnahmen

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

Leitfaden zum Expertengespräch mit der Projektleitung

Gliederung:

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

1. Hintergrund der konzeptionellen Entwicklung

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

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

Gab es auch wirtschaftliche Gründe ein solches Modellkonzept zu entwickeln?

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

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

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

2. Zielsetzung

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

Auf welches Defizit im Versorgungssystem reagiert der Modellansatz?

Welche wirtschaftlichen Erwartungen sind an die Modellkonzeption geknüpft?

Wie gewährleisten Sie, die Übertragbarkeit der Ergebnisse?

3. Zentrale Modellelemente

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

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

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

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

4. Implementierung

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

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

In welcher Weise sind Sie von Ihrem Träger unterstützt worden?

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

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

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

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

Welches sind die weiteren Umsetzungsschritte?

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

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

5. Leitung

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

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

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

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

Was müssen wir in Bezug auf das Modell noch lernen?

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

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

Gliederung:

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

1. Beruflicher Hintergrund

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

Was reizt Sie an dieser Arbeit?

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

2. Beteiligung an der konzeptionellen Entwicklung

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

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

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

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

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

3. Ziele

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

Empfinden Sie die Modellmaßnahme als Aufwertung Ihrer Arbeit? Inwiefern?

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

4. Umsetzung der Modellmaßnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Teamarbeit

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

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

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

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

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

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

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

Gliederung:

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

1. Lebens- und Hilfsituation

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

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

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

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

2. Die Modellmaßnahme und ihre Wirkung

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

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

3. Weitere Bedarfe

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

Anhang 2

- 1. Curriculum zur Schulung der aktivierenden Pflege für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen sowie professionelle Pflegekräfte**
- 2. Schulung Aktivierungscoach**
- 3. Schulungsmaterialien**
 - Mobilisation und Kinästhetik
 - Demenz
 - Systemische Fallbesprechung und Beratung

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| I. | Curriculum zur Schulung der aktivierenden Pflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen und professionelle Pflegekräfte | 143 |
| 1. | Ausgangslage | 143 |
| 2. | Ziele | 143 |
| 3. | Didaktische Überlegungen/ Didaktisches Modell | 144 |
| 4. | Schulungseinheiten | 148 |
| 4.1 | Schulungseinheit (SE) Aktivierende Pflege | 148 |
| 4.2 | Schulungseinheit: Pflege zuhause | 149 |
| 4.3 | Schulungseinheit: Informationen rund um den Immobilität..... | 149 |
| 4.3.1 | Schulungseinheit: Anleitung in Kinästhetik | 149 |
| 4.3.2 | Schulungseinheit: Grundsätze von Bobath zur Gestaltung des häuslichen Umfeldes | 153 |
| 4.4 | Schulungseinheit: Anleitung im Gebrauch von Pflegehilfsmitteln..... | 154 |
| 4.5 | Schulungseinheit: Dementielle Erkrankung | 154 |
| 4.6 | Begleitende Einheiten Fallbesprechung | 155 |
| II | Schulung Aktivierungscoaches | 157 |
| | Literatur | 159 |
| | Schulungsmaterialien | 160 |

I. Curriculum zur Schulung der aktivierenden Pflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen und professionelle Pflegekräfte

1. Ausgangslage

In der Projektkohorte befinden sich pflegebedürftige Menschen mit unterschiedlichen Lebensbedingungen. Auffallend sind die weit gestreute Altersverteilung (50-85Jahre), die unterschiedlichen sozialen Milieus (Arbeiter, Angestellte) und stark divergierende Lebensbedingungen bzgl. Familienstatus, Eingebundenheit in das soziale Umfeld (Freunde) ebenso wie der Grad sozialer Teilhabe.

Die Unterschiedlichkeit, die im Projekt exemplarisch für das weite Spektrum häuslicher Pflegearrangements steht, erfordert in der Planung der Schulungs- und Anleitungssituation ein hohes Maß an Flexibilität, um der Individualität der jeweiligen Information-, Anleite- und Beratungsbedarfe Rechnung zu tragen.

2. Ziele

- Patienten und Angehörige sind motiviert, in der häuslichen Versorgung die aktivierende Pflegeintervention der Fachpflegekräfte zu unterstützen.
- Angehörige und Patienten fördern im Rahmen ihrer psychischen und physischen Fähigkeiten und Fertigkeiten den Aktivierungsprozess, in dem sie erlernte Handlungen durch eigenständiges Üben vertiefen.
- Angehörige und Patienten fühlen sich unterstützt und entlastet durch die Aktivierungsmaßnahmen.

3. Didaktische Überlegungen/ Didaktisches Modell

In den didaktischen Vorüberlegungen zur Umsetzung der Konzeption sind folgende Aspekte eingeflossen:

- Patienten, ebenso wie Angehörige sind zur Mithilfe motiviert, wenn ihnen die Sinnhaftigkeit von aktivierender Pflege bewusst gemacht worden ist
- Patienten wie Angehörige haben Informationsbedarf bzgl. des Krankheitsbildes, den Prinzipien aktivierender Pflege, den Möglichkeiten, mit Pflegehilfsmitteln die Erlangung bzw. den Erhalt von Alltagskompetenz zu fördern
- Patienten und Angehörige benötigen über die Informationsweitergabe hinausgehend konkrete Anleitung und Übungsmöglichkeiten in der Anwendung bestimmter Pflorgetechniken
- Patienten wie Angehörige benötigen eine Atmosphäre des Vertrauens, um ihre Diskrepanzerfahrungen (wie fehlende Information, Unsicherheit in der Anwendung von Pflorgetechniken, emotionale Erschöpfung etc.) mitteilen zu können

Ausgehend von diesen Vorannahmen war es nahe liegend, auf ein Konzept der Erwachsenenpädagogik zurück zu greifen, welches an den Erfahrungshorizont von erwachsenen Menschen anschließt und im umfassenden Sinne die physischen, psychischen und sozialen Ressourcen im Lehr- und Lerngeschehen berücksichtigt sowie die Alltagsrelevanz der Lernerfahrungen in den Mittelpunkt stellt. Dieses Modell wurde speziell für die Erwachsenenbildung im Rahmen berufsbegleitender Lernprozesse durch Prof. Hülshoff (Weiterbildender Studiengang Betriebspädagogik der Universität Koblenz-Landau) entwickelt. ¹

¹ Hülshoff, T. (2000), S. 37-38.

Der didaktische Dreischritt stellt sich wie folgt dar:

ART- Modell

A = Ausgangslage rekonstruieren

R= Reflexion der Erfahrung anhand theoretischer Inputs

T = Theorie-Transfer

Der Dreischritt ist zirkulär zu denken, so dass der Transferschritt aus der Theorie ins praktische Tun als eine Veränderung der Ausgangslage für die nächste Lerneinheit zu verstehen ist.

Die zweite didaktische Überlegung nach der Entscheidung für das ART-Modell fokussiert die Ergebnisebene der Lernprozesse. Im häuslichen Pflegearrangement erfahren Patienten und Angehörige nur temporär Unterstützung durch professionelle Dienste bzw. bei Geldleistungsempfängern reduziert sich der Kontakt auf ein Beratungsgespräch. Das Ziel der Lernprozesse muss daher auf den Erwerb von Handlungskompetenz ausgerichtet sein, die im umfassenden Sinne sowohl die personale, soziale, methodische und fachliche Dimensionen des Handelns berücksichtigt.

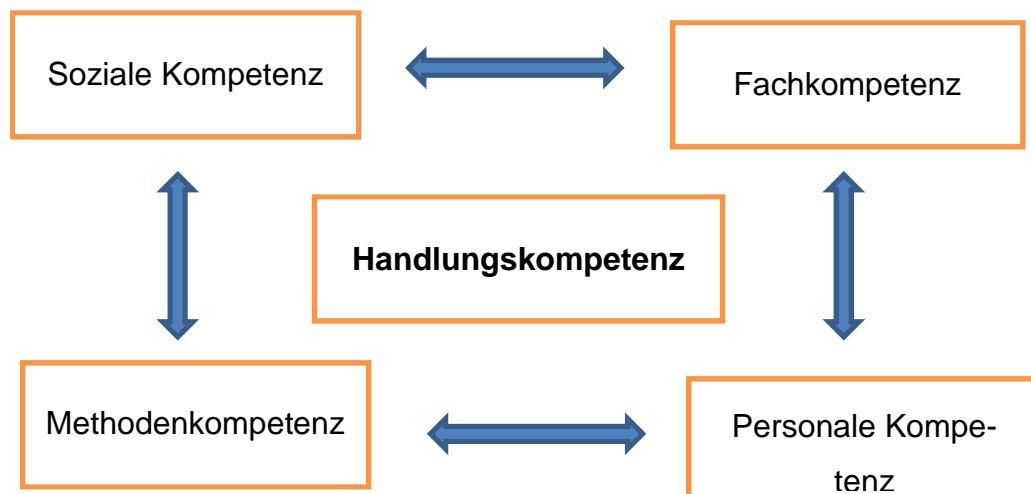


Abbildung 5: Kompetenzmodell

Um diese Kompetenzbereiche zu fördern und eine Kopplung zu den professionellen Pflegekräften zu gewährleisten, haben sich die Projektmitarbeiter am Handlungskompetenzmodell orientiert, wie es in den Ausbildungsgesetzen zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege als Ausbildungsziel gefordert ist.

Eine dritte didaktische Überlegung zentriert sich auf das Handlungsfeld Pflege, in dem die Lehr- und Lernprozesse stattfinden und orientiert sich an den fachdidaktischen Überlegungen von Renate Schwarz-Govaers aus dem Jahr 2001 (Fach-Didaktik- Modell- Pflege).²

Es handelt sich um ein Didaktisches Modell, welches drei Ebenen pflegerischen Handelns aufgreift und in die entsprechenden Lernformen integriert. Das Modell hat den Anspruch, die Komplexität der Pflegehandlung abzubilden. Wissenschaftstheoretisch basiert es auf der konnotativen Wissenschaftstheorie des Konstruktivismus, in dem die Multiperspektivität von Patienten, Angehörigen, Pflegenden, sowie die Sicht der anderen therapeutischen Berufe als gleichwertig angesehen werden. Ihr Fachdidaktik Modell Pflege fokussiert die nachfolgend dargelegten drei Ebenen pflegerischen Handelns: Haltung, Planung und Handlung.

Haltung

Die Haltung als Grundlage von Handlung wird beispielsweise geprägt durch

- die Biografie der Beteiligten,
- vorherrschende Bilder von pflegeethischen Standards,
- den gesellschaftlichen Diskurs,
- lebensweltliche Wertekontexte und
- mentale Modelle zu pflegerischem Handeln

² Vgl Schwarz-Govaers R., 2001

Planung

Sie bezieht sich auf die Rahmenbedingungen wie finanzielle Gegebenheiten, beabsichtigte Qualität der Pflege (z.B. versorgend, aktivierend) sowie Organisationsbedingungen, unter denen die häusliche Pflege arrangiert wird.

Handlung

Pflegerische Handlungen können sich in nachfolgenden Formen manifestieren: Unterstützen, Begleiten, Assistieren, Beraten, Fördern.

Die Schulungsplanung

Die Planung der Schulungseinheiten ist sowohl an den Inhalten als auch an den Methoden der Stoffvermittlung ausgerichtet, wobei die Schwerpunkte auf Anschaulichkeit und Selbsttätigkeit ausgerichtet sind.

Für die handlungsorientierten Schulungseinheiten werden folgende Punkte als Gliederung vorgegeben

- Thema und Aufgabenstellung
- Schwerpunkte
- Bedarfe der Teilnehmer
- Voraussetzungen
- Fachliches und methodisches Wissen
- Wissensbereiche der Teilnehmer
- Organisatorische/räumliche/mediale Voraussetzungen
- Didaktisch - Methodische Strukturierung
- Fachliche Ziele
- Soziale Ziele
- Psycho-emotionale Ziele
- Angestrebte Ergebnisse
- Transfer

Methodischer Ablauf

- Gliederung und Strukturierung der Lerneinheit
- Ergebnissicherung

4. Schulungseinheiten

4.1 Schulungseinheit (SE) Aktivierende Pflege

In dieser Einheit geht es darum, die Bedingungen des Versorgungssystems zu erfassen und als Basis für weitere gezielte Schulungen und Beratungen zu nutzen. Hier können biografische Aspekte, soziale Bedingungen, Einstellungen sowie wechselseitige Erwartungshaltungen geäußert werden, die das häusliche Pflegearrangement fördern bzw. blockieren können.

Mögliche Fragen, die bearbeitet werden können, lauten:

- Was bedeutet die neue Situation für alle Betroffenen?
- Was hat/wird sich verändern durch die häusliche Pflege?
- Was sind die Vorstellungen der Beteiligten, wenn sie an Pflege denken?
- Wie motiviere ich mich selbst?
- Was ist die tragende Idee, die für das Pflegearrangement förderlich ist?

In der Analyse der im Projekt „Daheim Aktiv“ bearbeiteten Fälle kam als eine zentrale Aussage der Patienten wie auch der Angehörigen „man darf sich nicht aufgeben“. Daher ist es in der ersten Schulungseinheit wichtig, die Motivation mit den Betroffenen heraus zu arbeiten. Darüber hinausgehende Überlegungen richten sich auf Motivationen, die auch in Krisensituationen durchgehalten werden können.

4.2 Schulungseinheit: Pflege zuhause

Was ist das Spezifische an häuslicher Pflege (persönliche Bereitschaften, bauliche Voraussetzungen, Finanzierung, professionelle und ehrenamtliche Hilfssysteme etc.)?

So lautet die übergeordnete Frage, die in dieser Lerneinheit beantwortet werden soll.

Hier steht die individuelle Beratung der Patienten und Angehörigen im Vordergrund. In einem Überblick werden Informationen gegeben zu Unterstützungssystemen und Fördermöglichkeiten.

4.3 Schulungseinheit: Informationen rund um den Immobilität

Mobilitätseinschränkungen sind komplexe Krankheitsgeschehen, die für Betroffene wie für Angehörige nicht nur die Auseinandersetzung mit der Erkrankung beinhalten, sondern in der Regel auch temporäre bis dauerhafte Unterstützungsbedarfe in Form von Pflege und Betreuung nach sich ziehen

4.3.1 Schulungseinheit: Anleitung in Kinästhetik

- Grundlagen der Bewegung
- Grundsatz Bewegen statt Heben
- Erläuterung:

Die Art der Mobilisation ist grundsätzlich abhängig vom Krankheitsbild und von den individuellen Umständen der erkrankten Person. Zur Erleichterung der Mobilisation bei bereits eingeschränkter Beweglichkeit stehen verschiedene Hilfsmittel und Konzepte zur Verfügung. Eines davon ist die Kinästhetik, die auch als „kommunikatives Bewegungslernen“ bezeichnet werden kann.

Grundregel der Mobilisation:

Liege nicht, wenn du sitzen kannst. Sitze nicht wenn du stehen kannst. Und stehe nicht, wenn du gehen kannst!!

Begriffsklärung Kinästhetik

Die Kinästhetik, auch als Lehre von der Bewegungsempfindung (Kinesis = Bewegung, aesthetics = Empfinden) bezeichnet, ist ein Konzept, welches den Pflegenden befähigt, die erkrankte Person zur gezielten Bewegung und besseren Organisation des eigenen Körpers anzuleiten. Somit werden die Ressourcen der erkrankten Person genutzt und gleichzeitig die Kräfte der pflegenden Person schonend und gezielt eingesetzt. Mit dem Konzept der Kinästhetik werden folgende Ziele angestrebt:

- Bewegungen werden gemeinsam durchgeführt
- Ressourcen werden erkannt und eingesetzt
- Bewegen und Aktivieren der erkrankten Person werden angst- und stressfrei gestaltet
- Bewegungsabläufe werden für die erkrankte Person und den Pflegenden so physiologisch und kräfteschonend wie möglich gestaltet
- Die Gesundheit der erkrankten Person wird gefördert in Richtung selbstbestimmtes Leben
- Wiedererlernen von ökonomischem Bewegungsverhalten
- Förderung sensomotorischer Kompetenzen (= Zusammenspiel sensorischer - die Sinne betreffend - und motorischer Leistungen)

Das Prinzip der Kinästhetik ist nicht als starre Technik zu sehen, sondern als Interaktion zwischen der Pflegeperson und dem Erkrankten. Die pflegende Person kann nur so handeln, wie es der zu Pflegende zulässt und mitmachen möchte. Demnach passt sich der Pflegende den Bewegungen der erkrankten Person an und nicht umgekehrt.

I. Interaktion

Die Interaktion bezeichnet die Wechselwirkung zwischen der erkrankten und der pflegenden Person und bezieht sich auf die Sinne, die Bewegungselemente und die Interaktionsformen.

Die Sinne im kinästhetischen System dienen dazu, Bewegungsprozesse einzuleiten, die über Informationen aus der Umgebung zur selbstständigen Bewegung führen können. Zur besseren Veranschaulichung werden folgende Beispiele beschrieben:

- Ausrichtung des Kopfes zu einer Geräuschquelle, um besser hören zu können
- Unbewusster tieferer Atemzug zur Aufnahme von Aromastoffen
- Zungenbewegung zum Schmecken
- Vorgabe der Bewegungsrichtung durch gezielte Berührung der Haut (Bewegungsanbahnung)
- Die Bewegungselemente werden in Zeit, Raum und Anstrengung unterteilt und beeinflussen sich gegenseitig. Das heißt beispielsweise, dass Momente des Abwartens vermehrte Anstrengung ersparen können.
- Die Interaktionsformen hängen von dem zu Pflegenden ab. So sollte es möglich sein, dass die eigenen Fähigkeiten genutzt werden können, um gemeinsame Wege zu finden, die Bewegung zu gestalten.

II. Funktionelle Anatomie

Der Körper wird innerhalb der Kinästhetik in feste, stabile und knöcherne Massen wie Kopf, Brustkorb, Becken, Arme und Beine eingeteilt, durch die Bewegung geführt werden soll.

Die Zwischenräume wie Hals, Taille, Schultergelenke und Hüftgelenke werden als weiche und muskuläre Strukturen angesehen, über die sich die Bewegung fortsetzen soll.

Um die Bewegung zu fördern, ist der Kontakt mit den Massen zu bevorzugen, da durch Kontakt mit den Zwischenräumen die eigenständige Bewegung des zu Pflegenden gehemmt wird.

Als einfache Faustregel gilt:

Massen fassen, Zwischenräume spielen lassen!

III. Menschliche Bewegung

Alle Bewegungsabläufe setzen sich aus einer Kombination von Halten und Fortbewegen zusammen. Bei dem Bewegungsablauf des Gehens beschreibt die Grundfunktion „Halten“ die Beziehung der Körperteile zueinander und die Grundfunktion „Fortbewegen“ die Beziehung des Körpers im Raum und in der Schwerkraft. Die Fähigkeit zum Halten bestimmt demnach auch die Fähigkeit zur zielgerichteten Fortbewegung.

Des Weiteren wird unterschieden in Parallelbewegungen, die nur über eine Bewegungsachse definiert sind (z.B. Beuge- und Streckbewegungen) und in Spiralbewegungen, die sich über Drehbewegungen um zwei Bewegungsachsen erstrecken (z.B. Drehen und Beugen; Drehen und Strecken).

Im Allgemeinen werden von gesunden wie von kranken Menschen Parallelbewegungen als anstrengender empfunden, demnach sind Spiralbewegungen zu bevorzugen. Auch in diesem Fall gilt es, die individuellen Bewegungsmuster der zu pflegenden Person herauszufinden und damit zu arbeiten.

IV. Anstrengung

Die zu unterscheidenden Anstrengungsformen werden als Zug und Druck bezeichnet. Bei diesem Aspekt geht es darum, ein fortlaufendes Spannungssystem aufzubauen und gleichzeitig die Ressourcen des Erkrankten zu nutzen. Häufig baut der Pflegende an einem Körperteil des Erkrankten Druck auf und vermittelt gleichzeitig eine Bewegungsinformation über Zug an einem anderen Körperteil.

Beispielsweise wird beim Aufstehen des Pflegebedürftigen aus dem Sitzen Zug am Brustkorb erzeugt und Druck auf das gebeugte Knie ausgeübt, um die Aufrechtbewegung zu unterstützen.

V. Umgebung

Die Gestaltung der Umgebung hat zum Ziel, der zu pflegenden Person Wohlbefinden zu verschaffen und ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Umgebungsfaktoren können sozialer, materieller oder motorisch-sensorischer Art sein. In diesem Zusammenhang sind vielfältige Anpassungen denkbar, beginnend mit der Zimmergestaltung, über den Gebrauch von Hilfsmitteln zur Fortbewegung oder zur Nahrungsaufnahme. Das Ausmaß der Veränderung richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des zu Pflegenden.³

4.3.2 Schulungseinheit: Grundsätze von Bobath zur Gestaltung des häuslichen Umfeldes

Neben der Schulung des Handlings und der motorischen Fähigkeiten hat sich in den vergangenen Jahren für den Bereich der Wahrnehmungsveränderung das Konzept von Berta Bobath durchgesetzt und ist Gegenstand bei der Vermittlung von Pflege Techniken, die darauf abzielen, die Wahrnehmungsfähigkeit der pflegebedürftigen Personen zu fördern.⁴

Das Bobathkonzept zielt auf verschiedene Interventionsebenen:

- Regulation des Muskeltonus
- Wiedererlernen von komplexen Bewegungsabläufen
- Wahrnehmung des eigenen Körpers

Zur Erlangung der Alltagskompetenz wird die Gestaltung von Alltagssituationen als Ausgangspunkt genommen, um Lehr- und Lernprozesse mit den Patienten zu gestalten. Ausgehend von Lagerung oder dem spezifischen Einsatz von Pflegehilfsmitteln lernt der Patient, seine immobilen Körperanteile bzw. seinen ganzen Körper wieder in die Aktivitäten zu integrieren. Damit werden neben den spezifischen Trainings für einzelne Körperpartien auch wieder Bewegungsmuster des Alltags eingeübt.

³ Vgl. Citron, I., 2004; Menche, N. et al., 2011; Kellnhauser, E.; Schewior-Popp, 2004; Kirschnick, O, 2006

⁴ Vgl. Bobath, B., 1985; Urbas, L. 1996;

Insbesondere sind diese Pfleginterventionen bei der Körperpflege, dem Transfer aus dem Bett in oder bei der Nahrungsaufnahme indiziert. Da es sich beim Bobathkonzept um ein umfassendes Konzept handelt, müssen alle an der Pflege beteiligten Personen über die Prinzipien des Konzeptes informiert sein.

4.4 Schulungseinheit: Anleitung im Gebrauch von Pflegehilfsmitteln

In der jüngeren Vergangenheit sind zahlreiche Pflegehilfsmittel entwickelt worden, die darauf abzielen, die Eigenständigkeit von Patienten mit Bewegungseinschränkung zu fördern. Diese Hilfsmittel werden von den Aktivierungscoaches vorgestellt und die Einsatzmöglichkeiten gezeigt.

4.5 Schulungseinheit: Dementielle Erkrankung

Diese Schulungseinheit wurde aufgrund der Vielzahl von Patienten mit Einschränkung der kognitiven Leistungen aufgenommen.

Nach einer kurzen Einführung in die Ätiologie dementieller Erkrankungen werden die Schwerpunkte auf die Betreuung und Kommunikation mit dementiell erkrankten Menschen gelegt.

Kommunikation

Aufgrund der Probleme mit der Sprache und dem Sprachverständnis, die Erkrankte zunehmend im Laufe ihrer Demenzerkrankung entwickeln, ist es wichtig, dem kranken Menschen Zeit zu lassen, seine Worte zu finden, selbst in einfachen Worten und kurzen Sätzen zu sprechen und mit fortschreitender Demenz überwiegend Fragen zu stellen, die sich mit Ja oder Nein beantworten lassen, da der Demenzkranke ansonsten schnell überfordert ist.

Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz sollten Fragen, die mit wo, was, wann, wer beginnen, vermieden werden, da die Antworten nicht mehr in der gewohnten komplexen Form wiedergegeben werden können. Um sicher zu gehen, dass der Erkrankte richtig verstanden wurde und Missverständnisse vermieden werden, kann die Pflegeperson den gesprochenen Inhalt in eigenen

Worten wiederholen. Zudem ist es immer hilfreich das gesprochene Wort mit Körpersprache (Mimik, Gestik) zu unterstützen, vor allem wenn der kranke Mensch inhaltlich dem Gespräch nicht mehr folgen kann. Sollte das Sprachverständnis weiter nachlassen, so fällt es dem Erkrankten meist leichter, sich im freien Erzählen über eigene, meist lebensgeschichtliche Themen zu äußern, was durch einfache Fragen oder das gemeinsame Anschauen von Fotos aus der Vergangenheit ausgelöst werden kann. Absolut zu vermeiden sind Äußerungen, die den Erkrankten auf seine Defizite reduzieren. Hierzu gehören Trainingsfragen aller Art, ständige Verbesserungen bei falsch benutzten Worten oder bei Fehlern in der Grammatik oder auch bei fehlender Orientierung.

Die Schulungseinheit orientiert sich am Konzept der integrativen Validation nach Nicole Richards.

4.6 Begleitende Einheiten Fallbesprechung

Die Schulungseinheit Fallbesprechung richtet sich an die professionelle Pflege. Durch die Besprechung eines komplexen Falles im Team können gemeinsam Lösungsschritte entwickelt und der Erfahrungshorizont erweitert werden.

Für Fallbesprechungen liegt ein ausgearbeitetes Konzept vor, dass sich auf der methodischen Ebene am Konzept Balintarbeit orientiert und auf einen strukturierten Ansatz aufbaut. Dies wurde im letzten Jahr der Laufzeit des Projektes umgesetzt.

Ablauf

In der ersten Phase stellt der Fallbringer den Fall ausführlich vor. Die an der Fallberatung beteiligten Personen hören aufmerksam zu.

Danach besteht die Möglichkeit, dass die in die Fallberatung integrierten Personen inhaltlich nachfragen.

In der ersten Beratungssequenz gilt es die Multiperspektivität des Falles auf zu zeigen. Dazu werden die an der Beratung beteiligten Personen angeregt, sich

mit den unterschiedlich Fallpersonen /-institutionen zu identifizieren, um deren Handlungsmuster zu rekonstruieren.

In einer zweiten Beratungssequenz werden durch die Beteiligten Hypothesen formuliert unter der Fragestellung „Was ist der Fall am Fall?“

In einer dritten Sequenz werden Lösungsmöglichkeiten entwickelt, wobei es keine Denkbeschränkung gibt.

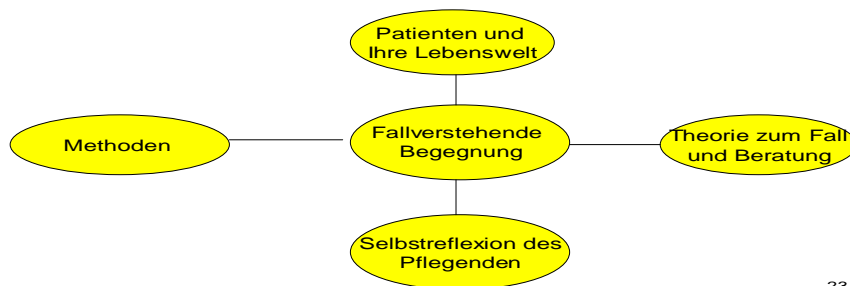
In einer vierten Sequenz werden die Lösungsmöglichkeiten priorisiert und Handlungsschritte entwickelt.

Der Fallbringer wird am Ende einer jeden Beratungssequenz um eine Einschätzung und Darstellung seiner Sicht gebeten, während der Beratungssequenzen ist er in einer teilnehmenden Beobachtung.

Die Fallberatung erfordert einen Zeitaufwand von 60-90 Min. je nach Komplexität des Falls bzw. der beteiligten Personen.

Die Beratung ist auf eine fallverstehende Begegnung ausgerichtet und beinhaltet die Dimension wie sie Zwicker-Pelzer 2010 beschrieben haben

Welche Fertigkeiten sind erforderlich?



23

Abbildung 6: Fertigkeiten nach Zwicker-Pelzer, 2010

II Schulung Aktivierungscoaches

Im Folgenden sind die Schwerpunkte des Trainings für Aktivierungscoaches dargestellt.

Ausgehend von der Grundqualifikation ‚Pflegefachkraft‘ sind Überlegungen anzustellen, wie das Qualifikationsprofil für Aktivierungscoaches beschrieben werden kann.

Aus den Erfahrungen des Projektes lässt sich festhalten, dass sich aufbauend auf die Grundqualifikation der dreijährigen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege spezifische Kompetenzen im Bereich Kommunikation wie Beratung, Konfliktmanagement und validierende Kommunikation erworben werden müssen. Im methodischen Kompetenzbereich sind spezifische Pflegekonzepte zur Betreuung und Aktivierung bestimmter Patientengruppen gefordert. Darüber hinaus sind im Bereich der Wahrnehmung und Beobachtung theoretische Kenntnisse notwendig, um häusliche Pflegesituationen und familiäre Beziehungskonstellationen in ihrer Komplexität zu erfassen.

Im fachlichen Bereich sind Kompetenzen gefordert um Patienten, Angehörige und Pflegefachkräfte adäquat informieren, anleiten, beraten und schulen zu können bzgl. Pflegehilfsmittel, aktivierender Pflegekonzepte, Gesundheitsförderung, Prävention zur Förderung und Erhalt von Alltagskompetenz.

Im Bereich persönlicher Kompetenzen ist ein zentrales Anliegen auf die Förderung von Ambiguitätstoleranz und Konfliktfähigkeit ausgerichtet. Oft erleben gerade im Aktivierungskontext Pflegenden die Grenzen des finanziell Machbaren, die Begrenzung professioneller Ansprüche. Das Optimum in den gegebenen Rahmenbedingungen mit Angehörigen und Patienten auszuhandeln erfordert hohe Sensibilität und die Fähigkeit, sich auf die Situation des Gegenübers einzulassen.

Um eine Qualifizierung zur Erlangung der beschriebenen Kompetenzen in einen curricularen Zusammenhang zu bringen, ergibt sich die Schwierigkeit, dass trotz gleichartiger Abschlüsse in den Ausbildungsberufen unterschiedliche Kompetenzprofile vorzufinden sind. Insbesondere ist darauf hin zu weisen, dass die organisationalen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der ambulanten Dienste ein wesentliches Kriterium für die Entwicklung der klinischen Expertise

darstellen. Zwar gelten Fallbesprechung, Beratung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Forderung nach vernetztem Denken ebenso wie edukative Elemente in Anleitung usw. als berufliche Standards in der ambulanten Pflege, wie diese jedoch ausgestaltet werden, ist in höchstem Maße verschieden.

Die Projektbeteiligten schlagen eine 100- bis 120stündige Qualifikation zu den zentralen Bereichen Beratung, Edukation, Kommunikation, Aktivierende Pflege, Mobilität, Demenz, Fallbesprechungen, soziale Teilhabe und zum Einsatz von Pflegehilfsmitteln vor.

Die didaktischen Prinzipien entsprechen den im Curriculum für pflegende Angehörige genannten.

Nachfolgend sind exemplarisch für den Bereich Bewegung/Kinästhetik, Umgang mit dementieller Erkrankung und Beratung und Fallbesprechung Unterrichtsmaterialien aufgeführt.

Literatur

- Bobath B. (1985) Die Hemiplegie Erwachsener, Befundaufnahme, Beurteilung und Behandlung, Stuttgart
- Citron, I. (2004): Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen, 2. überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Kellnhauser, E. und Schewior-Popp, S. (Hrsg.) (2004): Thiemes Pflege, 10. völlig neu bearbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Kirschnick, O. (2006): Pflorgetechniken, 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Menche, N. et al..(2011): Pflege Heute, 5., vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.
- Schwarz-Govaers, Renate (2001): Das Fachdidaktik Modell Pflege. Bern.
- Urbas, L. (1996) Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath Konzept. 2. Auflage , Stuttgart
- Zwicker-Pelzer R. (2010): Beratung in der sozialen Arbeit, Bad Heilbrunn.

Schulungsmaterialien

- Mobilisation und Kinästhetik
- Demenz
- Systemische Fallbesprechung und Beratung