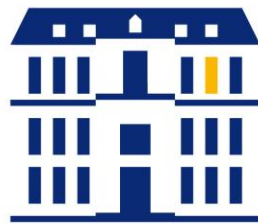


# Abschlussbericht

Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung  
gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI

Modellprojekt "Integration präventiver und aktivierender Aspekte in  
die stationäre Altenhilfe"

Modelllaufzeit 01.06.2006-31.05.2009



Stiftung **HOSPITAL** St.Wendel  
Kinder-, Jugend- und Altenhilfe

## **Inhaltsangabe**

1. Ausgangslage
2. Startphase
3. Hauptphase I
4. Hauptphase II
5. Letzte Projektphase
6. Ergebnisse und Erfahrungen aus Sicht der Stiftung Hospital
  - 6.1 Einzel- und Gruppenangebote
  - 6.2 Interne Kommunikationsstruktur
    - 6.2.1 Regelmäßige Teambesprechung
    - 6.2.2 Kleine Morgenrunde
    - 6.2.3 Therapeutenteam
    - 6.2.4 Supervision
  - 6.3 Teamentwicklung/Abgrenzung der Arbeitsfelder
    - 6.3.1 Abgrenzung zwischen Therapie und Pflege
    - 6.3.2 Abgrenzung der Aufgaben der therapeutischen Mitarbeiter
      - 6.3.2.1 Ergotherapie
      - 6.3.2.2 Physiotherapie
      - 6.3.2.3 Logopädie
  - 6.4 Einbindung der Hausärzte
  - 6.5 Resident Assessment Instrument (RAI)
  - 6.6 Ergebnismessung
  - 6.7 Integration präventiver und aktivierender Aspekte
7. Zusammenfassung

## **Anlagen**

- Protokoll Qualitätszirkel Heimbetreuung vom 04.02.2009
- Erweiterter Barthel Index – St. Wendeler Manual

---

von  
Ulrich Weißnauer (Projektleitung)

---

## 1. Ausgangslage

Das Modellprojekt begann am 01.06.2006 und endete am 31.05.2009. In diesem Zeitraum wurde in zwei Wohnbereichen der stationären Langzeitpflege der Stiftung Hospital St. Wendel<sup>1</sup> ein eigens zusammengestelltes Projektteam eingesetzt, welches präventiv und aktivierend tätig war. Dabei wurde das Ziel verfolgt, die Pflegebedürftigkeit der Bewohner zu mindern, zu kompensieren oder eine Verschlimmerung zu verhindern bzw. zu verlangsamen und die Pflegelastigkeit durch Etablierung einer verstärkten therapeutischen Sichtweise zu verringern.

Im Laufe der drei Projektjahre wurde die Projektidee schrittweise umgesetzt. Das multiprofessionelle Team mit den Fachrichtungen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege konnte sich etablieren und in den Arbeitsalltag integrieren.

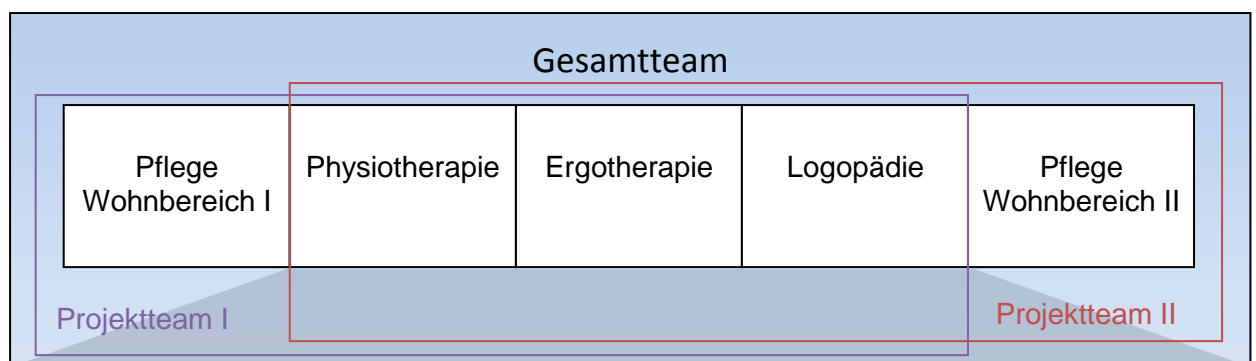


Abb. 1: Übersicht Teamstruktur

## 2. Startphase

Der offizielle Projektstart erfolgte am 01.06.2006. Bereits vor Projektbeginn wurden MitarbeiterInnen der beiden am Projekt beteiligten Wohnbereiche zum Thema

---

<sup>1</sup> Die Stiftung Hospital St. Wendel ist eine Stiftung des privaten Rechts, mit den Bereichen Kinder-, Jugend- und Altenhilfe. Die Stiftung besteht seit 1455 und ist heute ein modernes Dienstleistungszentrum, mit drei Altenhilfezentren. Weitere Informationen unter [www.stiftung-hospital.de](http://www.stiftung-hospital.de)

Resident Assessment Instrument (RAI) fortgebildet.<sup>2</sup> Bei den insgesamt 4 Fortbildungstagen standen Inhalt und Anwendung des RAI und die mögliche Integration der Ergebnisse im Vordergrund, außerdem wurde die praktische Umsetzung anhand von Fallbeispielen trainiert.

Aufgrund der sehr kurzen Zeitspanne zwischen dem Abschluss des Projektvertrages und dem Projektstart, sowie dem zugrunde gelegten Anforderungsprofil, konnten die therapeutischen Mitarbeiter des Projektteams erst später beginnen. Durch eine zusätzliche Umsetzung verzögerte sich die Komplettierung des Projektteams bis Ende Oktober 2006.

In einer Start-Up-Veranstaltung am 06.07.2006 wurden das Modellprojekt und deren Mitarbeiter hausintern bekannt gemacht und die geplanten Aktivitäten vorgestellt.

Die erste Modellphase war geprägt durch eine starke Konzentration auf das Resident Assessment Instrument (RAI) und den Problemen bei dessen Einführung.

Ein weiterer Schwerpunkt lag in der strukturellen Umsetzung des Projektdesigns. So wurden 14-tägige Teamzeiten mit Fallbesprechungen initiiert und die Abläufe im Zusammenspiel von Pflege und Therapie thematisiert und geplant.

Desweiteren wurden Absprachen zur gemeinsamen Dokumentation (in der standardisierten Pflegedokumentation) getroffen, so dass auch die Therapeuten ihre Aktivitäten eintragen konnten.

Die Arbeitszeiten der therapeutischen Mitarbeiter wurden denen der Pflege angeglichen, um sicherzustellen, dass Bewohner z.B. im Rahmen ihrer täglichen Körperpflege Aktivierung und spezielle Förderung auch durch die Therapeuten erhalten können.

### **3. Hauptphase I**

Nachdem durch die Anpassung von Abläufen und Strukturen in den Wohnbereichen die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen waren, wurde an der Feinausrichtung des Modells gearbeitet. Die positive Wirkung des Projektes auf die

---

<sup>2</sup> Fortbildungsträger war das Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V. Spessartstraße 12, 14195 Berlin; Vjenka Garms-Homolová

Bewohner war in der täglichen Arbeit schon früh spürbar. Die Kombination aus Gruppen- und Einzelangeboten bewährte sich.

Deutlich wurde im Laufe des Projekts, dass trotz Nachschulung der Mitarbeiter zum Thema Resident Assessment Instrument (RAI) weiterhin große Schwierigkeiten mit dem RAI bestanden. Die Grundidee, Fallbesprechungen (auch mit den Hausärzten) auf Basis der RAI-Outcomes zu führen, bzw. Wirkungen der Modellarbeit zu belegen, konnte nicht wie erwünscht realisiert werden.

Auch die hohe Sterberate in den Projektwohnbereichen erschwerte die Umsetzung erheblich: Die Anzahl der RAI-Assessments war deutlich höher als erwartet, ebenso der Aufwand der therapeutischen Befundung.

Die anfänglichen Probleme in der Teamentwicklung wurden durch die regelmäßige Supervision bearbeitet.

#### **4. Hauptphase II**

Nachdem die Messung und Abbildung der bewohnerbezogenen Projektergebnisse über das Resident Assessment Instrument (RAI) nicht wie geplant realisiert werden konnte, wurde in dieser Phase mit der wissenschaftlichen Begleitforschung nach Lösungen gesucht. Die teilweise sehr kleinschrittigen Veränderungen bei den Bewohnern, die Schwankungen in der Entwicklung und das Auf und Ab ihrer Verfassung, konnte mit RAI nicht abgebildet werden. Diese kleinen Veränderungen sind aber von elementarer Bedeutung für Selbständigkeit, Mobilität, Teilhabe und das persönliche Wohlbefinden der Bewohner. Aus diesem Grund wurden nun weitere Instrumente, die im ursprünglichen Projektdesign nicht vorgesehen waren, eingeführt.

Positiv entwickelten sich das Projektteam und die Arbeitsatmosphäre zwischen den Beteiligten, so dass die Supervision mit dem Schwerpunkt Teamentwicklung 2008 abgeschlossen werden konnte.

Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten verlief sehr unterschiedlich und war sehr von der persönlichen Einstellung des jeweiligen Hausarztes abhängig. Ziel des Projektes war es aber, die Hausärzte für gemeinsame Fallbesprechungen zu gewinnen.

Gemeinsam mit dem Saarländischen Hausärzterverband wurde die Umsetzung eines gemeinsamen Qualitätszirkels „Heimbetreuung“ geplant, mit der Idee, die Ärzte für eine strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen einer gemeinsamen Visite zu gewinnen.

## **5. Letzte Projektphase**

Auch in der letzten Projektphase war das Thema Ergebnismessung von besonderer Bedeutung. Da die eingesetzten Instrumente, vor allem wegen Ihrer Komplexität und den damit verbundenen größeren Abstände der Messungen nur begrenzt nutzbar waren, wurde von Projektteam und Projektleitung die Idee geboren, den erweiterten Barthel-Index<sup>3</sup> auf die notwendigen Rahmenbedingungen anzupassen, um eine Ergebnismessung - mit begrenztem Aufwand - in kurzen Abständen zu ermöglichen. Der Qualitätszirkel „Heimbetreuung“ wurde gegründet und ein Vorschlag zur Umsetzung der Zusammenarbeit entwickelt, der es den Hausärzten erleichtern sollte, an den gemeinsamen Visiten teilzunehmen.

Außerdem wurden Möglichkeiten und Wege gesucht, die positiven Effekte des Projektes dauerhaft in die Wohnbereiche der Stiftung zu übertragen.

## **6. Ergebnisse und Erfahrungen aus Sicht der Stiftung Hospital**

Im Modellvorhaben ist es gelungen, in zwei Wohnbereichen durch Einbindung der Therapeuten eine multiprofessionelle – präventiv und aktivierend orientierte – Teamarbeit zu verwirklichen und letztlich damit die Pflegelastigkeit zu reduzieren. Dabei wurden vielfältige Erfahrungen mit der im Projektdesign vorgesehenen Planung gemacht, die im Folgenden näher beschrieben werden:

---

<sup>3</sup> Erweiterter Barthel Index (EBI); Instrument zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen; Prosiegel et al.; Neurologische Rehabilitation 1996, 1, 7-13.

## 6.1 Einzel- und Gruppenangebote

Die Kombination aus Einzel- und Gruppenangeboten zur Aktivierung der Bewohner hat sich bewährt, denn dadurch profitieren Viele von der Wirkung des Projektes und dennoch sind, auf den Bedarf des Einzelnen, zugeschnittene Maßnahmen möglich.

Die Gruppenangebote wurden in den Wohnbereichen durchgeführt, unabhängig von den Angeboten des begleitenden Dienstes (der für alle Wohnbereiche des Altenhilfezentrums St. Wendel zuständig ist). Bewohner und Angehörige nahmen das „Mehr“ an Angeboten gerne an. Das gemeinsame Erlebnis und das Miteinander erzeugte eine positive Atmosphäre.

Die im Projektdesign vorgesehene Aktivierung nach dem SIMA-Konzept<sup>4</sup> wurde schon in der ersten Projektphase ersetzt, da die dort vorgesehenen Programme für die hochaltrigen, multimorbiden Bewohner der Projektwohnbereiche eine deutliche Überforderung darstellten. Stattdessen wurden von den Therapeuten spezielle Angebote für diesen Bewohnerkreis zusammengestellt.

Um die Gewichtung zwischen Gruppenangeboten und Einzelförderung besser steuern zu können, wurden Leistungen der Therapeuten über mehrere Wochen separat dokumentiert und ausgewertet und danach die Anteile für die weitere Projektlaufzeit festgelegt.

Durch die Einzelangebote war es möglich, Bewohner in bestimmten Bereichen intensiv zu fördern. Dadurch konnten Bewohner, die keine externen therapeutischen Leistungen bekamen, mobilisiert und aktiviert werden und Bewohner mit externen therapeutischen Leistungen mit höherer Intensität gefördert werden.

Die Frage, wie und nach welchen Kriterien der Einsatz der therapeutischen MitarbeiterInnen im Bereich der Einzeltherapien gesteuert werden kann, musste im Zusammenhang mit der Problematik der begrenzten therapeutischen Ressourcen und dem Ziel möglichst viele Bewohner intensiv zu aktivieren, beantwortet werden.

Letztlich wurde die Entscheidung in den gemeinsamen Fallbesprechungen auf Grundlage der Einschätzung der Therapeuten (und deren therapeutischen Assessments) und den Einschätzungen der Pflege (und deren Pflegeplanung) auf

---

<sup>4</sup> SimA, Selbständig im Alter; Kognitive, Psychomotorische und Biographieorientierte Aktivierung für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg

pragmatische Weise in gemeinsamer Diskussion getroffen. Durch kontinuierliche Evaluation dieser Teamentscheidungen wurde sichergestellt, dass die Vorgehensweise aktuell und zielführend war.

Der Wohnbereichsleitung oblag zwar die Gesamtverantwortung für die Umsetzung des Projektes im jeweiligen Wohnbereich, die Einzeltherapien wurden aber immer über eine Teamentscheidung zugeordnet.

## **6.2 Interne Kommunikationsstruktur**

Bei der Planung der Kommunikationsstruktur war uns einerseits wichtig effizient zu arbeiten, um den Bewohnern möglichst viel Zeit mit den Projektmitarbeitern zur Verfügung stellen zu können. Andererseits sollte ausreichend Zeit zur Abstimmung und Planung der Maßnahmen vorhanden sein.

### *6.2.1 Regelmäßige Teambesprechungen*

Vom Projektstart angefangen wurden feste Teamzeiten eingeführt. In beiden Wohnbereichen fanden 14-tägige Teamsitzungen statt. Da die Therapeuten in beiden Bereichen eingesetzt waren und damit in beiden Teams anwesend sein mussten, wurde entschieden, dass die Teamsitzungen immer am gleichen Tag direkt nacheinander durchgeführt werden. Die Teamzeit wurde nach den ersten umfassenderen Sitzungen auf 45 Minuten begrenzt, was sich auch bewährte. Dies erfordert allerdings eine gute Vorbereitung aller Beteiligten und eine klare Struktur im Ablauf der Besprechung. Die Teambesprechungen des Rehateams fanden im Wohnbereich des 1. OG von 13.30 bis 14.15 Uhr und im Wohnbereich des 2. OG von 14.15-15.00 Uhr statt. Dies wurde begünstigt durch die Tatsache, dass die Übergaben der Wohnbereiche schon vorher zeitlich versetzt durchgeführt wurden.





Bild: Teambesprechung

In den ersten Teambesprechungen standen vor allem organisatorische Fragen und die Umsetzung des RAI im Mittelpunkt. In der Folge wurde intensiv über Abgrenzung der Disziplinen und das Thema Anleitung/Unterstützung diskutiert. Konflikte im Team und die Koordination von Abläufen lösten diese Themen dann ab. Nach etwa der Hälfte der Projektlaufzeit standardisierte sich der Ablauf der Teambesprechung: Nach einem kurzen Austausch über organisatorische und strukturelle Fragen wurde der überwiegende Teil der Besprechungszeit zu strukturierten Fallbesprechungen genutzt. Dabei wurden sowohl die Einschätzung der Pflege, als auch die der therapeutischen Mitarbeiter zu jedem Bewohner präsentiert und diskutiert und die weitere Vorgehensweise abgestimmt.

#### *6.2.2 Kleine Morgenrunde*

In dieser kurzen Morgenrunde (Dauer max. 5 Minuten) wurde mit dem führenden Dienst der Pflege des jeweiligen Wohnbereichs das geplante Vorgehen im Detail abgestimmt und die Therapeuten über die aktuelle Tagessituation informiert. Wurde in der 14-tägigen Teambesprechung z.B. festgelegt, dass mit einem bestimmten Bewohner ein Anziehtraining durchzuführen ist, so wurde in der kleinen Morgenrunde abgestimmt, zu

welcher Uhrzeit die Pflegekraft und der Therapeut beim entsprechenden Bewohner tätig werden, z.B. abhängig von der Entscheidung des Bewohners, um wie viel Uhr er geweckt werden möchte.

#### *6.2.3 Therapeutenteam*

Im Rahmen des Modellprojekts wurden bewusst keine Teamzeiten für ein „Therapeutenteam“ zur Verfügung gestellt, obwohl die Therapeuten diesen Wunsch an die Projektleitung herantrugen.

Da es jedoch das Ziel war, kein Team im Team entstehen zu lassen, wurde diesem Wunsch nicht entsprochen. Stattdessen wurden die von den Therapeuten vorgesehenen Themen in den 14-tägigen Teamsitzungen besprochen.

#### *6.2.4 Supervision*

Zur Unterstützung der Teamentwicklung wurde Supervision durch eine externe Supervisorin durchgeführt. Nähere Informationen dazu unter Punkt 6.3 Teamentwicklung/Abgrenzung der Arbeitsfelder.

### **6.3 Teamentwicklung / Abgrenzung der Arbeitsfelder**

Bereits im Projektdesign wurde Supervision zur Unterstützung der Teamentwicklung vorgesehen. Da das Projektteam erst Ende Oktober 2006 vollständig war, wurde die Durchführung zurückgestellt und erst 2007 begonnen. Es erwies sich als schwierig, eine in der Teamentwicklung erfahrene Supervisorin mit freien Kapazitäten zu finden. Deshalb begannen die Supervisionen erst im zweiten Halbjahr nach einer erfolgreichen „Probesupervision“. Ein früherer Beginn wäre hier im Sinne einer zügigen Teamentwicklung hilfreich gewesen.

Zentrales Thema in der Teamentwicklung war die inhaltliche Abgrenzung der Arbeitsfelder, sowohl innerhalb der therapeutischen Mitarbeiter, als auch zwischen Therapie und Pflege.

### *6.3.1 Abgrenzung zwischen Therapie und Pflege:*

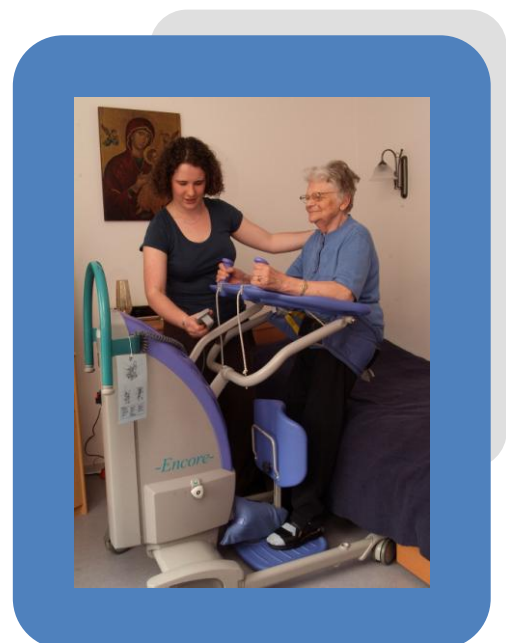
Schon bald nach Projektbeginn zeigte sich, dass die gemeinsame „Arbeit am Bewohner“ vernachlässigt wurde. Stattdessen lösten sich Therapeuten und die MitarbeiterInnen der Pflege bei den Bewohnern ab. Die von der Projektleitung eingeforderte gemeinsame Durchführung z.B. von Transfers, Wasch- und Anziehtraining und anleitenden Maßnahmen wurde kaum umgesetzt. Vordergründig wurde dafür die schwierige zeitliche Koordination verantwortlich gemacht, jedoch war zu diesem Zeitpunkt deutlich erkennbar, dass Therapie und Pflege unterschiedliche Vorstellungen ihrer jeweiligen Rolle und ihrer Aufgaben hatten. In den Teamsitzungen forderten die Therapeuten die Übernahme ihrer Sichtweise, während die Pflege sich mehr zurückzog und sich verteidigte. Erst ganz allmählich setzte sich bei allen Mitarbeitern die Sichtweise durch, dass die hohe Fachlichkeit im Team allen Vorteile bringt und dass sowohl Therapeuten als auch Pflegekräfte davon profitieren. Vor allem die Mitarbeiterinnen aus der Pflege begannen nach und nach ihre Positionen und ihr Wissen selbstbewusster einzubringen, so dass ein Austausch „auf Augenhöhe“ entstand. In der letzten Projektphase funktionierte die Zusammenarbeit harmonisch und effektiv und war geprägt von einem respektvollen Umgang miteinander.

### *6.3.2 Abgrenzung der Aufgaben der therapeutischen Mitarbeiter*

Im Laufe der Projektzeit entwickelte sich folgende Schwerpunktsetzung, zum Einen bedingt durch die Erfordernisse und Bedarfe und zum Anderen auf Basis der Stärken/Fachlichkeit der Mitarbeiter:

#### *6.3.2.1 Ergotherapie*

Die Arbeitsschwerpunkte im Bereich Ergotherapie umfassten sowohl tägliche Gruppenangebote



(Gedächtnistraining, Entspannungsübungen, Gymnastik etc.), als auch wöchentliche Gruppenangebote (Handarbeit, Sitztanz) und die Schulung der Bewohner im Umgang mit Hilfsmitteln. Zentrale Aufgabe war aber die Einzelarbeit mit Bewohnern (Wasch- und Anziehtraining, Gangschulung, Esstraining, Basale Stimulation und motorisch-funktionelle/ sensomotorisch-perzeptive/ psychosoziale therapeutische Unterstützung) und die therapeutisch unterstützte Pflege (gemeinsam durchgeführt mit den Pflegekräften).

### 6.3.2.2 Physiotherapie

Neben täglichen

Gruppenangeboten (Gymnastik mit Schwerpunkten Koordination, Geschicklichkeit, Spiele, Gymnastik auf neurologischer Basis) wurden krankengymnastische Maßnahmen durchgeführt, mit dem Ziel der Schmerzlinderung, Muskelentspannung und Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Koordination. Ein weiterer Schwerpunkt war der Bereich Lagerungstechniken (Bobath, PNF) in direkter Zusammenarbeit mit der Pflege.



### 6.3.2.3 Logopädie

Im Bereich Logopädie wurden nach der Befundung abgestimmte, individuelle Maßnahmen durchgeführt, die folgenden Teilbereichen zuzuordnen sind: Sprachtherapie, Sprechtherapie (z.B. bei Dysarthrie) und Schlucktherapie (z.B. in Zusammenhang mit aktivem



Esstraining beim Mittagstisch). Gerade im Bereich des Anreichens der Mahlzeiten war die spezielle Anleitung der Mitarbeiter ein weiterer Schwerpunkt.

#### **6.4 Einbindung der Hausärzte**

In der Projektkonzeption wurde beschrieben, dass die Kommunikationsprozesse zwischen der Pflege, den Therapeuten und den Hausärzten ausschließlich fallbezogen und nicht strukturiert bzw. automatisiert sind und interdisziplinäre Ansätze völlig fehlen.

Im Rahmen der geplanten spezifischen Inhalte des Modellprojekts wurde u.a. folgendes Teilziel in den Projektvertrag aufgenommen:

"Einbindung der zuständigen Hausärzte über Kooperationsvereinbarungen mit dem Ziel, gemeinsam durchzuführender pflegerisch / medizinischer Fallbesprechungen und Konsultationen".

In der ersten Projektphase wurden alle 11 Hausärzte, die BewohnerInnen in den Modellbereichen betreuen, über das Modellprojekt umfassend informiert.

In einem zweiten Schritt wurde die Idee der pflegerisch / medizinischen Fallbesprechungen vorgestellt und mit den Hausärzten diskutiert. Schon zu diesem Zeitpunkt wurden 2 Problempunkte deutlich:

- Die Hausärzte sahen eine besondere Schwierigkeit darin, einen oder mehrere feste Außentermine in den Praxisalltag zu integrieren. Die bis dato praktizierte Vorgehensweise, Hausbesuche in der Einrichtung nach Bedarf zu unterschiedlichen Zeiten durchzuführen, wurde aus organisatorischen Gründen bevorzugt.
- Alle Hausärzte monierten die fehlende Vergütungsgrundlage für regelmäßige "Visiten" und Fallbesprechungen.

Unabhängig davon betonten die Hausärzte aber auch, dass sie dem Projekt positiv gegenüber stehen. Einige Veränderungen konnten bereits in der ersten Projektphase umgesetzt werden:

So konnten fast alle Ärzte überzeugt werden, neben den Medikamentenverordnungen auch relevante Informationen im Berichtsblatt

der Pflegedokumentation fest zu halten. Obwohl die Lesbarkeit der Dokumentationen durch die Hausärzte wesentlich verbesserungswürdig war, wurde der Informationstransfer dadurch deutlich verbessert. Außerdem wirkte sich der fallweise Austausch mit den Therapeuten sehr positiv auf die Zusammenarbeit aus.

In der Beirat-Sitzung des Modellprojektes am 09. Mai 2007 in der Stiftung Hospital, wurde neben anderen projektrelevanten Themen auch die Einbindung der Hausärzte unter Einbeziehung der bis dahin gemachten Erfahrungen diskutiert. Herr Dr. Meiser, Vorsitzender des saarländischen Hausärzterverbandes, äußerte sich positiv zur Projektidee und erklärte sich bereit, das Modellziel, nämlich die Zusammenarbeit mit den Hausärzten stärker zu strukturieren, aktiv zu unterstützen.

Herr Dr. Meiser sagte zu, auf die Hausärzte zuzugehen und für eine aktive Beteiligung zu werben. Dazu wurden ihm die Namen der beteiligten Ärzte gesondert mitgeteilt.

Bei den Gesprächen von Dr. Meiser mit den beteiligten Hausärzten standen vor allem die Bedenken der Hausärzte im Mittelpunkt, dass die verstärkte Aktivierung in den Modellbereichen vermehrt das Heilmittelbudget belasten würde. Auf Nachfrage der Projektleitung konnten diese Bedenken jedoch nicht durch Fakten belegt werden. Der Argumentation, dass es im Modellprojekt vor allem darum geht, Aktivierungspotentiale bei den BewohnerInnen zu erkennen und zu nutzen, konnten die Hausärzte schließlich folgen.

Leider konnte Dr. Meiser mit den Hausärzten keine konkreten Ergebnisse zur engeren Zusammenarbeit erreichen. Er sagte aber zu, darüber mit den Kollegen im Gespräch zu bleiben.

Die Projektleitung entschied sich darauf hin, noch einmal den persönlichen Kontakt zu den Hausärzten zu suchen. Dabei konnten zwar die grundsätzlichen Bedenken der Ärzte bezüglich einer gemeinsamen Visite nicht zerstreut werden, einige Ärzte erklärten sich aber dazu bereit, *bei jedem Hausbesuch im Projektbereich mit einer Pflegekraft oder einem Therapeuten aus dem Projektbereich Kontakt aufzunehmen.*

Das führte dazu, dass Vorgehensweisen besser abgestimmt und geplant wurden.

Nachdem Hr. Dr. Meiser uns mitteilte, dass er seine Möglichkeiten ausgeschöpft hat und damit seinen Auftrag aus der Beiratssitzung als bearbeitet ansieht, blieb für die Projektleitung die Frage, wie nun weiter an der Zielerreichung gearbeitet werden kann.

Dabei wurden auch die rechtlichen Rahmenbedingungen geprüft und mögliche Lösungen diskutiert. Nachdem von juristischer Seite die Möglichkeit einer Vergütungsregelung für regelmäßige gemeinsamen Visiten im Modellprojekt als nicht umsetzbar bewertet wurde, konzentrierte sich die Projektleitung auf die Frage nach der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hier wurde schnell deutlich, dass der § 119b SGB V *Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen* keinen Lösungsansatz bietet, da die beteiligten Hausärzte eine ausreichende ärztliche Versorgung erbringen und teilweise, wie beschrieben, sehr konstruktiv mit den Projektbereichen zusammen arbeiten und lediglich die Idee der gemeinsamen Visiten nicht annehmen.

Außerdem steht dieser Lösung die teilweise schon jahrelange Bindung der Bewohner an "ihre" Hausärzte entgegen.

Um die Projektziele noch erreichen zu können, hat die Stiftung Hospital eine Initiative mit *den* Hausärzten gestartet, die den engsten und intensivsten Kontakt mit den Modellbereichen pflegten. Dabei wurde vorgeschlagen, einen Hausarzt als Koordinator einzusetzen, der die Einrichtung schon länger betreut und gleichzeitig eine wichtige Rolle im Hausärzteverband einnimmt. Hr. Dr. Meiser beauftragte danach Dr. Dausend diese Position einzunehmen.

So wurde Dr. Dausend dann vom Saarländischen Hausärzteverband auch in die Sitzung des Projektbeirates entsandt. Wie im Protokoll der Beirat-Sitzung vom 24. September 2008 beschrieben, wurde dort von ihm der (vorher mit einigen Kollegen abgestimmte) Vorschlag gemacht, einen Qualitätszirkel "Heimbetreuung" einzurichten, um die Hausärzte über diesen Weg für eine strukturierte Zusammenarbeit mit den Wohnbereichen zu gewinnen. Die erste Sitzung des Qualitätszirkels<sup>5</sup> wurde in der Stiftung Hospital durchgeführt. In dieser Sitzung wurde ein von der Stiftung Hospital entwickelter Kompromissvorschlag vorgestellt:

---

<sup>5</sup> Nähere Informationen finden sich in der Anlage: Protokoll Qualitätszirkel Heimbetreuung vom 04.02.2009

„Die Zuständigkeit der Pflegekräfte bei der Bezugspflege wird nach Hausärzten geordnet, damit bei der Visite mit den Ärzten nur noch eine Pflegekraft und der zuständige Therapeut anwesend sein müssen, so dass dann alle Patienten des jeweiligen Arztes besprochen werden können“

Die anwesenden Ärzte konnten sich eine Zusammenarbeit auf dieser Basis vorstellen und wollten sich bei einem internen Termin mit allen betroffenen Kollegen austauschen. Dabei sind dann jedoch wieder Bedenken bezüglich der pflegerisch-medizinischen Fallbesprechen und einer intensiveren Zusammenarbeit geäußert worden. Die Bedenken bezogen sich in erster Linie auf die Frage der Vergütung.

Bis zum Ende der Projektlaufzeit wurde von Seiten des saarländischen Hausärzterverbandes keine Entscheidung über die mögliche Zusammenarbeit getroffen.

## **6.5 Resident Assessment Instrument (RAI)**

Das RAI wurde ausgewählt, weil es ein standardisiertes, valides und reliables Instrument ist und sich in der stationären Langzeitpflege vieler Länder bewährt hat. Als multidisziplinäres Instrument, mit koordinierender und zentraler Funktion der Pflege, schien es ideal geeignet, um Rehabilitationspotentiale der Bewohner zu erfassen und um festzustellen, für wen sich Rehabilitationsmaßnahmen besonders lohnen. RAI dient außerdem dazu, den Zustand des Bewohners zu beurteilen. Durch die regelmäßige Wiederholung des Assessments ist darüber hinaus ein Vergleich der Entwicklung möglich und Veränderungen meßbar. Um die daraus entstehenden Daten besser auswerten zu können, wurde das RAI in einer EDV- Version (RAI 1.0 „Das Programm“) der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Pflegequalität (GzFP) umgesetzt. Da die Mitarbeiterinnen der Pflege kaum Erfahrung in der PC-Anwendung hatten, wurden diese individuell im Umgang mit der EDV-Version geschult und



begleitet. Dennoch war eine deutliche Distanz im Umgang mit diesem Arbeitsmittel festzustellen. Vernetzungsprobleme und Schwächen in der EDV-Version, verstärkten die kritische Distanz. Ausfälle in der EDV wurden teilweise als entlastend wahrgenommen, weil dann in der Papierversion dokumentiert werden konnte.

Schwierigkeiten bereiteten den Pflegekräften vor allem die zeitintensive Durchführung des Bewohnerassessments aufgrund der Komplexität des Instrumentes. Wie bereits beschrieben, wurde den Mitarbeiterinnen aus diesem Grund spezielle Dokumentationszeit zur Verfügung gestellt.

Schwierig gestaltete sich außerdem die Umsetzung der aus der Risikoerkennung/Abklärungshilfe gewonnenen Ergebnisse in die Pflegeplanung. Da die Pflegeplanung nach dem RAI nicht mehr nach der AEDL-Systematik sondern auf Basis der RAI-Ergebnisse nach Gewichtung aufgebaut ist, war bei den Mitarbeitern ein Umdenken erforderlich. Um dies zu unterstützen, wurde eine zweitägige Nachschulung über das Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V. durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch die Therapeuten mit dem Instrument vertraut gemacht, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit/Austausch mit der Pflege bei der Informationssammlung für das Assessment zu verbessern.

Leider konnte der Einsatz des Resident Assessment Instrumentes die Erwartungen nicht erfüllen. Dabei sind die Probleme mit der EDV- Umsetzung und die Veränderungen bei der Pflegeplanung beherrschbar. Zwei Gründe haben den Einsatz des RAI im Modellprojekt erschwert und dazu geführt, dass nach Alternativen gesucht werden musste:

- Der hohe Zeitaufwand zur Erstellung der Assessments, die zusätzliche Erstellung von Assessments bei einer gravierenden Zustandsveränderung und der Mehraufwand bei starkem Bewohnerwechsel sind im üblichen Ablauf eines Wohnbereiches nicht zu leisten.
- Der im Resident Assessment Instrument vorgesehene Zeitabstand zwischen zwei Assessments ist zu groß, um die Veränderungen und Schwankungen von multimorbiden Bewohnern zu erfassen. Diese Veränderungen sind aber häufig von elementarer Bedeutung, weil sie sich stark auf das persönliche Wohlbefinden auswirken können. Die von uns bei sehr vielen Bewohnern

festgestellten „Wellenbewegungen“ sind bei den RAI-Auswertungen nicht wiedergegeben. Vergleiche von zwei Assessments sind nicht hilfreich, weil sie die zwischenzeitlichen Fort- oder Rückschritte zwischen diesen zwei Messpunkten nicht berücksichtigen können. Denn nur wenn die Veränderung gravierend ist, also eine „signifikante Statusveränderung“<sup>6</sup> erfolgt, wird ein erneutes Assessment durchgeführt.

Letztlich bleibt festzustellen, dass das RAI ein in sich stimmiges Instrument zur Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und der geriatrischen Rehabilitation ist, aber in der Alltagstauglichkeit im Wohnbereich ein nur sehr schwer umzusetzendes Instrument darstellt.

## 6.7 Ergebnismessung

Das Kernproblem der Messung der Wirkung des Modells bestand darin, dass die Veränderungen bei den Bewohnern mit dem Resident Assessment Instrument (RAI) nicht nachweisbar waren.

Der Gesundheitszustand der hochaltrigen Bewohner ist in der Regel nicht stabil, sondern deutlichen Schwankungen unterworfen. Dies wirkt sich natürlich auch situativ auf die Fähigkeiten und die Motivation der Bewohner aus, was wiederum die Ergebnisse beeinflusst.

Nachdem, wie in Abschnitt 6.5 beschrieben, das Resident Assessment Instrument (RAI) nicht wie gewünscht zur Ergebnismessung herangezogen werden konnte, (auch weil die Messzeitpunkte zu weit auseinander lagen), wurden weitere Messinstrumente eingesetzt, mit dem Ziel, Effekte der präventiven und aktivierenden Arbeit der Projektteams messbar zu machen:

- Ergotherapeutisches Assessment des ZGGF (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Freiburg)

---

<sup>6</sup> „Eine Signifikante Statusveränderung wird definiert als eine umfassende Veränderung des Zustandes, die: 1. Nicht von alleine verschwindet, 2. Sich auf mehr als einen Bereich des Gesundheitszustandes erstreckt und 3. Eine interdisziplinäre Überprüfung des bisherigen behandlungs- und Betreuungsplanes erfordert.“ Vjenka Garms-Homolova/Rudi Gilgen (Hrsg.) RAI 2.0, Resident Assessment Instrument, Verlag Hans Huber, 2000

- Physiotherapeutisches Assessment des ZGGF (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Freiburg)
- Mobilitätstest nach Tinetti
- Sturzrisiko-Skala
- Kommunikationsskala nach Goodglass und Kaplan

Die aufgeführten Instrumente waren in der Durchführung teilweise sehr komplex (Ergotherapeutisches- und Physiotherapeutisches Assessment) oder zu grob bzw. nicht ideal für den Personenkreis (Mobilitätstest nach Tinetti). Projektleitung und Projektteam hatten mangels Alternative die Idee, den erweiterten Barthel- Index auf die Bedingungen des Projektes und der Bewohner anzupassen.

Projektleitung, wissenschaftliche Begleitforschung und Projektmitarbeiter haben sich dann darauf verständigt, in einer eintägigen Klausurtagung den Barthel- Index den Projektanforderungen entsprechend anzupassen.

Als Grundlage für die Anpassung wurde der erweiterte Barthel Index (EBI) mit seinen 16 Items ausgewählt. Die einzelnen Abstufungen in den Items wurden teilweise verfeinert, ohne den jeweiligen Maximalscore pro Item zu verändern, so dass auch im neu entstandenen "angepassten" erweiterten Barthel Index eine Maximalpunktzahl von 64 zu erreichen ist. Ziel der Anpassung war es, die beschriebenen, kleinschrittigen Veränderungen besser abzubilden und die Messung mit begrenztem Aufwand und damit in kurzen Zeitabständen durchführen zu können.<sup>7</sup> Nach einer Probephase konnte das Instrument dann in den Modellwohnbereichen angewendet werden.

Die entsprechenden Ergebnisse wurden von der wissenschaftlichen Begleitung ausgewertet.

## **6.7 Integration präventiver und aktivierender Aspekte**

Durch die Einsetzung des Projektteams war es möglich, in der täglichen Arbeit einen deutlichen Schwerpunkt auf den Bereich Aktivierung/Mobilisation und

---

<sup>7</sup> Anlage: Modellprojekt Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Altenpflege; St. Wendeler Manual "erweiterter Barthel-Index" Stiftung Hospital St. Wendel

Prävention zu setzen. Die Veränderungen waren für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter deutlich spürbar und wurden positiv bewertet. Dabei wirkten sich die zusätzlichen Gruppenangebote auf die Atmosphäre im Wohnbereich besonders aus.<sup>8</sup>

Die Bewohner nahmen diese Angebote gerne an und freuten sich auf diese Termine. Dadurch, dass die Angebote in den Wohnbereichen direkt durchgeführt wurden, konnten auch Bewohner erreicht werden, die sich bisher nicht für die Gemeinschaftsangebote begeistern ließen. Diese verstärkte Teilhabe förderte dann auch den Austausch untereinander und unterstützte die Integration einzelner, eher zurückhaltender Bewohner. Da die Therapeuten die Bewohner durch die Einzelförderung zum großen Teil gut kannten, konnten Sie auch bei der Gruppenarbeit spezifische Schwerpunkte setzen und adäquat auf die Bedürfnisse der Einzelnen eingehen.

Die festen Gruppenangebote förderten die Tagesstrukturierung und waren für einige Bewohner ein fester Fixpunkt im Tagesablauf, an dem sie auch an Tagen mit schwächerer, körperlicher Konstitution unbedingt teilnehmen wollten.

Bei der Aktivierung von Bewohnern in einer stationären Pflegeeinrichtung muss man sich jedoch im Kern auch mit der Frage beschäftigen, welche Fortschritte einzelne Bewohner erreichen können, bzw. welche Maßnahmen zum Erhalt ihrer Fähigkeiten notwendig sind. Nach Durchführung der therapeutischen Assessments und in Abstimmung mit der Pflegeplanung entschieden sich die Mitarbeiter für entsprechende Maßnahmen in bestimmter Intensität. Teilweise wurden diese Maßnahmen ergänzend zur Behandlung externer Therapeuten durchgeführt. Wenn notwendig wurden die Maßnahmen mit den Hausärzten abgestimmt.

Häufig konnten erstaunliche Fortschritte erzielt werden. Aufgrund der hochaltrigen Bewohner waren diese Fortschritte jedoch weder sehr stabil, noch kontinuierlich, sondern geprägt von einer wechselhaften Entwicklung mit Höhen und Tiefen. Interessant war, mit wie viel Einsatz und Engagement manche Bewohner nach Rückschlägen immer wieder für erneute Verbesserungen trainierten und wie viel Kraft diese Bewohner daraus schöpften, dass man sich Zeit dafür nahm, mit Ihnen aktivierend zu arbeiten.

---

<sup>8</sup> In der Bewohnerbefragung 5/6 2009 der Stiftung Hospital bestätigte sich diese Einschätzung: Bei der Frage nach den Beschäftigungsangeboten im Wohnbereich schnitten die „Projektwohnbereiche“ überdurchschnittlich gut ab.

Letztlich kann man sagen, dass die Bewohner, die durch die verstärkte Aktivierung noch einmal in die eigene Häuslichkeit zurück gehen konnten, die große Ausnahme waren. Auch eine nachhaltige Verbesserung in eine niedrigere Pflegestufe lässt sich bei diesem Personenkreis kaum erreichen. Die Wirkung ist jedoch im Einzelfall dennoch von immenser Bedeutung:

Der Bewohner der nach intensiver Logopädie wieder schlucken kann, ohne sich zu verschlucken, die Bewohnerin, die zum Frühstück in den Frühstücksraum an der Gehhilfe läuft, anstatt mit dem Rollstuhl gefahren zu werden, der Bewohner der Flüssigkeit wieder ohne Sonde zu sich nehmen kann, die Bewohnerin, die ihren Oberkörper wieder selbständig wäscht, der Bewohner, der sich wieder alleine rasiert – das sind einige Beispiele für Verbesserungen, die durch das Modellprojekt erreicht werden konnten und die für die Bewohner ein hohes Maß an Lebensqualität mit sich bringen.<sup>9</sup>

## **7. Zusammenfassung:**

Im Rahmen des Modellprojekts konnte eine multiprofessionelle, präventiv orientierte, Teamarbeit verwirklicht werden. In der letzten Projektphase funktionierte die Zusammenarbeit harmonisch und effektiv und war geprägt von einem respektvollen Umgang miteinander. Pflege und Therapie nutzten gegenseitig das jeweilige Fachwissen im Interesse der Bewohner, was zu einer Professionalisierung der Projektteams führte. Die Pflegelastigkeit verringerte sich durch den Perspektivenwechsel hin zu vermehrter Aktivierung und Mobilisation. So konnte Pflegebedürftigkeit gemindert, oder der Gesundheitszustand stabilisiert und Defizite kompensiert werden, was letztlich zu einer Verbesserung der Pflegequalität geführt hat.

Die Schwierigkeit, Effekte der Arbeit messbar zu machen begleitete das Projektteam während der gesamten Projektlaufzeit. Spürbar waren diese Effekte an vielen Stellen: Bei der Atmosphäre im Wohnbereich, bei der Reaktion der Angehörigen, der Ärzte, den externen Therapeuten und vor allem bei den Bewohnern selbst. Eine wichtige

---

<sup>9</sup> Die Bewohnerbefragung 5/6 2009 der Stiftung Hospital bestätigt, dass die Mitarbeiter in den „Projektwohnbereichen“ die Selbständigkeit der Bewohner bei der Körperpflege überdurchschnittlich stark fördern.

Erkenntnis dieses Projektes ist die Tatsache, dass kleinste Verbesserungen enorme Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Bewohner haben können und dass pflegebedürftige Menschen viele Potentiale besitzen, die in „normalen“ Pflegeheimen weder erkannt, noch gefördert werden (können).

Die Beantwortung der Frage, wie in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege Verläufe und Entwicklungen der Bewohner strukturiert erfasst werden können, war kein Projektauftrag. Dennoch wurde diese Frage zu einem zentralen Thema im Modell. Denn nicht nur zum Beleg des Erfolgs von Maßnahmen, sondern auch zur Planung und Verlaufskontrolle von präventiven und aktivierenden Aktivitäten muss Wirkung gemessen werden können. Das erprobte Resident Assessment Instrument (RAI) konnte diese Aufgabe aufgrund der Komplexität des Instrumentes in den vorhandenen Rahmenbedingungen nicht erfüllen.

Die erreichten Verbesserungen waren in der Mehrzahl kleine, aber dennoch bedeutsame Veränderungen. Deutlich wurde, dass nur in Einzelfällen so starke Verbesserungen zu erzielen sind, dass Rückstufungen oder die Rückkehr in den häuslichen Bereich möglich sind.

Die Einbindung der Hausärzte bleibt weiterhin abhängig vom Interesse und Engagement des einzelnen Hausarztes. Ohne gesetzliche Vorgaben bzw. monetäre Anreize wird es aus unserer Sicht nicht gelingen, eine optimale Kooperation mit allen Hausärzten zu erreichen. Dennoch bleibt festzustellen, dass einige Hausärzte die Projektteams kompetent und motiviert unterstützt haben.

Der Einsatz von Therapeuten in Pflgeteams der stationären Langzeitpflege ist aus Sicht der Stiftung Hospital nach den Erfahrungen aus diesem Modellprojekt positiv zu bewerten. Dass verstärkte Aktivierung und Prävention notwendig sind, um die Qualität in den Einrichtungen und die Lebensqualität der Bewohner zu verbessern, ist unstrittig. Dies lässt sich erreichen, in dem die entsprechende fachliche Kompetenz in die Pflgeteams integriert wird.