

---

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

**Modellprojekt St. Wendel: „Integration präventiver und  
aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege“**

**Teil B: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung**

von

Carola Schweizer (Projektleitung)

Garvin Brod

Matthias Stadler

Saarbrücken, August 2009

## Inhalt

|              |                                                                                                    |           |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I.</b>    | <b>Ausgangslage .....</b>                                                                          | <b>5</b>  |
| <b>II.</b>   | <b>Modellkonzept und Zielsetzung .....</b>                                                         | <b>8</b>  |
| <b>III.</b>  | <b>Hypothesen, Fragestellungen und Methode .....</b>                                               | <b>10</b> |
| <b>IV.</b>   | <b>Multiprofessionelle Teamarbeit: Vom interdisziplinären zum transdisziplinären Ansatz .....</b>  | <b>14</b> |
| IV.1         | Integration der Therapeuten ins Pflegeteam .....                                                   | 14        |
| IV.1.1       | Phase der Anspannung und Gegenwehr .....                                                           | 15        |
| IV.1.2       | Phase der Annäherung .....                                                                         | 17        |
| IV.1.3       | Phase der gelungenen Teamarbeit .....                                                              | 18        |
| <b>V.</b>    | <b>Verbesserung der Pflegequalität und der Möglichkeiten der Teilhabe .....</b>                    | <b>21</b> |
| V.1          | Einschätzung der Pflegequalität durch die Bewohner und ihre Angehörigen... ..                      | 23        |
| <b>VI.</b>   | <b>Die Implementierung des Resident Assessment Instrument (RAI 2.0) .....</b>                      | <b>25</b> |
| <b>VII.</b>  | <b>Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten .....</b>                                    | <b>27</b> |
| <b>VIII.</b> | <b>Die Bewohner und Bewohnerinnen der Wohnbereiche .....</b>                                       | <b>29</b> |
| <b>IX.</b>   | <b>Ergebnisqualität .....</b>                                                                      | <b>32</b> |
| IX.1         | Ergebnisqualität nach modifiziertem erweiterten Barthel-Index (mEBI) .....                         | 33        |
| IX.2         | Ergebnisqualität auf der Basis des Ergotherapeutischen und Physiotherapeutischen Assessments ..... | 38        |
| <b>X.</b>    | <b>Fazit .....</b>                                                                                 | <b>49</b> |
| <b>XI.</b>   | <b>Literatur .....</b>                                                                             | <b>52</b> |
|              | <b>Anlagen.....</b>                                                                                |           |

## Tabellenverzeichnis

|             |                                                         |    |
|-------------|---------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1:  | Bewohner nach Altersgruppen.....                        | 29 |
| Tabelle 2:  | Bewohner nach Familienstand.....                        | 30 |
| Tabelle 3:  | Woher stammen die Bewohner?.....                        | 30 |
| Tabelle 4:  | Pflegebedarf im Sinne des SGB XI.....                   | 30 |
| Tabelle 5:  | Ergebnis nach mEBI bei gepaarten Stichproben .....      | 34 |
| Tabelle 6:  | Ergebnis nach mEBI (Median der einzelnen Items).....    | 35 |
| Tabelle 7:  | Ergebnis nach mEBI (Gesamtpunktzahlen).....             | 37 |
| Tabelle 8:  | Ergebnisse gemäß Ergotherapeutischem Assessment .....   | 39 |
| Tabelle 9:  | Ergebnisse gemäß physiotherapeutischem Assessment ..... | 44 |
| Tabelle 10: | Verbleib der Bewohner.....                              | 48 |

## I. Ausgangslage

Mit der Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege will der Modellträger die „Pflegebelastigkeit“ in der stationären Pflege reduzieren und die Idee des „aktiven Alterns“ etablieren. Mit der Forderung nach Unterstützung eines ‚aktiven Alterns‘ stößt man auf einen breiten gesellschaftlichen Konsens. Aktives Altern wird jedoch meist mit rüstigen alten Menschen verbunden, mit jenen also, die noch nicht auf Fremdhilfe angewiesen sind. Warum? Ein Grund dafür ist sicherlich die negative Konnotation des Begriffs ‚Pflegebedürftigkeit‘. Die meisten Menschen verbinden damit ein isoliertes, von Fremdhilfe abhängiges und perspektivloses Leben. Das Pflegeheim ist für viele, nicht der Ort, wo man lebt und wohnt, sondern nur der Ort, wo man sich aufhält, weil man auf die Hilfe anderer angewiesen ist.

Was bedeutet ‚aktives Altern‘? Die Weltgesundheitsorganisation (2002) versteht darunter das Optimieren der Möglichkeiten für Gesundheit, (soziale) Teilnahme und (ökonomische) Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität alternder Menschen zu verbessern. In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen steht, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung hat. Dabei sollen „alle an Ihrer Pflege, Betreuung und Behandlung beteiligten Institutionen und Berufsgruppen ... in Ihrem Interesse miteinander kommunizieren, kooperieren und ihre Leistungen eng aufeinander abstimmen“.<sup>1</sup>

Die Gesundheitsförderung, also der Einsatz präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, ist ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung des aktiven Alterns. In Pflegeheimen wird diese Möglichkeit, so die Einschätzung vieler Experten, in der Regel nicht bedarfsgerecht genutzt. Eine Studie im Auftrag eines Leistungsträgers bestätigt diese Einschätzung: Im GEK-Pflegereport 2008 wird festgestellt, dass Pflegeheimbewohner zwar signifikant mehr Heilmittel (insbesondere Physiotherapie) verordnet bekommen als der Durchschnitt der Versicherten, „allerdings zum Teil erheblich weniger als Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege. Die gemessenen Verordnungsmengen physiotherapeutischer, ergotherapeutischer und logopädischer Leistungen erscheinen dabei kaum durch die Störungen und Erkrankungen bedingt, sondern im überwiegenden Maße durch die Pflegebedürftigkeit. Aus diesem Grund ist dem Vergleich mit Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege hier ein größeres Gewicht beizumessen. Bezüglich dieses Maßstabs können die Verordnungszahlen dann als Indiz für eine mögliche Unterversorgung der Heimbewohner mit Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gedeutet werden“.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit (2007): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen: 13

<sup>2</sup> Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch Gmünd: 14

An diesem Defizit setzt das Modellkonzept der Stiftung Hospital St. Wendel an. Mit kurativen und pflegerischen Maßnahmen allein, so der Träger, „kann der Gefahr der Verschlimmerung und Chronifizierung bestimmter Erkrankungen nicht begegnet und das immer stärkere ‚Hineinwachsen‘ in die Pflegebedürftigkeit nicht verhindert werden“.<sup>3</sup> Damit präventive und aktivierende Maßnahmen optimal zur Gesundheitsförderung, zur Förderung der Selbstständigkeit und zur Verbesserung der sozialen Teilhabe beitragen können, müssen sie in der Pflegeplanung berücksichtigt und in den Pflegealltag integriert werden. Dazu ist eine enge Abstimmung zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, wie sie in Artikel 4 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gefordert wird, unabdingbar. In der Praxis erfolgt diese Abstimmung indes mehr zufällig als systematisch: „In der stationären Pflege sind Kommunikationsprozesse zwischen dem Bereich der Pflege, den zuständigen Hausärzten und den Therapeuten ausschließlich fallbezogen und nicht strukturiert und automatisiert. Interdisziplinäre Ansätze fehlen völlig“.<sup>4</sup> Das Modellkonzept beinhaltet aus diesem Grund auch Strategien zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen.

Mit der rehabilitativen Orientierung in der Pflege greift der Modellträger zentrale gesundheits- und sozialpolitische Zielsetzungen auf. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflegerreform 2008) sind Sanktionsmöglichkeiten und Anreize vorgesehen, einmal um die Rehabilitationschancen Pflegebedürftiger zu erhöhen (1), zum anderen um in der Pflege mehr rehabilitative Maßnahmen, die unterhalb der Schwelle zur medizinischen Rehabilitation liegen, durchzusetzen (2):

- (1) *Medizinische Rehabilitation*: Falls bei der Begutachtung durch den MDK oder durch den zuständigen Haus- bzw. Facharzt Rehabilitationsbedarf festgestellt wird, muss gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI die Erforderlichkeit weitergeleitet werden. Wenn in einem Zeitrahmen von sechs Monaten die erforderlichen Maßnahmen nicht eingeleitet werden, sind die Krankenkassen zu einer Ausgleichszahlung (3.072 Euro) an die Pflegekassen verpflichtet. Mit der Novellierung des § 40 SGB V im GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz kann medizinische Rehabilitation nun auch in Pflegeheimen erbracht werden; sie macht dort allerdings nur Sinn, wenn sie in ein rehabilitativ orientiertes pflegerisches Milieu eingebettet ist.
- (2) *Aktivierung*: In § 87a (4) SGB XI wird ein finanzieller Anreiz geschaffen, verstärkt aktivierende Angebote in die (stationäre) Pflege zu integrieren. Wenn ein Pflegebedürftiger nachweislich durch aktivierende und rehabilitative Maßnahmen zurückgestuft werden kann, erhält die Pflegeeinrichtung von den Pflegekassen einen Betrag von 1.536 Euro. Die Einrichtung muss den Betrag jedoch

---

<sup>3</sup> Stiftung Hospital St. Wendel (2006): Modellkonzept „Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Altenpflege“: 1

<sup>4</sup> Ebd.: 1

zurückbezahlen, wenn sich innerhalb von sechs Monaten der Pflegebedarf wieder erhöht. Ob die Rückstufung in eine niedrigere Pflegestufe ein sinnvolles Outcomekriterium für den erfolgreichen Verlauf präventiver und rehabilitativer Maßnahmen ist, sei an dieser Stelle dahin gestellt. In dem Kapitel über die Ergebnisqualität wird darauf noch einzugehen sein.

Einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der präventiven und rehabilitativen Orientierung in der Pflege leistet die Neudefinition des Begriffes und des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit. Sie bietet die Möglichkeit zu einer eher „ganzheitlichen Sicht des pflegebedürftigen Menschen, zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe bei verlässlicher Solidarität und damit zu einer besseren, bedarfsgerechteren Pflege ...“.<sup>5</sup> Die Neudefinition berücksichtigt stärker als bisher das Zusammenspiel von körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen und sozialen Handicaps. Pflegebedürftigkeit wird nicht mehr primär über Defizite definiert, sondern „über die Potentiale eines Menschen“. Deshalb sind auch Strategien erforderlich, „die Selbständigkeit zu erhalten, die Aufmerksamkeit auf vorhandene Ressourcen zu lenken und damit das Entstehen oder die Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden“.<sup>6</sup>

Neue Herausforderung, so die Einschätzung des Beirates zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, verlangen nach neuen Konzepten und Instrumenten. Nicht nur bei der Stiftung Hospital St. Wendel, auch andernorts setzen sich Konzepte eines aktiven Alterns durch, wobei ambulante Leistungen den Vorzug genießen. Deutlich wird dennoch, „... dass für viele Menschen aufgrund veränderter Lebensoptionen und privaten Unterstützungssituationen, insbesondere aufgrund veränderter familiärer Strukturen sowie verminderter Leistungsfähigkeit von Familien, qualitätsgesicherte stationäre Angebote notwendig bleiben“.<sup>7</sup> Die Idee des aktiven Alterns muss sich also auch in den Konzepten der stationären Pflege wieder finden. Das Modell in St. Wendel ist hierfür ein Beispiel.

---

<sup>5</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2009): Umsetzungsbericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin. Download unter: [www.bmg-bund.de](http://www.bmg-bund.de)

<sup>6</sup> Ebd.: 17

<sup>7</sup> Ebd.: 13

## II. Modellkonzept und Zielsetzung

Die Stiftung Hospital St. Wendel deckt mit seinen Angeboten ein breites Spektrum im Bereich der Altenhilfe ab. Das Thema „aktives Altern“ oder „Aktivierung“ verfolgt der Träger schon seit Anfang der 90er Jahre. Die Stiftung hat damals ein Modell konzipiert, welches Rehabilitationsmaßnahmen mit der stationären und teilstationären Pflege verknüpfte. Dieses Modell, das im Rahmen des Modellprogramms „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert worden ist, ließ sich am Ende der Modelllaufzeit nicht in die Regelversorgung überführen, weil erst eineinhalb Jahrzehnte später – im Jahr 2007 – mit Inkrafttreten des GKV-WSG und der damit verbundenen Novellierung des § 40 Abs. 1 SGB V die leistungsrechtliche Grundlage dafür geschaffen worden ist.

Mit der Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege setzt der Träger niedrigschwelliger an: Es geht nicht mehr um die Verknüpfung der stationären Pflege mit medizinischer Rehabilitation. Der Träger zielt vielmehr explizit auf eine Neuorientierung und auf eine Qualitätsverbesserung, im Grunde genommen auf einen Paradigmenwechsel in der stationären Pflege. Das Modellkonzept wird in Teil A des Abschlussberichtes ausführlich beschrieben:

### **Zentrale Modellbausteine:**

- multiprofessionelle Teamarbeit
- Strukturierung und Evaluierung des Pflegeprozesses anhand des RAI 2.0
- Systematische Einbindung der zuständigen Haus- und Fachärzte in die stationäre Pflege

In zwei Wohnbereichen der stationären Pflege – mit jeweils rund 30 Bewohnern – werden multiprofessionelle Projektteams eingesetzt. Die Teams setzen sich zusammen aus zwei examinierten Pflegefachkräften, der Wohnbereichsleitung, einer Ergotherapeutin, einer Physiotherapeutin und einer Logopädin. Die Gesamtsteuerung des Projekts obliegt dem Qualitätsmanagementbeauftragten der Stiftung. Die zuständigen Haus- und Fachärzte sollen über Kooperationsvereinbarungen in die Teamarbeit eingebunden werden und gemeinsam mit einer Pflegefachkraft, ggf. auch mit Therapeuten Fallbesprechungen und Visiten durchführen.

Zur Feststellung des Pflegebedarfs, zur Pflegeplanung und zur Qualitätssicherung wird das Resident Assessment Instrument (RAI 2.0) verwendet. Das Instrument soll dabei helfen, die Dokumentation des Versorgungsprozesses, die Pflegeplanung und die Verlaufskontrolle zu strukturieren. Damit die Pflegekräfte es fachgerecht anwenden, sind sie vor Beginn des Modells geschult worden.

Der Vorteil des RAI 2.0 ist, dass der Schwerpunkt „nicht wie bei den meisten Instrumenten auf der Strukturqualität (liegt), sondern die Prozess- und vor allem auch die Ergebnisqualität damit detailliert erfasst werden (können)“.<sup>8</sup> Vom regelmäßigen Einsatz des RAI 2.0 wird erwartet, dass der Verlauf der Pflege differenziert abgebildet wird.

Das RAI 2.0 beinhaltet Qualitätsindikatoren, die nicht nur die im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) vorgegebenen Pflegemerkmale (Ernährung, Aktivierung, Inkontinenz, Dekubitus, Erreichen der Pflegeziele usw.) überprüfen, sondern unter anderem auch die soziale Integration. Die Qualitätsindikatoren können zugleich als „Benchmarks“ eingesetzt werden. Die Wohnbereiche haben die Möglichkeit, die Ergebnisse ihrer Arbeit untereinander auszutauschen und für die hausinterne Qualitätsdiskussion zu nutzen.

Mit dem Modellansatz werden die nachstehenden Ziele verfolgt:<sup>9</sup>

- Präventive und aktivierende Orientierung in der Teamarbeit;
- Verbesserung der Pflegequalität (kostenneutral);
- Förderung der Alltagskompetenz der Bewohner und Bewohnerinnen;
- Kompensation von Funktionsbeeinträchtigungen;
- Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten;
- Verbesserung des Gesundheitszustandes insgesamt;
- Ermöglichung der Rückkehr in den häuslichen Bereich;
- Reduzierung des Personalbedarfs durch die Reduzierung des pflegerischen Aufwandes;
- Professionalisierung der Pflege;

In den folgenden Kapiteln wird auf die Inhalte und die Zielsetzung der zentralen Modellelemente sowie auf die Frage nach der gelungenen Realisierung eingegangen und im Anschluss daran auf die Ergebnisqualität des Modells.

---

<sup>8</sup> Vgl. Modellantrag: 14

<sup>9</sup> Vgl. Modellantrag: 3



### III. Hypothesen, Fragestellungen und Methode

In der Fachwelt ist es unstrittig, dass rehabilitative Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger notwendig sind. International liegen allerdings nur wenige Erkenntnisse über die Wirksamkeit rehabilitativer und therapeutischer Maßnahmen bei Pflegeheimbewohnern vor. Die umfassendste Studie, die in Deutschland durchgeführt wurde, ist die 1991 von der Universität Erlangen-Nürnberg begonnene Längsschnittstudie „Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA)“. Das Ziel der Studie bestand darin, die Wirksamkeit eines Gedächtnistrainings, eines alltagsbezogenen Kompetenztrainings und eines psychomotorischen Trainings auf die Erhaltung oder Förderung der Selbstständigkeit im Alter zu prüfen. „In nahezu allen untersuchten Bereichen wiesen die Teilnehmer eines kombinierten Gedächtnis- und Psychomotoriktrainings langfristig zum Teil starke Verbesserungen gegenüber den Teilnehmern in der Kontrollgruppe auf. Am ausgeprägtesten waren diese Verbesserungen im kognitiven Status, in der demenziellen und depressiven Symptomatik sowie im Gesundheitsstatus ... Das kombinierte Gedächtnis- und Psychomotoriktraining vermochte darüber hinaus auch einen signifikanten Beitrag zur Verlangsamung des körperlichen Alterungsprozesses leisten“.<sup>10</sup>

Die meisten Studien in Deutschland befassen sich indes weniger mit der Frage nach der Evidenz therapeutischer Maßnahmen (auch nicht im Heilmittelbereich) bei Pflegeheimbewohnern, sondern mehr mit der Frage nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme.

Bei der Frage nach der Wirksamkeit multiprofessioneller therapeutischer Interventionen bei Pflegebedürftigen belegen internationale Studien, dass zum Beispiel häuslichen Therapien durch ein multiprofessionelles Team zu nachhaltigen Funktionsverbesserungen führen. Legg untersuchte systematisch 14 randomisierte Studien über die Versorgung von zu Hause lebenden Schlaganfallpatienten (insgesamt 1.400 Patienten) durch ein multiprofessionelles Team. Durch die häuslichen Therapien kam es zu signifikanten Verbesserung der Selbstversorgungskompetenz (ADL): „Therapy-based rehabilitation services targeted at selected patients resident in the community after stroke improve ability to undertake personal activities of daily living and reduce risk of deterioration in ability. This finding should be considered in future service planning“.<sup>11</sup>

Die Ergebnisse zur Versorgung mit häuslichen Therapien sind jedoch nicht auf die stationäre Pflege zu übertragen, weil davon ausgegangen werden kann, dass Schlaganfallpatienten, die zu Hause versorgt werden, nicht im gleichem Ausmaß Funktionsbeeinträchtigungen aufweisen wie Schlaganfallpatienten im Pflegeheim. Auch die Ergeb-

---

<sup>10</sup> Oswald WD, Hagen B, Rupprecht R, Gunzelmann T: Erhalt der Selbstständigkeit im höheren Lebensalter: Langfristige Trainingseffekte der SIMA-Längsschnittstudie: 261-272

<sup>11</sup> Legg L (2004): Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet 31, 2004: 352-355

nisse der SIMA-Studie sind wegen des unterschiedlichen konzeptionellen Ansatzes nicht mit den Ergebnissen des St. Wendeler Modells vergleichbar. Die Ergebnisse der Studien zeigen aber, dass Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit nicht im Widerspruch zu einander stehen, sondern dass rehabilitative Maßnahmen bei Pflegebedürftigen zu positiven Ergebnissen führen.

Im St. Wendeler Modell liegt das Hauptaugenmerk der Wissenschaftlichen Begleitung auf der Ergebnisqualität. Diese muss jedoch im Kontext der Struktur- und Prozessqualität gesehen und bewertet werden. Bevor auf die Ergebnisse eingegangen wird, werden deshalb zunächst zentrale Fragen zur Struktur- und Prozessqualität geklärt.

Aus der Modellkonzeption lassen sich drei zentrale Hypothesen ableiten:

**Hypothese 1:**

Die strukturierte Zusammenarbeit von Pflegekräften und Therapeuten in einem Team führt zu einer Verbesserung der Pflegequalität.

**Hypothese 2:**

Die Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege führt dazu, dass sich die Selbsthilfefähigkeit, die Mobilität und damit die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe der Bewohner und Bewohnerinnen verbessern werden.

**Hypothese 3:**

Mit präventiven und aktivierenden Ansätzen in der stationären Pflege lassen sich Einsparungen im Bereich der Pflegekassen erzielen, weil es zu Rückstufungen bzw. zur Stabilisierung des Pflegezustandes kommt und eine Rückkehr in die häusliche Versorgung dadurch häufiger möglich ist.

Die Fragestellungen, die dabei besonders interessieren, sind im Modellantrag wie folgt formuliert worden:

- *Lässt sich bzw. wie lässt sich in Wohnbereichen der stationären Altenpflegeeinrichtung durch die Einbindung von Therapeuten eine multiprofessionelle Teamarbeit verwirklichen?*
- *Welche (messbaren) Effekte ergeben sich aus dem aktivierenden Ansatz für die Bewohner, für die Mitarbeiter und für die Einrichtung?*
- *Welche Auswirkung hat die Umstrukturierung der stationären Teams im Hinblick auf die Pflegeversicherung?*
- *Kann kostenneutral die Pflegequalität verbessert werden?*

- *Lassen sich – durch Rückstufungen, durch die Stabilisierung des Pflegezustandes, durch die Rückkehr in die häusliche Versorgung usw. – Einsparungen erzielen?*

Um die Hypothesen zu überprüfen, wählte die Wissenschaftliche Begleitung einen Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden. Die qualitativen Fragestellungen bezogen sich primär auf das Gelingen der Teamarbeit, die Verbesserung der Pflegequalität und auf die Zufriedenheit der Bewohner und der Angehörigen mit dem Modellangebot. Dazu sind leitfadengestützte Expertengespräche mit den Pflegekräften (6), Therapeuten (6) und der Projektleitung (4) durchgeführt worden sowie narrative Interviews mit Bewohnern und Angehörigen (5). Darüber hinaus sind zum Thema ‚Ergebnisqualität‘ zwei Fokusrunden einberufen worden.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen sollte anhand des RAI 2.0 gemessen und statistisch ausgewertet werden. Als sich gegen Ende des ersten Modelljahres abzeichnete, dass es Schwierigkeiten bei der Implementierung des RAI 2.0 gibt, wurden die Pflegekräfte erneut geschult und die Therapeuten verpflichtet, therapiespezifische Instrumente zu verwenden. In Abstimmung mit der Wissenschaftlichen Begleitung und der Projektleitung wählte

- Die Physiotherapeutin zunächst zwei gängige Geriatrische Assessmentinstrumente aus: den Timed Up & Go<sup>12</sup> und den Tinetti<sup>13</sup>. Es zeigte sich jedoch relativ früh, dass bei einem Großteil der Bewohner, die Tests nicht durchführbar waren, und wenn sie durchführbar waren, dann waren die Instrumente nicht sensibel genug, um Veränderungen in den Funktionsbereichen aufzuzeigen.

In den letzten 18 Monaten der Modelllaufzeit ist deshalb gemeinsam entschieden worden, das vom Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Freiburg (ZGGF) entwickelte Physiotherapeutische Assessment zu verwenden.

- Die Ergotherapeutin setzte das Ergotherapeutische Assessment des ZGGF ein;
- die Logopädin verwendete zunächst Teile des Aachener Aphasie-Tests. Gegen Ende des Modellvorhabens entschied sie sich ebenfalls für das logopädische Instrument aus dem Freiburger Assessment-Netzwerk.

Als sich abzeichnete, dass sich trotz der erneuten Schulung das RAI 2.0 nicht implementieren lässt (vgl. Kapitel VI) lud die Projektleitung alle Teammitglieder und die Wissenschaftliche Begleitung zu einer Fokusrunde ein, um die weitere Vorgehensweise abzustimmen.

---

<sup>12</sup> Podsiadlo D, Richardson S (1991): The Timed „Up & Go“: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 39: 142-148

<sup>13</sup> Tinetti ME (1986): Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J AM Geriatr Soc 34: 119-126

Ergebnis der Fokusrunde war, statt des RAI 2.0 den erweiterten Barthel-Index (EBI) zu verwenden, allerdings – darauf bestanden die Pflegekräfte und die Projektleitung – in einer von ihnen modifizierten Form. Es wurde vereinbart, den Test in einem Abstand von maximal zwei Monaten bei allen Bewohnern durchzuführen.

Das Studiendesign musste dem „neuen“ Instrumentarium entsprechend verändert werden. Therapeuten und Pflegekräfte waren bemüht – trotz der anfänglichen Unzufriedenheit mit dem Instrumentarium – die Wissenschaftliche Begleitung „mit Daten zu versorgen“. Mit dem modifizierten EBI sind dann alle Bewohner vier Mal getestet worden. Der Wechsel des Instrumentariums führte dazu, dass zwar insgesamt viele Daten erhoben worden sind. Der Erhebungszeitraum der vergleichbaren Daten sich bei der Pflege aber auf ein Jahr und bei den Therapeuten auf eineinhalb Jahr verkürzte.

Die Probleme mit den Assessmentinstrumenten sind nicht primär modellspezifisch zu sehen. Die gängigen geriatrischen Testverfahren sind gerade bei hochaltrigen Pflegebedürftigen oft nicht sensibel genug, um die Wirkung von präventiven und aktivierenden Maßnahmen adäquat abzubilden. Insofern sollte das Modellergebnis auch Anstoß sein, darüber nachzudenken, mit welchem Instrumentarium bei Pflegeheimbewohnern Veränderungen im Bereich der Selbstversorgungskompetenz und der Teilhabe erfasst werden können.

Zwei weitere im Modellantrag vorgesehene Outcome-Kriterien sind die Zahl der Rückstufungen in eine niedrigere Pflegestufe und die Anzahl der Bewohner, die in ihre Privatwohnung zurückgekehrt sind.

## **IV. Multiprofessionelle Teamarbeit: Vom interdisziplinären zum transdisziplinären Ansatz**

„Von Team spricht man, wenn eine Gruppe von fachlich unterschiedlich spezialisierten Menschen an einem Ziel arbeitet, in der Zusammenarbeit fortlaufend auf Koordination und Kommunikation angewiesen ist und der Arbeitserfolg von keinem für sich allein erreicht werden kann“.<sup>14</sup> Die Definition des Therapeutischen Teams von Runge/Rehfeld bezieht sich auf die geriatrische Rehabilitation. Sie trifft aber auch auf das multiprofessionell besetzte Team in der stationären Pflege zu. Die Teamleitung obliegt hier jedoch nicht dem Arzt, sondern der Pflege.

Wenn Teamstrukturen geändert werden, stehen die Mitglieder vor neuen kommunikativen Anforderungen, vor allem dann, wenn das Team – wie in St. Wendel - nicht nur inter-, sondern transdisziplinär zusammenarbeitet: Hier übernimmt jede Berufsgruppe auch Elemente aus der Arbeit der anderen Disziplinen. Dazu ist es notwendig, dass Kompetenzen und besonders Kompetenzgrenzen klar definiert und ausgetauscht werden. „Gerade im Team ist eine klare Abgrenzung von Verantwortlichkeit und Entscheidungsbefugnis Voraussetzung für Effektivität und Erfolg“.<sup>15</sup>

Zu den grundlegenden Anforderungen an die Arbeit im geriatrischen Team gehört, so 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 die Teamarbeit“.<sup>16</sup>

Eine effiziente Teamarbeit verlangt eine einheitliche Vorgehensweise. Die konzeptionellen Vorstellungen und die Zielsetzung der Teammitglieder müssen übereinstimmen, was ein hohes Maß an Verständigungsbereitschaft voraussetzt. Dass Veränderungen der Teamstrukturen, wie sie in St. Wendel vorgenommen worden sind, nicht konfliktfrei verlaufen, ist zu erwarten gewesen.

### **IV.1 Integration der Therapeuten ins Pflorgeteam**

Mit der Einbindung der Therapeuten ins Pflorgeteam soll ein aktivierendes Milieu geschaffen werden, „welches ein konkurrenzfreies, ergebnisorientiertes, gemeinsames pflegerisches und therapeutisches Handeln ermöglicht. Therapeutische Gesichtspunk-

---

<sup>14</sup> Runge M, Rehfeld G (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart, New York: 153

<sup>15</sup> Ebd.: 153

<sup>16</sup> Meier-Baumgartner, HP (1995): Das geriatrische Team. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1995) 2: 259-262

te sollen so in den normalen Tagesablauf Einzug finden und den Pflegeprozess bereichern“.<sup>17</sup> Die Leitung der beiden Projektteams obliegt jeweils der Wohnbereichsleitung.

Nach der Auswertung der Interviews, die mit den Pflegekräften und den Therapeuten geführt worden sind, lässt sich der Teamentwicklungsprozess in drei Phasen unterteilen und zwar

1. in die Phase der Anspannung und Gegenwehr
2. in die Phase der Annäherung und
3. in die Phase der gelungenen Teamarbeit

#### **IV.1.1 Phase der Anspannung und Gegenwehr**

Zu Modellbeginn haben die Therapeuten zunächst in den Wohnbereichen hospitiert. Während sie die Pflegekräfte durch den Stationsalltag begleitet haben, ist gemeinsam überlegt worden, welche Maßnahmen bei den einzelnen Bewohnern sinnvoll sind. Die ersten Spannungen sind aufgetreten, als die Einschätzungen oft gegensätzlich waren und die Differenz sich nicht auflösen ließ, weil die gegenseitige Wertschätzung fehlte.

Die Pflegekräfte hatten das Gefühl, „für dumm“ gehalten zu werden. Ihrer Meinung nach konnten die Einschätzungen der Therapeuten allein schon deshalb nicht richtig sein, weil sie (die Pflegekräfte) die Bewohner „länger und besser kennen als die Therapeuten“. Für die Therapeuten war die Zusammenarbeit ebenfalls belastend. Sie fühlten sich von den Pflegekräften „nicht angenommen“ und hatten das Gefühl im Wohnbereich „lästig zu sein“.

Nach der Hospitation, als die Therapeuten dann regulär im Wohnbereich mitgearbeitet haben, ärgerten sich die Pflegekräfte vor allem darüber, wie die Therapeuten mit dem Faktor ‚Zeit‘ umgehen (können):

*„Wir (die Pflegekräfte) können nicht den halben Morgen neben einer Bewohnerin stehen und das Wasch- und Anziehtraining verfolgen, wenn drei andere Bewohner darauf warten, dass wir ihnen beim Anziehen helfen“.*

Die Pflegekräfte lehnen den Modellansatz nicht ab, sie fordern aber – vor dem Hintergrund ihres knappen Zeitkontingents – „pragmatische Lösungen“. Einer Bewohnerin ist zum Beispiel auf Anraten der Therapeuten die PEG-Sonde entfernt worden und die Pflegekräfte

*„... müssen (der Bewohnerin) die Flüssigkeit jetzt langsam mit einer Spritze in den Mund spritzen. Den Therapeuten wäre es lieber, wenn sie ein kleines Glas Wasser trinken würde. Dafür braucht sie aber Stunden. Diese Zeit steht einer Pflegekraft nicht zur Verfügung. Deshalb muss man eben auch zu pragmatischen Lösungen bereit sein“.*

---

<sup>17</sup> Vgl. Modellantrag: 5

Die Therapeuten haben den Eindruck, dass die Pflegekräfte „an einer Zusammenarbeit nicht wirklich interessiert sind“. Der Zeitdruck unter dem die Pflegekräfte arbeiten, ist ihnen bewusst. Sie relativieren jedoch die Problematik und werfen der Pflege mangelnde Flexibilität vor:

*„Die Pflege hier ist sicherlich sehr gut, das muss man schon sagen. Die Leute hier sind bestens gepflegt. Nur die Pflegekräfte haben oder nehmen sich keine Zeit und überlegen nicht, ob bestimmte Dinge nicht auch anders gemacht werden können. Sie wollen in ihrer Routine nicht gestört werden. Und wenn wir Therapeuten etwas anders machen, sind wir ein Störfaktor. Das spürt man, wenn man in den Wohnbereich kommt. Das ist belastend“.*

Pflegekräfte und Therapeuten beklagen sich im Grunde genommen mit leicht veränderten Vorzeichen über die gleichen Ungerechtigkeiten:

- a) über die mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit,
- b) die Pflegekräfte stört das „luxuriöse“ Zeitkontingent, das den Therapeuten bei einzelnen Verrichtungen zugestanden wird und
- c) die Therapeuten ärgern sich über das Festhalten der Pflege an Routinen, die sich mit dem Faktor Zeit allein nicht rechtfertigen lassen.

Die erste Phase des Teamentwicklungsprozesses lässt sich mit folgenden Merkmalen beschreiben:

- Misstrauen,
- Rivalität,
- mangelnde Wertschätzung,
- Festhalten an berufsspezifischen Routinen.

Diese Konfliktsituation kam nicht unerwartet und sollte nicht nur kritisch gesehen werden. In Konkurrenzgefühlen, im Wunsch besser zu sein als der andere, liegt auch eine wichtige „Triebfeder für Leistung und innovative Entwicklung“.<sup>18</sup> Solche Beziehungskonflikte dürfen aber nicht überhand nehmen und müssen gelöst werden. Damit Beziehungsarbeit nicht zu viel Energie in Anspruch nimmt, empfiehlt zum Beispiel Kämmer vor allem für die Anlaufphase von Modellen „... externe Beratung in Anspruch zu nehmen, die Supervision und Aspekte der Konzept- und Organisationsentwicklung enthält“.<sup>19</sup> Im St. Wendeler Modellkonzept ist Supervision zur Unterstützung des Teamfindungsprozesses vorgesehen gewesen und im zweiten Modelljahr umgesetzt worden (vgl. Teil A).

---

<sup>18</sup> 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

<sup>19</sup> Kämmer K (1992): Die Rolle der Pflege in der geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie 25 (1992) 4: 259-262

#### **IV.1.2 Phase der Annäherung**

Die Supervision brachte die Wende in der Teamarbeit: Spannungen wurden abgebaut, Vorbehalte und Missverständnisse weitgehend geklärt. Eine wichtige Basis für die Annäherung war der Grundkonsens zwischen den Mitarbeitern, dass das Modell und seine Zielsetzung richtig und wichtig sind und es sich lohnt, den Modellansatz zu realisieren. Weder von der Pflege, noch von den Therapeuten ist diese Haltung zu irgendeinem Zeitpunkt in Frage gestellt worden. Die gemeinsame Zielsetzung und die Orientierung am Nutzen der „Kunden“ ist einer der entscheidenden Mechanismen, die Lern- und damit auch Annäherungsprozesse in Organisationen unterstützen.<sup>20</sup>

Die Pflege gab zwar häufiger als die Therapeuten zu bedenken, dass nicht jeder Bewohner aktiviert werden möchte:

*„Das Kümmern um sie, ist manchmal die einzige Zuwendung, die sie kriegen. Deshalb muss man abwägen, ob es manchmal nicht sinnvoller ist, zu umsorgen, obwohl der Bewohner die Verrichtung vielleicht noch selbst tun könnte“.*

Hier ist die Pflege noch ihrem alten Leitbild verhaftet, kümmern ist umsorgen, kümmern könnte aber auch Aktivierung heißen. Dennoch spricht die Pflege einen nicht zu vernachlässigenden Gesichtspunkt an: Pflegebedürftige haben die Freiheit, aktivierende Angebote, die ihre Selbsthilfekompetenz fördern, nicht anzunehmen. Sie haben das Recht, in Ruhe gelassen zu werden.

Zu den Faktoren, die zur Annäherung von Therapeuten und Pflegekräften führen, gehört, dass die Pflegekräfte schon früh atmosphärische Veränderungen in den Wohnbereichen feststellen:

*„Die Stimmung ist eindeutig besser als früher. Einzelne Bewohner sind weniger depressiv. Man merkt, die Leute freuen sich auf die morgendliche Gymnastik“.*

Die Pflegekräfte merken aber auch entlastende Momente, zum Beispiel, wenn Bewohner wieder in der Lage sind, ihren Oberkörper ohne Hilfe zu waschen.

Entscheidend für die Annäherung ist aber der Respekt vor der jeweils anderen Kompetenz:

*„... wir (die Therapeuten) lernen von dem ganzheitlichen Blick der Pflege. Bisher haben wir immer gezielt auf bestimmte Funktionsdefizite reagiert. Heute gucken wir mehr den ganzen Menschen an und überlegen uns, wie wir seine alltägliche Situation verbessern können“.*

Die Pflegekräfte sind in der Phase der Annäherung selbstkritisch:

---

<sup>20</sup> Vgl. Reinhardt R, Schweicker U (1995): Lernfähige Organisationen: Systeme ohne Grenzen? Theoretische Rahmenbedingungen und praktische Konsequenzen. In: Geißler H (Hrsg.): Organisationslernen und Weiterbildung: Die strategische Herausforderung der Zukunft. Neuwied



*„Die Therapeuten hätten von Anfang an stärker einbezogen werden müssen. Der Austausch ist wichtig. Aber auch wir Pflegekräfte hätten offener sein müssen. Wir hätten nicht nur sagen dürfen ‚ich kann das‘, sondern wir hätten uns auch mal was sagen lassen müssen“.*

Und sie merken, wie sich ihre Arbeit durch Hinweise und Tipps der Therapeuten verbessert:

*„Die Therapeuten geben uns wichtige Tipps. Sie schauen, ob die Bewohner richtig im Rollstuhl sitzen, ob der Rollstuhl richtig angepasst ist. Ob das Sitzkissen oder das Besteck das richtige ist. Oft sind es Kleinigkeiten. Es ist ihr anderer Blick, von dem die Pflege profitiert. Sie zeigen uns beispielsweise bestimmte Übungen beim Streckspasmus, um den Arm lockerer zu kriegen. Das ist für unsere Arbeit sehr hilfreich.“*

Zusammenfassend lässt sich die Phase der Annäherungen mit den folgenden Merkmalen beschreiben:

- Respektvolle Abgrenzung der Kompetenzen und Aufzeigen der Kompetenzgrenzen,
- Offenheit gegenüber Hinweisen anderer,
- Sensibilität für die Verbesserungen, die durch den multiprofessionellen Ansatz erreicht werden können,
- Fähigkeit zur Selbstkritik,
- gemeinsame Orientierung am Nutzen für die Bewohner.

#### **IV.1.3 Phase der gelungenen Teamarbeit**

Gegen Ende des zweiten und im dritten Modelljahr kann von einer gelungenen Teamarbeit gesprochen werden, wobei die Zusammenarbeit mit Ergo- und Physiotherapie intensiver gewesen ist als mit der Logopädie. Ergo- und Physiotherapie haben Vollzeit gearbeitet, waren für die Pflegekräfte deshalb immer „greifbar“. Die Logopädin war wegen des geringeren Bedarfes nur halbtags beschäftigt und konnte nicht spontan einbezogen werden:

*„Es war halt unheimlich gut, wenn wir nicht mehr weiter wussten, konnten wir die Physio- oder die Ergotherapeutin fragen. Sie haben einen ganz anderen Hintergrund. Sie machen die Transfers besser als wir und da waren wir schon immer wieder auf Hilfe und Tipps angewiesen. Es gibt ja auch Tage, da hat man so viele Schwierigkeiten beim Transfer, dann rufe ich Frau M. (Ergotherapeutin.) Sie geht hin und alles klappt wunderbar. Das ist schon ein großer Vorteil.“*

Bevor die Therapeuten morgens mit dem Wasch- und Anziehtraining beginnen, findet eine kurze Abstimmung mit der Wohnbereichsleitung statt. In den 14-tägigen „großen“ Fallbesprechungen werden Probleme, die bei den Bewohnern aufgetreten sind, aus der Perspektive der verschiedenen Disziplinen angesprochen. Daraufhin wird gemein-

sam entschieden, welche Maßnahmen bei der Pflegeplanung berücksichtigt werden. In der dritten Phase verläuft die Abstimmung reibungslos, fachliche Differenzen werden argumentativ gelöst.

Von den Pflegekräften geschätzt werden auch die Gruppenangebote der Therapeuten. Sie merken, wie wichtig diese den Bewohnern sind:

*„Es ist sogar so, dass die Bewohner, wenn eine Therapeutin im Urlaub ist, richtig darauf warten, dass sie wiederkommt. Die Bewohner werden die Therapeuten, wenn sie mal nicht mehr da sind, sehr vermissen, das weiß ich jetzt schon. Das wird für uns schwierig.“*

Die anfänglichen Konkurrenzgefühle sind in der Phase der gelungenen Teamarbeit wie weggeblasen. Die Pflegekräfte haben es auf eine bemerkenswert souveräne Weise ausgehalten, dass die Bewohner

*„... leuchtende Augen kriegen, wenn die Therapeuten kommen und ihnen mehr erzählen als uns, die Therapeuten haben mehr Zeit zum Zuhören“.* Auf die Frage, ob dies nicht auch eine schmerzliche Erfahrung ist, antworten sie: *„Nein, warum? Es entlastend uns doch und die Bewohner sind zufriedener“.*

Merkmale der gelungenen Teamarbeit sind neben dem Respekt vor den Kompetenzen und Erfolgen der jeweils anderen Disziplin, auch die spannungs- und angstfreie Arbeitsatmosphäre, die es zu lässt, Schwierigkeiten und Fehler zu benennen. Die entscheidende Determinante für den positiven Verlauf des Teamfindungsprozesses ist aber die gemeinsame Orientierung am Nutzen für den Bewohner. Diese Haltung unter den Mitarbeitern gilt es zu fördern. Sie ist die Voraussetzung dafür, Veränderungs- und Lernprozesse in Gang zu setzen.

Auch das partizipative Vorgehen der Projektleitung ist für den Veränderungs- und Lernprozesse förderlich gewesen. Eine funktionierende Leitung spielt bei der Implementierung von Modellansätzen eine entscheidende Rolle. Zu den unverzichtbaren Leitungsaufgaben gehören:

- Moderation des Teamfindungsprozesses (Definition der Kompetenzen und Kompetenzgrenzen),
- Begleitung des Prozesses durch Supervision,
- Etablierung eines gemeinsamen Leitbildes (Zielsetzung), das sich am Nutzen für die „Kunden“ orientiert,
- Schaffung einer angstfreien Arbeitsatmosphäre, die das Ansprechen von Fehlern und Kenntnislücken ohne Gesichtsverlust ermöglicht.

Eine zentrale Aufgabe der Therapeuten im Projektteam, so der Träger, *„ist die direkte Anleitung aller Pflegekräfte bei der aktivierenden Pflege“.*<sup>21</sup> Interessanterweise ist der

---

<sup>21</sup> Vgl. Modellantrag: 5

Begriff der „Anleitung“ weder von den Therapeuten noch von den Pflegekräften verwendet worden, auch nicht in der Phase der gelungenen Teamarbeit. Die Pflegekräfte haben immer darauf verwiesen, dass sie wichtige „Tipps“ und „Hinweise“ von den Therapeuten erhalten haben. Und die Therapeuten sprachen davon, dass ihre Hinweise „angenommen wurden“. Warum ist nicht „angeleitet“ worden?

Der Begriff „Anleitung“ impliziert einen hierarchischen Unterschied und zwar fachlich wie personell. Möglicherweise haben die Therapeuten aus Sorge vor erneuten Spannungen es vermieden, sich explizit in die ihnen konzeptionell zugeordnete Rolle des Anleiters zu begeben. Die Sorge ist nicht unberechtigt, auch die Projektleitung hat das Thema „Anleitung“ mit Vorsicht behandelt, zumal die Pflege sich ja „anleiten“ ließ, in dem Sinne, dass sie dazu gelernt hat. Multiprofessionelle Teamarbeit gelingt eben nur, wenn die verschiedenen Disziplinen „auf Augenhöhe“ zusammen arbeiten.

## V. Verbesserung der Pflegequalität und der Möglichkeiten der Teilhabe

Eine zentrale Hypothese (1) des Modells ist:

*Die strukturierte Zusammenarbeit von Pflegekräften und Therapeuten in einem Team führt zur Verbesserung der Pflegequalität.*

Die Hypothese lässt sich verifizieren. Die Verbesserungen der Pflegequalität zeigen sich insbesondere

- bei der Hilfsmittelversorgung,
- bei der Aktivierung der Bewohner,
- bei den Transfers der Bewohner,
- in der „Atmosphäre“ im Wohnbereich und
- in der positiveren Gestimmtheit und der besseren sozialen Teilhabe der Bewohner.

Die Verbesserung der Hilfsmittelversorgung war zu erwarten. Die Therapeuten bringen hier spezielle Kenntnisse mit. Die Anpassung von Rollstühlen und Gehhilfen, die Handhabung von Bestecken und anderen Hilfsmitteln, die die Alltagsverrichtungen erleichtern, ist dadurch fachgerechter erfolgt. Die bessere und adäquatere Hilfsmittelversorgung schafft mehr Möglichkeiten der Teilhabe:

*„Wir (die Pflegekräfte) holen ja alle Bewohner aus dem Bett raus. Wir lassen anders als früher keinen Schlaganfallpatienten mehr im Bett liegen. Dazu brauchen wir aber unter Umständen einen multifunktionalen Rollstuhl mit Nackenstütze und Therapietisch, der richtig angepasst ist“.*

Bezüglich der Aktivierung, so die Projektleitung, habe sich die Wahrnehmung der Pflegekräfte spürbar verändert. Deutlich werde dies vor allem darin, dass bei Verrichtungen, die die Selbstständigkeit des Bewohners fördern, „... heute nicht immer gleich die Frage kommt, haben wir dazu überhaupt Zeit“. Diese Einschätzung wird von den Pflegekräften geteilt:

*„Unser Blickwinkel ist ein anderer geworden. Wir schauen weniger auf die Defizite als früher, mehr auf die Potentiale. Oft sind es nur Kleinigkeiten, die wir anders machen, aber die sind wichtig.“*

Der andere Umgang mit den Bewohnern, der andere Blick auf die Belange des Pflegebedürftigen führt zu einer besseren Stimmung unter den Bewohnern. Die bessere Stimmung und die erzielten Fortschritte erhöhen die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte. Die Pflegekräfte beider Wohnbereiche bestätigten, dass sie in der multiprofessionellen Zusammenarbeit eine Aufwertung ihrer pflegerischen Arbeit sehen.

Die Transfers aus dem Bett in den Rollstuhl und umgekehrt - sind in der Regel gemeinsam von Pflegekräften und Therapeuten durchgeführt worden. Die vielen praktischen Tipps und Hinweise der Therapeuten führen nicht nur zu fachgerechteren Transfers, die für die Bewohner sicherer und angenehmer sind, sondern für die Pflegekräfte auch zu einer Erleichterung der Transfers.

Das wichtigste Indiz für die Verbesserung der Pflegequalität sehen alle Beteiligten jedoch in der besseren Stimmung der Bewohner.

*„Viele Bewohner kommen in einer eher depressiven Stimmung hierher und verschließen sich. Bei den Aktivitäten gehen sie aber tatsächlich aus sich raus. Nach der morgendlichen Gymnastik ist hier eine gute Stimmung, die Leute freuen sich. Aber auch nach dem Wasch- und Anziehtraining sind sie mobiler und froher.“*

Die Stimmung der Bewohner habe sich auch deshalb verbessert, so eine Pflegekraft, weil sie den Therapeuten *„... mehr erzählen als uns. Einmal, weil die Therapeuten sich länger Zeit nehmen, und dann, weil sie wissen, dass das ein Therapeut ist und dann strengen sie sich mehr an“*.

Ob die Bewohner die Therapeuten tatsächlich hierarchisch höher ansiedeln und sich deshalb „mehr anstrengen“, sei dahin gestellt. Vielleicht strengen sich die Bewohner deshalb mehr an, weil sie erstens merken, dass ihnen die Aktivierung gut tut und zweitens, weil sie merken, dass auf ihre Potentiale geachtet und ihnen etwas zugetraut wird.

Die Verbesserung der Teilhabe liegt im Zugewinn an Mobilität, aber auch in den besseren Transfers:

*„Es ist eine große Veränderung, wenn wir den Bewohner nicht mehr mit dem Rollstuhl zum Essen fahren, sondern er dabei unterstützt wird, weitgehend selbstständig mit der Gehhilfe zum Essen zu gehen und sich ganz normal an den Tisch setzen kann“*.

Das Mehr an Aktivierung in den Wohnbereichen erhöht die Chancen der sozialen Teilhabe. Die Projektleitung, wie auch die Pflegekräfte halten es für ein großes Plus, dass im Zuge des multiprofessionellen Ansatzes mehr aktivierende Maßnahmen im Wohnbereich angeboten werden. Man erreiche damit deutlich mehr Bewohner als durch Angebote, die das Pflegeheim zentral vorhält.

*„Früher haben wir deutlich mehr zentral im Mariensaal unserer Einrichtung angeboten. Heute setzen wir stärker auf Angebote in den Wohnbereichen. Es gibt viele Bewohner, die in ihrem vertrauten Bereich bleiben wollen, weil dort ihre persönliche Situation bekannt ist und darauf entsprechend reagiert werden kann. Das muss man respektieren“*.

Die Plausibilität der Beispiele spricht dafür, dass Hypothese 3 zutreffend ist. Die Ergebnisqualität (vgl. Kapitel IX) und die Einschätzung der Betroffenen stützen diese Annahme.

## V.1 Einschätzung der Pflegequalität durch die Bewohner und ihre Angehörigen

Die Interviews mit Bewohnern und Angehörigen waren insofern schwierig als beide meistens nicht einzuschätzen wussten, was anders ist als früher. Die meisten Angehörigen wollen eine gute Pflege und wenn zusätzlich aktivierende Maßnahmen angeboten werden, ist das recht, aber sie fordern sie nur im Ausnahmefall als Notwendigkeit ein. Die Pflegekräfte stellen fest:

*„Es gibt Angehörige, die fragen nach, aber das Gros interessiert es nicht.“*

Ob es tatsächlich Desinteresse ist, kann nicht beantwortet werden. Die Einrichtung der Stiftung Hospital St. Wendel hat in der Region einen guten Ruf. Die Angehörigen gehen also davon aus, dass der Pflegebedürftige hier besser versorgt wird als andernorts. Außerdem kommen Angehörige meist am späten Nachmittag in die Einrichtung, also erst nach Dienstschluss der Therapeuten.

Die Frage, ob der aktivierende Ansatz per se die Chance geboten hätte, Angehörige anzuleiten, um sie dadurch stärker in die Verantwortung für den Pflegebedürftigen zu nehmen, muss an dieser Stelle offen bleiben. Es wäre aber wünschenswert, bei konzeptionellen Neuerungen, gerade in der stationären Pflege, die Rolle der Angehörigen oder anderer Bezugspersonen stärker zu berücksichtigen.

Engagierte Angehörige nehmen Veränderungen in der pflegerischen Versorgung jedoch sehr wohl wahr: Der Bruder einer Pflegebedürftigen, der sich mit anderen Geschwistern und dem Lebensgefährten seiner Schwester die täglichen Besuche und die Sorge teilt, berichtet:

*„Meine Schwester hatte einen Herzinfarkt, sie ist nicht gleich gefunden worden. Der Sauerstoffmangel im Gehirn führte zu ihren schweren Beeinträchtigungen. Das war vor mehr als zwei Jahren. Nach dem Krankenhaus kam sie in eine Rehabilitation und danach in einem sehr schlechten Zustand hierher. Sie weinte viel, konnte nicht sprechen und wir wussten nicht, wie weit sie ihren Zustand realisierte.*

*Seit sie hier ist, hat sich ihr Zustand deutlich verbessert, vor allem die Sprache. Sie kann sich wieder ausdrücken. Sie würde jetzt zwar nicht unbedingt wissen, wer ich bin, aber ihr Langzeitgedächtnis funktioniert und ich kann sie zum Lachen bringen. Die Logopädie hier tut ihr gut. Sie hat dazu noch eine Langzeitverordnung logopädischer Maßnahmen. Das passt gut zusammen.*

*Sie ist deutlich mobiler geworden. Dreimal in der Woche nehmen wir sie im Rollstuhl mit in die Stadt. Das ist wieder möglich. Wir haben sie vor kurzem auf eine Geburtstagsfeier mitgenommen und einen Film gedreht, den wollen wir ihr zeigen. Vielleicht erinnert sie sich.*

*Mich beunruhigt der Weggang der Therapeuten, weil ich eher den Eindruck habe, man könnte noch intensiver mit ihr arbeiten. Die Verordnungen des Hausarztes reichen nicht aus, um ihren jetzigen Zustand über längere Zeit stabil zu halten“.*

Das Beispiel zeigt, dass gerade durch das Ineinandergreifen der rehabilitativ orientierten Pflege und der (Langzeit-)Verordnung von Heilmitteln Synergien entstehen, die zu positiven Effekten führen.

In den Gesprächen mit den Bewohnern, war es schwierig zu erfahren, was sie von dem Modellangebot halten. Einzelne Bewohner verhielten sich der Interviewerin gegenüber eher distanziert. Sie befürchteten, dass das Gespräch dazu da ist, neue Angebote bereitzustellen. Das wollten sie nicht. Mit dem was da ist, sind sie zufrieden. Und jedes Mal, wenn eine Therapeutin vorbei kam, freuten sie sich.

Aktivierung verlangt immer auch ein hohes Maß an Sensibilität für das, was die Bewohner wollen oder abwehren. Die Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und der Teilhabe impliziert nicht, an möglichst vielen Aktivitäten teilzunehmen. Eine Pflegekraft sagt:

*„Man muss aufpassen, sie (die Bewohner) nicht zu überfordern. Einerseits muss man sie motivieren, aber gleichzeitig auch akzeptieren, wenn sie ihre Ruhe haben wollen.“*

Zur Förderung der Selbständigkeit und der sozialen Teilhabe gehört eben auch, Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume zu schaffen. Überhaupt die Möglichkeit zu haben, auswählen und „nein“ sagen zu können, ist ein Indiz für soziale Teilhabe.

## VI. Die Implementierung des Resident Assessment Instrument (RAI 2.0)

Einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegequalität sollte nicht nur der multiprofessionelle Ansatz leisten, sondern auch die Einführung des RAI 2.0. Denn das Instrument, so der Modellträger, „... fördert eine sorgfältige Analyse vorhandener Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, die für die Pflegekräfte von zentraler Bedeutung für die Pflegeplanung sind. Das MDS (Minimal Data Set) des RAI 2.0 unterstützt das systematische Vorgehen bei der Beachtung aller relevanten Faktoren und gibt Sicherheit, dass alles Notwendige beachtet wurde“.<sup>22</sup>

Vor dem Start und während des Modellverlaufs haben die Pflegekräfte zwei RAI-Schulungen absolviert. In die Schulungen sind die Therapeuten nicht einbezogen worden, weil das RAI 2.0 primär ein pflegerisches Instrument ist. Ihre Aufgabe hätte „in der Planung und Umsetzung der im RAI-Prozess ermittelten Aktivierungsmöglichkeiten liegen sollen“.<sup>23</sup> Mit diesem Vorgehen sind die Therapeuten nicht einverstanden:

*„Es wäre sinnvoll gewesen, wenn wir hier von Anfang an mit einbezogen worden wären, auch wenn's in erster Linie ein pflegerisches Instrument ist. Aber die gemeinsame Schulung hätte vielleicht die Verständigung zwischen uns und den Pflegekräften vereinfacht.“*

Die Pflegekräfte meinen dagegen: *„Die Therapeuten werden ja in die Pflegeplanung einbezogen. Wir fragen sie auch nach dem Aktivierungsbedarf der Bewohner und tragen das dann ein. Eine gemeinsame Schulung war nicht notwendig, sie hätte am Vorgehen nichts geändert.“*

Es lässt sich schwer beurteilen, ob es tatsächlich sinnvoll gewesen wäre, die Therapeuten in die RAI-Schulung einzubeziehen. Es gibt kein Indiz dafür, dass eine gemeinsame Schulung die Implementierung des Instruments vereinfacht hätte. Es ist auch fraglich, ob die gemeinsame Schulung die Verständigung oder die Abgrenzung der Kompetenzen erleichtert hätte. Denn therapeutische Befunde spielen im RAI nur eine marginale Rolle.

Warum ließ sich das Instrument nicht implementieren? In den Expertengesprächen kristallisierten sich die folgenden Gründe heraus:

1. Die Pflegeplanung erfolgte in der Modelleinrichtung über Jahre auf der Basis der IADLs.<sup>24</sup> Mit der Einführung des RAI 2.0 mussten eingespielte Abläufe, bewährte Routinen aufgegeben werden. In der zweiten Fortbildung, so die Projektleitung, sei deutlich geworden, dass *„diese Systemänderung, erstens Zeit*

---

<sup>22</sup> Vgl. Modellantrag: 5

<sup>23</sup> Ebd.

<sup>24</sup> Lawton MP, Browdy EM (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9: 179-186



*braucht und zweitens eine regelmäßige Nachkontrolle erforderlich macht. Bei der Nachkontrolle hätte man stärker darauf achten müssen, wo das RAI Probleme macht und klären müssen, an was es liegt“.* Diese „Nachkontrolle“ sei, so die selbstkritische Einschätzung, nicht ausreichend erfolgt.

Nach der zweiten Schulung waren dann zwar einzelne Pflegekräfte davon überzeugt, mit Hilfe des RAI die Pflege differenzierter planen zu können als mit den IADLs. Es gelang ihnen aber nicht, ihre Kollegen zu überzeugen.

2. Bei der Installierung der zum RAI 2.0 gehörenden Software sind technische Probleme aufgetreten (vgl. Teil A). Dazu kommt, dass nicht alle Pflegekräfte darin versiert sind, edv-gestützt zu dokumentieren. Allein die Technik zu beherrschen, kostet sie zusätzliche Zeit.
3. Ein Kritikpunkt bezieht sich auf die inhaltliche Gestaltung der RAI-Software. Der Transfer der Daten von der Erfassung bis zur Nutzung sei nicht leicht nachvollziehbar: *„Man macht ein Assessment, gibt die Daten ein und erwartet dann eine Handlungsempfehlung, es kommt aber zu einer erneuten Abfrage“.* Die Zweckmäßigkeit des Instruments ist deshalb nicht immer einsichtig.
4. Der Hauptkritikpunkt betrifft aber den Zeitaufwand: *„Es ist ein sehr zeitaufwändiges Verfahren. Es alle drei Monate einzusetzen, wie die Autoren es vorschreiben, plus die Erfassung der Veränderungen, ist bei unseren Bewohnern nicht zu schaffen. Sonst wäre man ständig dabei, Assessments zu machen“.*

Die Mehrheit der Pflegekräfte ist von dem Instrument nicht überzeugt gewesen. Insofern machte es keinen Sinn, auf der Implementierung zu bestehen. Folglich konnten auch die Qualitätsindikatoren des RAI nicht als „Benchmarks“ für die hausinterne Qualitätsdiskussion eingesetzt werden. Da sich die Wohnbereiche aber regelmäßig über Ergebnisse, Erfahrungen und Probleme austauschen, ist dieser Wegfall weitgehend kompensiert worden.

Anstelle des RAI 2.0 verwenden die Pflegekräfte den erweiterten Barthel-Index (EBI), ein Instrument, das vor allem in der Neurologischen Rehabilitation eingesetzt wird. Ihrer Meinung nach lassen sich damit Veränderungen im Pflegeprozess genauer und praktikabler erfassen als mit dem RAI 2.0. Der erweiterte Barthel-Index ist dann auch intensiv genutzt worden.

## VII. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten

Zu den Modellzielen gehört die Optimierung der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen stationärer Pflege und den zuständigen Fach- und Hausärzten. Bislang erfolge die Zusammenarbeit, so der Modellträger, primär fallbezogen und wenig strukturiert, ein interdisziplinäres Vorgehen gebe es nicht. Außerdem „fehle den Hausärzten in vielen Fällen das notwendige geriatrische Fachwissen, das für die Versorgung der Pflegeheimbewohner erforderlich wäre. Die Folge davon ist, dass Aktivierungspotentiale von hochaltrigen Personen nicht erkannt und die erforderlichen Maßnahmen nicht in die Wege geleitet werden“.<sup>25</sup>

Deshalb sollten die zuständigen Hausärzte über Kooperationsvereinbarungen in die Modellmaßnahme eingebunden werden. In den Vereinbarungen hätte geregelt werden sollen, dass gemeinsame Visiten und Fallbesprechungen durchgeführt werden und die Ärzte alle „medizinisch relevanten Aspekte in die Pflege- und Therapieplanung“ einbringen.<sup>26</sup> Mit der gemeinsamen Planung und Zielsetzung wäre ein Lernprozess in Gang gekommen, von dem beide Seite – Ärzte wie Pflegekräfte – profitiert hätten.

Die Bewohner werden von insgesamt 11 Fach- und Hausärzten betreut. Alle Ärzte sind über das Modellprojekt umfassend informiert und der Vorsitzende des Hausärzterverbandes ist in den Projektbeirat eingebunden worden. Seitens des Verbandes ist der Modellansatz ausdrücklich begrüßt worden, allerdings mit der Einschränkung, dass das Mehr an Aktivierung nicht dazu führen dürfe, das Heilmittelbudget zu belasten. Es müsse eher das Gegenteil erreicht werden.

Es zeigte sich jedoch früh, dass sich gemeinsame Visiten zu festgelegten Terminen nicht realisieren lassen. Die Hausärzte wollen nach Bedarf und erst dann ins Heim kommen, wenn der Praxisbetrieb es zulässt. Es wurde auch bemängelt, dass für gemeinsame Visiten und Fallbesprechungen die Vergütungsgrundlage fehle.

Einzelne Ärzte sind aber bereit, bei jedem Besuch Kontakt mit den Pflegekräften und/oder den Therapeuten aufzunehmen, die Behandlung mit ihnen abzustimmen und alle relevanten Informationen in die Pflegedokumentation einzutragen. Insofern hat sich die Zusammenarbeit mit einigen Ärzten im Modellverlauf in der Tat verbessert. Von einer Systematisierung der Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten kann jedoch nicht gesprochen werden.

Die Projektleitung hat dieses Ziel bis zum Ende des Modells nicht aufgegeben. Sie ist immer wieder auf den saarländischen Hausärzterverband zugegangen, mit dem Ergebnis, dass in St. Wendel jetzt ein Qualitätszirkel „Heimbetreuung“ geplant ist. Bis zum Ende der Modelllaufzeit hat er sich jedoch noch nicht konstituiert.

---

<sup>25</sup> Vgl. Modellantrag: 2

<sup>26</sup> ebd: 6

Um den Ärzten freie Hand bei der Termingestaltung zu lassen, zugleich aber gemeinsame Visiten zu ermöglichen, ist die Pflege anders organisiert worden: Die Pflegekräfte ordnen ihre Zuständigkeiten im Rahmen der Bezugspflege künftig „nach Hausärzten ...“, so dass nicht mehr das komplette Team, sondern die führende Pflegekraft sowie die zuständige Therapeutin anwesend sein werden“.<sup>27</sup> Ob sich dadurch die Zusammenarbeit in Zukunft verbessert, wird sich zeigen. Die Pflegekräfte sind eher skeptisch:

*„Es hat immer schon Ärzte gegeben, mit denen wir gut zusammen gearbeitet haben, die auch nachgefragt haben. Und es gibt Ärzte, die rennen hier nur schnell durch. Viel ändern wird sich daran nichts“.*

---

<sup>27</sup> Vgl. Strategiepapier der Stiftung Hospital St. Wendel: Verstärkte Einbindung der Hausärzte in das Modellprojekt: 4

## VIII. Die Bewohner und Bewohnerinnen der Wohnbereiche

Bei den Bewohnern der beiden Wohnbereiche handelt es sich um hochaltrige, multi-morbide ältere Menschen, die einen komplexen Pflege- und Hilfebedarf aufweisen. Im Durchschnitt sind sie 83,8 Jahre alt, erwartungsgemäß überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 82,9 Prozent.

**Tabelle 1: Bewohner nach Altersgruppen**

| Altersgruppen    | n  | in % |
|------------------|----|------|
| bis 60 Jahre     | 5  | 6,1  |
| 61 bis 70 Jahre  | 2  | 2,4  |
| 71 bis 80 Jahre  | 15 | 18,3 |
| 81 bis 90 Jahre  | 40 | 48,8 |
| 91 bis 100 Jahre | 17 | 20,7 |
| über 100 Jahre   | 2  | 2,4  |
| keine Angabe.    | 1  | 1,2  |
| Insgesamt        | 82 | 100  |

Knapp die Hälfte der Bewohner fällt in die Altersgruppe der 81- bis 90-Jährigen. Die zweitstärkste Altersgruppe mit rund 21 Prozent sind die 91- bis 100-Jährigen. Hier scheint sich der Trend zu bestätigen, dass diese Altersgruppe in den nächsten Jahrzehnten überproportional stark anwachsen wird. Der Range hat eine Spannweite von fast 70 Jahren: Die jüngste Bewohnerin ist 36 Jahre und die älteste 105 Jahre alt.

Der Grund für die Aufnahme der jüngsten Bewohnerin war, dass sie von frühester Kindheit an mit einer schweren Hirnschädigung lebt und zu Hause versorgt wurde bis ihre Mutter aus gesundheitlichen Gründen die Pflege nicht weiter übernehmen konnte. Auch bei den anderen jüngeren Bewohnern ist das Ausfallen oder das Fehlen einer Pflegeperson für die Übersiedlung ins Pflegeheim ursächlich.

Die Mehrheit der Bewohner ist verwitwet (75,6%), verheiratet sind nur noch 12,2 Prozent. Bei den Angehörigen handelt es sich also in den meisten Fällen nicht um die Ehepartner, sondern um die Kinder oder andere Verwandte bzw. (primäre) Bezugspersonen.

**Tabelle 2: Bewohner nach Familienstand**

| Familienstand | n  | in % |
|---------------|----|------|
| ledig         | 7  | 8,5  |
| verheiratet   | 10 | 12,2 |
| verwitwet     | 62 | 75,6 |
| geschieden    | 3  | 3,7  |
| Insgesamt     | 82 | 100  |

**Tabelle 3: Woher stammen die Bewohner?**

| Früherer Wohnort    | N  | in %  |
|---------------------|----|-------|
| St. Wendel – Stadt  | 33 | 40,2  |
| St. Wendel – Umland | 27 | 32,9  |
| anderer Ort         | 22 | 26,8  |
| Insgesamt           | 82 | 100,0 |

Rund 40 Prozent der Bewohner kommen aus der Stadt St. Wendel, ein Drittel aus dem Umland und etwa 27 Prozent aus anderen Orten. Der relativ hohe Anteil derjenigen, die sich aus weiter entfernten Orten für die Einrichtung der Stiftung Hospital entschieden haben, hängt sicherlich mit dem guten Ruf des Hauses zusammen. Möglicherweise ist dieser Anteil aber auch ein Indiz dafür, dass betagte Eltern in die Nähe ihrer Kinder ziehen, wenn sie auf Hilfe angewiesen sind. Insofern haben die Mobilitätsanforderungen an berufstätige jüngere Menschen auch Konsequenzen für die betagten Eltern.

Die Mehrheit der Bewohner erhält zum Zeitpunkt der Datenerhebung Leistungen der Pflegekassen. Bei den vier Bewohnern, die keine Leistungen beziehen, ist das Antragsverfahren noch am Laufen.

**Tabelle 4: Pflegebedarf im Sinne des SGB XI**

| Pflegestufe                  | N  | in %  |
|------------------------------|----|-------|
| keine/Antragsverfahren läuft | 4  | 4,9   |
| Pflegestufe 1                | 25 | 30,5  |
| Pflegestufe 2                | 38 | 46,3  |
| Pflegestufe 3                | 14 | 17,1  |
| keine Angaben                | 1  | 1,2   |
| Insgesamt                    | 82 | 100,0 |

Knapp ein Drittel der Bewohner sind in Pflegestufe 1, fast die Hälfte in Pflegestufe 2 und 17 Prozent sind in Pflegestufe 3. Das entspricht nicht ganz der Verteilung der bundesweiten Durchschnittswerte. Dort sind 40,4 Prozent der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Pflegestufe 1, 40,1 Prozent in Pflegestufe 2 und 19,5 Prozent in Pflegestufe 3 (Stand: 31.12.2008).<sup>28</sup>

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Bewohner in den Wohnbereichen lag in der Modellphase bei 39,7 Monaten. Dabei liegen das Minimum bei einem und das Maximum bei 108 Monaten. Die Bewohner leben – trotz ihrer Hochaltrigkeit – im Schnitt also mehr als drei Jahre in der Einrichtung. Das ist eine lange Zeit, die nur dann nicht bedrückend ist, wenn Aspekte wie Selbstbestimmung, Förderung der Selbstständigkeit und optimale Teilhabe selbstverständlicher Bestandteil der pflegerischen Maßnahmen sind.

Während der Modelllaufzeit sind 22 Bewohner verstorben, das entspricht in etwa einem Drittel der Bewohner beider Wohnbereiche.

---

<sup>28</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Pflegestatistik. Download unter: [www.bmg-bund.de](http://www.bmg-bund.de)

## IX. Ergebnisqualität

Die Ergebnisse des RAI 2.0 hätten als Basis für die Evaluation des Modellvorhabens dienen sollen. Nach dem die Implementierung des RAI 2.0 nicht gelungen ist und entschieden wurde, an seiner Stelle den erweiterten Barthel-Index (EBI) in einer modifizierten Form zu verwenden, sind fast alle Bewohner in kürzeren Zeitabständen mehrfach getestet worden und zwar 58 Bewohner einmal, 56 Bewohner zweimal, 53 Bewohner dreimal und 32 Bewohner viermal. Der Erhebungszeitraum hat sich allerdings aufgrund des Wechsels des Instrumentariums auf ein Jahr verkürzt.

Neben dem modifizierten EBI, der ausschließlich von den Pflegekräften verwendet wurde, setzten die Therapeuten eigene Instrumente ein. Die Physiotherapeutin experimentierte zunächst mit dem Timed Up & Go, dem Tinetti und einer Sturzrisiko-Skala. Als sie und die Ergotherapeutin aber feststellten, dass die gängigen Instrumente bei vielen Bewohnern nicht durchführbar waren oder Veränderungen nicht adäquat abbildeten, entschlossen sie sich in Abstimmung mit der Wissenschaftlichen Begleitung und der Projektleitung für das Assessmentverfahren des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie der Universität Freiburg (ZGGF). Voigt-Radloff u.a. entwickelten ein therapeutisches Assessment-Netzwerk, das berufsspezifische Assessmentverfahren für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie aufeinander abstimmt.<sup>29</sup> Auch die Logopädin verwendete gegen Ende der Modelllaufzeit das Freiburger Instrument. Bis dahin nahm sie zur Befunderhebung die Kommunikationsskala nach Goodglass und Kaplan. Der Wechsel der Instrumente führte bei ihr dazu, dass nur in wenigen Fällen mit dem gleichen Instrument mehr als einmal gemessen wurde, so dass keine belastbaren Ergebnisse vorliegen.

Die Ergo- und Physiotherapeutinnen haben 33 bzw. 35 Bewohnern in ein Erstassessment einbezogen. Ein zweites Assessment ist bei der Ergotherapeutin bei 31 Bewohnern und bei der Physiotherapeutin bei 34 durchgeführt worden. Da beide Assessmentverfahren relativ zeitaufwändig sind, war es den Therapeuten nicht möglich, die Verfahren in kürzeren Zeitabständen einzusetzen.

Trotz der Schwierigkeiten mit dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium lassen sich die Hypothesen 2 und 3 überprüfen:

Hypothese 2:

Die Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege führt dazu, dass sich die Selbsthilfefähigkeit, die Mobilität und damit die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe der Bewohner und Bewohnerinnen verbessern.

<sup>29</sup> Vgl. Voigt-Radloff S, Heiss HW (2003): Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessments. In: Neurologie und Rehabilitation 9 (6): 280-285

Hypothese 3:

Mit präventiven und aktivierenden Ansätzen in der stationären Pflege lassen sich Einsparungen im Bereich der Pflegekassen erzielen, weil es zu Rückstufungen bzw. zur Stabilisierung des Pflegezustandes kommt und eine Rückkehr in die häusliche Versorgung häufiger möglich ist.

Hypothese 2 ist bereits zu einem Teil im Rahmen der qualitativen Erhebungen überprüft worden. Die Verifizierung von Hypothese 1 besagt, dass der Modellansatz zu einer Verbesserung der Pflegequalität führt: Die optimierte Hilfsmittelversorgung, die besseren Transfers, der sensiblere Blick auf die Potentiale der Bewohner verbessern nicht nur die Qualität der Pflege, sondern es werden dadurch auch mehr und bessere Möglichkeiten der soziale Teilhabe geschaffen.

### **IX.1 Ergebnisqualität nach modifiziertem erweiterten Barthel-Index (mEBI)**

Der erweiterte Barthel-Index (EBI) dient der Erfassung von Fähigkeitsstörungen. Er basiert auf dem Barthel-Index (BI), dem Instrument, welches unter den ATL-Skalen (Aktivitäten des täglichen Lebens) am weitesten verbreitet ist. Der EBI ergänzt den BI um die Items Verstehen, Verständlichkeit, soziale Interaktion, Problemlösen, Gedächtnis/Lernfähigkeit/Orientierung und Sehen/Neglect. Er ist ein reliables, valides, veränderungssensitives und praktikables Instrument und erfüllt damit die erforderlichen Testgütekriterien.

Die Pflegekräfte und die Projektleitung des St. Wendeler Modells wollten den EBI jedoch nicht in seiner Reinform, sondern in einer von ihnen modifizierten Form übernehmen. Ihrer Meinung nach ist die Modifizierung notwendig, um Veränderungen bei den hochaltrigen Pflegebedürftigen im Wohnbereich erfassen zu können. Was wurde geändert? Dazu einige Beispiele, der vollständige modifizierte Test ist der Anlage zu Teil A des Abschlussberichtes beigelegt.

Bei der Modifizierung sind einzelne Items der Aktivitäten und die dazu gehörige Bewertungsskala zum Teil weiter differenziert worden, was aber an der maximal zu erreichenden Punktzahl (64) nichts geändert hat. Bei dem Item „Essen und Trinken“ ist zum Beispiel die Bewertungsskala ergänzt worden um die Variable „Bewohner hat PEG, kann geringe Mengen Nahrung/Flüssigkeit aufnehmen, die jedoch den täglichen Bedarf nicht decken kann“.

Die EBI-Fähigkeiten „Persönliche Pflege“, „An-/Ausziehen“ und „Baden/Duschen/Waschen“ sind im modifizierten Test anders gegliedert und die Bewertungsskala ist stär-



ker differenziert worden. In dem modifizierten Test ist die Fähigkeit „Treppen auf-/absteigen“ nicht übernommen worden, dafür enthält er die Fähigkeit „Bewegung im Bett“. Die Modifizierungen zeigen, dass das Instrument, das sonst vorwiegend in der neurologischen Rehabilitation verwendet wird, der Situation des Pflegeheimbewohners angepasst worden ist.

Durch die Modifizierung stellt sich zwangsläufig die Frage, ob der Test noch die erforderlichen Testgütekriterien erfüllt. Im Rahmen des Modells ließ sich zumindest die Reliabilität bestimmen und zwar mit dem Maß ‚Cronbach’s Alpha‘. Dieser Wert (der von 0 bis 1 reicht) gibt an, wie konsistent die Werte der einzelnen Items innerhalb einer Skala beantwortet wurden. Für den modifizierten EBI lag dieser Wert bei 0,956 und damit schon weit über dem nötigen Gütekriterium (ab einem Alpha von 0,7 spricht man von einem akzeptablen, ab 0,8 von einem guten Test).

Die Auswertung des modifizierten EBI weist, wenn gepaarte Stichproben als Vergleich herangezogen werden, auf eine weitgehende Stabilität des Pflegezustandes hin.

**Tabelle 5: Ergebnis nach mEBI bei gepaarten Stichproben**

|          |                        | Mittelwert | n  | Standardabweichung |
|----------|------------------------|------------|----|--------------------|
| Paaren 1 | Summe der Punkte (EA)* | 31,33      | 56 | 2,553              |
|          | Summe der Punkte (ZA)  | 30,82      | 56 | 2,525              |
| Paaren 2 | Summe der Punkte (EA)  | 32,86      | 53 | 2,628              |
|          | Summe der Punkte (DA)  | 32,64      | 53 | 2,503              |
| Paaren 3 | Summe der Punkte (EA)  | 34,34      | 32 | 3,008              |
|          | Summe der Punkte (VA)  | 33,14      | 32 | 2,770              |

\*EA=Eingangsassessment, ZA=Zweites Assessment, DA=Drittes Assessment, VA=Viertes Assessment

In Tabelle 5 zeigt sich, dass die Veränderungen im zweiten Assessment (T=1,539; p=0,13) und im dritten Assessment (T=0,359; p=0,721) und im vierten Assessment (T=1,076; p=0,290) sich nicht signifikant von den Werten des Eingangsassessments unterscheiden.

Wenn man dagegen von der jeweiligen Grundgesamtheit an den verschiedenen Messzeitpunkten den Median als Vergleich nimmt, sieht man zwar auch, dass der Pflegezustand weitgehend stabil bleibt. Bei einzelnen Items werden aber auch Veränderungen sichtbar.

**Tabelle 6: Ergebnis nach mEBI (Median der einzelnen Items)**

|                                                                                       | Assessment<br>(Median) |                |                |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
|                                                                                       | t <sub>1</sub>         | t <sub>2</sub> | t <sub>3</sub> | t <sub>4</sub> |
| Essen und Trinken                                                                     | 3,0                    | 3,0            | 3,0            | 3,0            |
| Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne putzen)                  | 0,75                   | 0,5            | 1,0            | 0,5            |
| Waschen, Ganzkörperpflege                                                             | 1,0                    | 1,0            | 1,0            | 1,0            |
| An- und Ausziehen                                                                     | 1,0                    | 1,0            | 1,0            | 1,0            |
| Umsteigen aus Rollstuhl ins Bett und umgekehrt                                        | 2,0                    | 2,0            | 2,0            | 2,5            |
| Fortbewegung auf ebenem Untergrund                                                    | 3,0                    | 3,0            | 3,0            | 2,0            |
| Bewegung im Bett                                                                      | 4,0                    | 4,0            | 4,0            | 4,0            |
| Benutzung der Toilette (Transfer, An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung) | 1,0                    | 1,0            | 1,0            | 2,0            |
| Stuhlkontrolle                                                                        | 1,0                    | 1,0            | 1,0            | 4,0            |
| Harnkontrolle                                                                         | 1,0                    | 1,0            | 1,0            | 1,0            |
| Verstehen                                                                             | 2,0                    | 1,0            | 2,0            | 1,0            |
| Verständlichkeit                                                                      | 4,0                    | 4,0            | 4,0            | 4,0            |
| Soziale Interaktion                                                                   | 1,0                    | 1,0            | 2,0            | 1,5            |
| Problemlösen                                                                          | ,00                    | ,00            | ,00            | ,00            |
| Gedächtnis, Lernfähigkeit, Orientierung                                               | 1,0                    | 1,0            | 2,0            | 1,5            |
| Wahrnehmungsstörung                                                                   | 2,0                    | 2,0            | 2,0            | 2,0            |

Beim Vergleich der Mediane zeichnen sich positive, wie auch negative Entwicklungen ab. Ebenso zeigt sich, dass die Verläufe nicht immer geradlinig, sondern wechselhaft sind. Bei den positiven Verläufen fällt auf, dass sich die Fähigkeiten primär zwischen dem 3. und 4. Messzeitpunkt verbessern.

#### **Fähigkeiten mit positivem Verlauf:**

*Umsteigen (Transfer) aus Rollstuhl ins Bett und umgekehrt.*

Keine Veränderungen an den ersten drei Messzeitpunkten. Am 4. Messzeitpunkt zeichnet sich eine leichte Verbesserung gegenüber dem 3. Messzeitpunkt ab. Die Verbesserung bedeutet, dass zwar beim Transfer weiterhin die Unterstützung durch eine Hilfsperson benötigt wird. Bei der 4. Messung sind die Probanden jedoch – anders als zuvor – in der Lage, das Eigengewicht selbst zu übernehmen.

*Benutzung der Toilette (Transfer-, An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung):*

Vom 1. bis zum 3. Messzeitpunkt bleibt der Hilfebedarf unverändert. Im 4. Assessment zeigt sich eine Verbesserung um einen Rang; das bedeutet, dass Hilfebedarf nicht mehr wie bei den vorigen Messzeitpunkten bei allen, sondern nur noch bei einigen Abläufen besteht.

#### *Stuhlkontrolle:*

Keine Veränderungen an den ersten drei Messzeitpunkten. Dann kommt es allerdings zu einer Verbesserung um drei Ränge. Bei den ersten drei Tests weist der Median auf eine gelegentliche Inkontinenz hin (mindestens ein Mal pro Woche, aber nicht täglich), bei der eine selbständige Reinigung/Versorgung nicht möglich ist. Im 4. Assessment ist eine normale Stuhlkontrolle möglich (auch Stuhlinkontinenz, die seltener als ein Mal pro Woche vorkommt).

#### **Fähigkeiten mit stabilem Verlauf:**

##### *Essen und Trinken:*

Die Fähigkeit bleibt im Median unverändert. Drei Punkte auf der Skala bedeuten, dass der Pflegebedürftige Mahlzeiten und Getränke, wenn sie entsprechend vorbereitet sind, selbständig zu sich nehmen kann.

##### *Waschen, Ganzkörperpflege und An- und Ausziehen:*

Bei beiden Fähigkeiten lassen sich keine Veränderungen nachweisen. Ein Punkt auf der Skala heißt, der Pflegebedürftige ist zu aktiver Mitgestaltung fähig, benötigt aber körperliche Hilfe durch eine Person.

##### *Bewegung im Bett:*

Die Fähigkeit zum selbständigen Lagewechsel bleibt über den gesamten Zeitraum stabil.

##### *Harnkontrolle:*

Inkomplette Inkontinenz (max. ein Mal täglich), eine selbständige Versorgung mit Windeln/Urinalkondom und eine selbständige Reinigung sind nicht möglich.

##### *Verständlichkeit:*

Die Fähigkeit, sich ohne Hilfsmittel verständlich zu machen (leichte Wortfindungsstörungen, leicht undeutliches Sprechen sind zulässig), bleibt unverändert.

##### *Problemlösen:*

Null Punkte bedeuten bei diesem Item, dass Pflegebedürftige über den gesamten Messzeitraum unverändert eine erhebliche Hilfestellung brauchen.

##### *Wahrnehmungsstörung:*

Der Median (2 Punkte) weist darauf hin, dass Pflegebedürftige in der bekannten Umgebung zu recht kommen, in unbekannter Umgebung aber Hilfe benötigen (schwach ausgeprägter Neglect und/oder Pusher-Syndrom).

### **Fähigkeiten mit negativem Verlauf:**

#### *Fortbewegung auf ebenen Untergrund:*

Die Fähigkeit, sich selbständig oder mit Hilfe 10 bis 50 Metern fortbewegen zu können, bleibt über drei Messzeitpunkt hinweg unverändert. Am 4. Messzeitpunkt verschlechtert sich der Median um einen Rang, das heißt, die Strecke, die Bewohner selbständig oder mit Hilfe bewältigen können, reduziert sich auf 3 bis 10 Meter.

### **Fähigkeiten mit wechselhaftem Verlauf:**

#### *Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne putzen):*

Der Median weist auf eine leichte Verschlechterung der Werte des zweiten Tests gegenüber dem ersten hin. Darauf folgt eine Verbesserung, danach erhöht sich der Hilfebedarf wieder. Die Werte wechseln zwischen den Rängen „Aktive Mitgestaltung bei vollständiger Unterstützung“ und „Aktive Übernahme nach Vorbereitung“.

#### *Verstehen:*

Die Werte schwanken von einem Messzeitpunkt zum anderen um jeweils einen Rang. Leichte Verschlechterung im 4. Assessment. Einfache Instruktionen in einer neuen Situation werden schlechter verstanden als zu Beginn und in der Mitte des Verlaufes.

#### *Soziale Interaktion:*

Im 3. Assessment ist eine Verbesserung um einen Rang feststellbar. Zwei Punkte auf der Skala bedeuten, dass Pflegebedürftige auftretende Konflikte mit Mitbewohnern und Personal lösen können. Die Verbesserung schwächt sich im 4. Assessment wieder leicht ab.

#### *Gedächtnis, Lernfähigkeit, Orientierung:*

Der Median verbessert sich im 3. Test um einen Rang, im 4. schwächt er sich dann wieder ab. Ein Punktwert von 1,5 - 2 weist auf eine leichte Verwirrtheit ohne Weglauftendenz hin.

**Tabelle 7: Ergebnis nach mEBI (Gesamtpunktzahlen)**

|                      | Mittelwert | Standardabweichung |
|----------------------|------------|--------------------|
| 1. Assessment (n=58) | 31,33      | 19,111             |
| 2. Assessment (n=56) | 30,93      | 19,165             |
| 3. Assessment (n=53) | 33,15      | 18,254             |
| 4. Assessment (n=32) | 33,14      | 15,673             |

Vergleicht man die Durchschnittswerte (arithmetisches Mittel) der Gesamtpunktzahlen an den vier Messzeitpunkten, dann verbessern sich auch hier die Werte im 3. und 4. Assessment gegenüber dem ersten Befund. Die Veränderungen sind jedoch nicht signifikant. Signifikant ist die weitgehende Stabilität des Pflegezustandes.

## **IX.2 Ergebnisqualität auf der Basis des Ergotherapeutischen und Physiotherapeutischen Assessments**

Die beiden Assessments sind Bestandteil eines vom Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Freiburg entwickelten Assessment-Netzwerkes. Durch den gleichen formalen Aufbau und dieselben Schweregrade-Kategorien soll die „interprofessionelle Verständigung über Problembereiche und die Abstimmung der therapeutischen Ziele und Maßnahmen im Team ...“ verbessert werden.<sup>30</sup>

Das Assessment-Netzwerk orientiert sich an der ICF-Klassifikation:<sup>31</sup> Schäden, Aktivitäten, Kontextfaktoren und Partizipation. Durch die Diagnosestellung nach ICF wird „der Patient in der Bewältigung seines Alltags unter den individuellen Umfeldbedingungen in Augenschein genommen“.<sup>32</sup> Die zu beurteilenden Items sind folgenden fünf Funktionsbereichen zugeordnet:

1. Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung,
2. Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung,
3. Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen,
4. Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen.

Für die Beurteilung der einzelnen Items stehen vier Schweregrade-Kategorien<sup>33</sup> zur Verfügung:

---

<sup>30</sup> Voigt-Radloff S u.a. (2003): Das Ergotherapeutische Assessment. Ein validiertes Instrument zur ergotherapeutischen Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation. Freiburg: 2

<sup>31</sup> WHO-World Health Organisation (2001): International classification of functioning, disability and health: ICF, Geneva

<sup>32</sup> Ebd.: 5

<sup>33</sup> Ebd.: 32

**Kategorie I:** Der Patient hat im jeweiligen definierten Item bei Alltagsaktivitäten in dem für ihn vertrauten Umfeld, aber auch im nicht vertrauten Umfeld keine Einschränkungen.

**Kategorie II:** Der Patient kann seine leichten Einschränkungen im jeweiligen definierten Item bei Alltagsaktivitäten in dem für ihn vertrauten Umfeld noch selbständig und sicher durch Hilfsmittel oder Kompensationsstrategien kompensieren.

**Kategorie III:** Eine Hilfsperson, die Teilleistungen oder Aufsicht übernimmt, ist zeitweise nötig, um die deutlichen Einschränkungen des Patienten im jeweiligen definierten Item zu kompensieren und Alltagsaktivitäten in dem für ihn vertrauten Umfeld zu gewährleisten. Der Patient erbringt relevante Teilleistungen.

**Kategorie IV:** Aufgrund seiner massiven Einschränkungen im jeweiligen definierten Item kann der Patient auch mit Hilfsperson bei Alltagsaktivitäten in dem für ihn vertrauten Umfeld keine relevanten Teilleistungen erbringen.

In das ergo- und das physiotherapeutische Assessment sind ausschließlich Bewohner einbezogen worden, die Einzeltherapien erhalten haben. Die Entscheidung, wer Einzeltherapien erhält und wer nicht, fiel in den 14tägigen „großen“ Fallbesprechungen. In den morgendlichen kurzen Besprechungen zwischen der Wohnbereichsleitung und den Therapeuten ist ggf. „nachgesteuert“ worden. Es sind primär die Bewohner einbezogen worden, bei denen eine positive Prognose gestellt werden konnte.

**Tabelle 8: Ergebnisse gemäß Ergotherapeutischem Assessment**

| 1. Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung |                |                |                |                |                |                |                |                |                                     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
|                                                  | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> )* |
|                                                  | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                     |
| Umsetzen                                         | 5              | 4              | 5              | 8              | 13             | 12             | 10             | 7              | 33/31                               |
| Toilettenbenutzung                               | 3              | 2              | 5              | 5              | 16             | 13             | 9              | 11             | 33/31                               |
| tägl. Hygiene                                    | 2              | 3              | 2              | 5              | 14             | 12             | 15             | 11             | 33/31                               |
| Baden/Duschen                                    | 1              | 1              | 1              | 1              | 8              | 7              | 22             | 22             | 33/31                               |
| Aus-/Anziehen ob.                                | 4              | 7              | 0              | 4              | 15             | 7              | 14             | 13             | 33/31                               |
| Aus-/Anziehen un.                                | 2              | 2              | 1              | 0              | 6              | 6              | 24             | 23             | 33/31                               |
| Trinken                                          | 16             | 14             | 10             | 4              | 4              | 9              | 3              | 4              | 33/31                               |
| Essen                                            | 15             | 11             | 7              | 6              | 9              | 10             | 2              | 4              | 33/31                               |
| Beweglichkeit im Haus                            | 5              | 5              | 2              | 6              | 10             | 8              | 16             | 12             | 33/31                               |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=31 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n *                 | %    |
| Umsetzen                                        | 13 | 9  | 2  | 6  | 1  | 18                  | 54,5 |
| Toilettenbenutzung                              | 18 | 6  | 0  | 6  | 1  | 13                  | 39,4 |
| tägl. Hygiene                                   | 21 | 7  | 2  | 1  | 0  | 10                  | 30,3 |
| Baden/Duschen                                   | 29 | 0  | 0  | 1  | 0  | 1                   | 3,0  |
| Aus-/Anziehen ob.                               | 16 | 4  | 6  | 5  | 0  | 15                  | 45,5 |
| Aus-/Anziehen un.                               | 26 | 3  | 0  | 2  | 0  | 5                   | 15,2 |
| Trinken                                         | 20 | 3  | 0  | 5  | 3  | 11                  | 33,3 |
| Essen                                           | 16 | 4  | 1  | 6  | 4  | 15                  | 45,5 |
| Beweglichkeit<br>im Haus                        | 15 | 9  | 3  | 3  | 1  | 16                  | 48,5 |

\* Differenz zu n = 33/31 = keine Angabe bei einzelnen Items

Die Auswertung der „Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung“ zeigt, dass zwar bei der Mehrheit der Probanden der Pflegezustand stabil bleibt. Bei bestimmten Items wie „Umsetzen“, „tägliche Hygiene“, „An- und Ausziehen oben“ und „Beweglichkeit im Haus“ kommt es jedoch bei einem größeren Anteil zu Veränderung des Pflegezustandes um ein bis zwei Ränge und zwar im Positiven wie auch im Negativen, wobei die Verbesserungen überwiegen.

| 2. Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung |                |                |                |                |                |                |                |                |                                     |
|-------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
|                                                 | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> )* |
|                                                 | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                     |
| Telefonbenutzung                                | 8              | 7              | 0              | 0              | 4              | 3              | 20             | 20             | 32/30                               |
| Medikamenteneinn.                               | 3              | 1              | 0              | 0              | 14             | 14             | 15             | 15             | 32/30                               |
| Schreiben                                       | 8              | 7              | 1              | 1              | 4              | 4              | 18             | 18             | 31/30                               |
| Lesen                                           | 12             | 10             | 3              | 3              | 3              | 4              | 14             | 13             | 32/30                               |
| Rechnen                                         | 14             | 14             | 0              | 2              | 1              | 2              | 14             | 13             | 31/30                               |
| Geld/Haushalt                                   | 8              | 7              | 0              | 0              | 1              | 1              | 22             | 22             | 31/30                               |
| Mobilität außer<br>Haus                         | 1              | 1              | 3              | 3              | 4              | 3              | 24             | 23             | 32/30                               |
| Einkaufen                                       | 3              | 3              | 0              | 0              | 2              | 3              | 27             | 24             | 32/30                               |
| Mahlzeiten<br>zubereiten                        | 1              | 3              | 0              | 0              | 3              | 3              | 28             | 24             | 32/30                               |
| Haushaltsführung                                | 3              | 0              | 2              | 0              | 6              | 3              | 21             | 27             | 32/30                               |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=31 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n*                  | %    |
| Telefonbenutzung                                | 23 | 0  | 1  | 2  | 1  | 4                   | 12,9 |
| Medikamenteneinn.                               | 27 | 1  | 0  | 0  | 1  | 2                   | 6,5  |
| Schreiben                                       | 26 | 0  | 1  | 1  | 1  | 3                   | 9,7  |
| Lesen                                           | 28 | 1  | 0  | 0  | 1  | 2                   | 6,5  |
| Rechnen                                         | 28 | 0  | 1  | 0  | 0  | 1                   | 3,2  |
| Geld/Haushalt                                   | 30 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0                   | 0    |
| Mobilität außer<br>Haus                         | 27 | 1  | 1  | 1  | 0  | 3                   | 9,7  |
| Einkaufen                                       | 28 | 2  | 0  | 0  | 0  | 2                   | 6,5  |
| Mahlzeiten<br>zubereiten                        | 25 | 5  | 0  | 0  | 0  | 5                   | 16,1 |
| Haushaltsführung                                | 24 | 1  | 0  | 4  | 1  | 6                   | 19,4 |

\* Differenz zu n=33/31 = keine Angabe bei einzelnen Items

Bei den „Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung“ fällt die Mehrheit der Probanden in die Schweregrad-Kategorien III und IV, entsprechend groß ist der Hilfebedarf. Erwartungsgemäß treten hier kaum Veränderungen auf.

| 3. Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen |                |                |                |                |                |                |                |                |                                    |
|--------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------------|
|                                                        | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> ) |
|                                                        | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                    |
| Sitzen                                                 | 16             | 15             | 6              | 8              | 6              | 4              | 5              | 4              | 33/31                              |
| Stehen                                                 | 5              | 7              | 6              | 7              | 11             | 7              | 11             | 10             | 33/31                              |
| Gehen                                                  | 1              | 3              | 5              | 6              | 10             | 5              | 17             | 17             | 33/31                              |
| Sensomotorik<br>Kopf/Rumpf                             | 7              | 8              | 13             | 6              | 7              | 10             | 6              | 7              | 33/31                              |
| Motorik Schul-<br>ter links                            | 15             | 13             | 6              | 6              | 4              | 5              | 8              | 7              | 33/31                              |
| Motorik Ellen-<br>bogen links                          | 18             | 15             | 7              | 7              | 3              | 5              | 5              | 4              | 33/31                              |
| Motorik Hand<br>links                                  | 14             | 13             | 11             | 7              | 3              | 6              | 5              | 5              | 33/31                              |
| Sensibilität<br>links, obere<br>Extremität             | 26             | 23             | 1              | 1              | 2              | 3              | 4              | 4              | 33/31                              |
| Motorik Schul-<br>ter rechts                           | 16             | 11             | 6              | 7              | 6              | 10             | 5              | 3              | 33/31                              |
| Motorik Ellen-<br>bogen rechts                         | 21             | 13             | 5              | 9              | 3              | 7              | 4              | 2              | 33/31                              |
| Motorik Hand<br>rechts                                 | 13             | 12             | 12             | 7              | 3              | 8              | 5              | 4              | 33/31                              |
| Sensibilität<br>rechts, obere<br>Extremität            | 24             | 23             | 4              | 3              | 3              | 2              | 2              | 3              | 33/31                              |
| Sensomotorik<br>des Gesichtes                          | 20             | 16             | 7              | 12             | 5              | 2              | 1              | 1              | 33/31                              |
| Schlucken                                              | 25             | 23             | 5              | 3              | 1              | 4              | 2              | 1              | 33/31                              |



| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=31 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n*                  | %    |
| Sitzen                                          | 13 | 5  | 4  | 8  | 1  | 18                  | 58,1 |
| Stehen                                          | 12 | 7  | 4  | 7  | 1  | 19                  | 61,3 |
| Gehen                                           | 13 | 9  | 2  | 5  | 2  | 18                  | 58,1 |
| Sensomotorik<br>Kopf/Rumpf                      | 20 | 4  | 0  | 6  | 1  | 11                  | 35,5 |
| Motorik Schulter li.                            | 26 | 1  | 1  | 3  | 0  | 5                   | 16,1 |
| Motorik Ellenbo. li                             | 25 | 1  | 1  | 3  | 1  | 6                   | 19,4 |
| Motorik Hand li.                                | 24 | 1  | 1  | 4  | 1  | 7                   | 22,6 |
| Sensibilität li.<br>obere Extremität            | 28 | 1  | 0  | 1  | 1  | 3                   | 9,7  |
| Motorik Schulter re.                            | 22 | 2  | 1  | 4  | 2  | 9                   | 29,0 |
| Motorik Ellenbo. re.                            | 20 | 1  | 2  | 4  | 4  | 11                  | 35,5 |
| Motorik Hand re.                                | 20 | 2  | 2  | 5  | 2  | 11                  | 35,5 |
| Sensibilität re.<br>obere Extremität            | 25 | 2  | 1  | 2  | 1  | 6                   | 19,4 |
| Sensomotorik des<br>Gesichtes                   | 21 | 5  | 0  | 5  | 0  | 10                  | 32,3 |
| Schlucken                                       | 27 | 2  | 0  | 0  | 2  | 4                   | 12,9 |

\* Differenz zu n=33/31 = keine Angaben bei einzelnen Items

Bei den Items „Sitzen“, „Gehen“, „Stehen“ treten bei mehr als der Hälfte der Probanden Veränderungen auf, sie sind allerdings nur tendenziell positiv. Bei einem nicht unerheblichen Teil verschlechtern sich die sensomotorischen Funktionen. Bei der Motorik im Bereich des Ellenbogens, der Schulter und der Hand kommt es im Messzeitraum zu mehr Verschlechterungen als zu Verbesserungen.

| 4. Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen |    |    |    |    |     |    |    |    |       |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|-----|----|----|----|-------|
|                                                            | I  |    | II |    | III |    | IV |    | n*    |
|                                                            | T1 | t2 | t1 | t2 | t1  | t2 | t1 | t2 |       |
| Aufmerksamkeit                                             | 13 | 12 | 8  | 2  | 7   | 9  | 4  | 7  | 32/30 |
| Orientierung                                               | 7  | 8  | 8  | 5  | 7   | 4  | 10 | 13 | 32/30 |
| Gedächtnis                                                 | 5  | 6  | 6  | 4  | 10  | 8  | 11 | 12 | 32/30 |
| Körperwahrnehmung                                          | 12 | 12 | 9  | 7  | 3   | 2  | 8  | 9  | 32/30 |
| Visuelles Erkennen                                         | 17 | 14 | 10 | 7  | 4   | 7  | 1  | 2  | 32/30 |
| Gesichtsfeld                                               | 23 | 23 | 2  | 2  | 2   | 3  | 5  | 2  | 32/30 |
| Halbseitenaufmerksamkeit                                   | 20 | 18 | 1  | 4  | 4   | 2  | 7  | 6  | 32/30 |
| Räumliche Leistungen                                       | 23 | 17 | 5  | 6  | 3   | 3  | 1  | 3  | 32/30 |
| Praxien                                                    | 11 | 9  | 3  | 6  | 12  | 5  | 6  | 10 | 32/30 |
| Handlungssteuerung                                         | 15 | 13 | 3  | 4  | 7   | 2  | 7  | 11 | 32/30 |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=31 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n*                  | %    |
| Aufmerksamkeit                                  | 20 | 2  | 0  | 5  | 3  | 10                  | 32,3 |
| Orientierung                                    | 16 | 3  | 2  | 7  | 2  | 14                  | 45,2 |
| Gedächtnis                                      | 23 | 2  | 1  | 4  | 0  | 7                   | 22,6 |
| Körperwahrnehmung                               | 23 | 2  | 2  | 1  | 2  | 7                   | 22,6 |
| Visuelles Erkennen                              | 23 | 1  | 0  | 4  | 2  | 7                   | 22,6 |
| Gesichtsfeld                                    | 27 | 0  | 3  | 0  | 0  | 3                   | 9,7  |
| Halbseitenaufmerksamkeit                        | 23 | 4  | 1  | 2  | 0  | 7                   | 22,6 |
| Räumliche Leistungen                            | 23 | 2  | 0  | 1  | 3  | 6                   | 19,4 |
| Praxien                                         | 17 | 4  | 1  | 7  | 1  | 13                  | 42,0 |
| Handlungssteuerung                              | 19 | 2  | 2  | 4  | 3  | 11                  | 35,5 |

\*Differenz zu n=33/31 = keine Angaben bei einzelnen Items

Bei den „Alltagsrelevanten Folgen neuropsychologischer Funktionen“ kommt es zwar bei einem nicht unerheblichen Teil der Probanden zu Veränderungen, die fallen aber eher negativ aus, besonders bei den Items „Aufmerksamkeit“ und „Orientierung“.

| 5. Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen |                |                |                |                |                |                |                |                |           |
|------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------|
|                                                      | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t1/t2)* |
|                                                      | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |           |
| Antrieb                                              | 11             | 5              | 9              | 11             | 7              | 8              | 6              | 7              | 33/31     |
| Emotionalität                                        | 10             | 12             | 9              | 11             | 11             | 5              | 3              | 3              | 33/31     |
| Motivation                                           | 12             | 7              | 4              | 8              | 11             | 8              | 6              | 8              | 33/31     |
| Krankheitsverarbeitung                               | 5              | 4              | 10             | 9              | 5              | 5              | 13             | 13             | 33/31     |
| Interaktionsfähigkeit                                | 10             | 9              | 9              | 6              | 10             | 11             | 4              | 5              | 33/31     |
| Verantwortungsbewusstsein                            | 7              | 7              | 10             | 9              | 6              | 3              | 10             | 12             | 33/31     |
| Interessenverwirklichung                             | 16             | 12             | 7              | 8              | 6              | 7              | 4              | 4              | 33/31     |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=31 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n*                  | %    |
| Antrieb                                         | 16 | 3  | 1  | 7  | 4  | 15                  | 48,5 |
| Emotionalität                                   | 22 | 5  | 2  | 2  | 0  | 9                   | 29,1 |
| Motivation                                      | 16 | 5  | 1  | 6  | 3  | 15                  | 48,5 |
| Krankheitsverarbeitung                          | 24 | 2  | 1  | 2  | 2  | 7                   | 22,6 |
| Interaktionsfähigkeit                           | 22 | 2  | 1  | 5  | 1  | 9                   | 29,1 |
| Verantwortungsbewusstsein                       | 22 | 3  | 1  | 3  | 2  | 9                   | 29,1 |
| Interessenverwirklichung                        | 19 | 3  | 1  | 5  | 3  | 12                  | 38,8 |

\*Differenz zu n=33/31 = keine Angaben zu bestimmten Items

Bei den „alltagsrelevanten Folgen psychosozialer Funktionen“ bleibt bei der Mehrheit der Zustand stabil. Wenn es zu Veränderungen kommt, dann sind sie – mit Ausnahme des Items „Emotionalität“ – eher negativ.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auch die Ergebnisse des ergotherapeutischen Assessments auf eine Stabilisierung des Pflegezustandes hinweisen mit der

Tendenz zu leichten positiven Veränderungen. Bei der Interpretation der Ergebnisse der therapeutischen Tests muss aber bedacht werden, dass nicht wie beim mEBI alle Bewohner getestet worden sind, sondern nur jene, bei denen aufgrund einer positiven Prognose Einzelmaßnahmen durchgeführt wurden.

**Tabelle 9: Ergebnisse gemäß physiotherapeutischem Assessment**

| 1. Mobilität   |                |                |                |                |                |                |                |                |                                     |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
|                | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> )* |
|                | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                     |
| Transfer       | 7              | 8              | 4              | 6              | 9              | 8              | 8              | 6              | 28/28                               |
| Balance        | 6              | 6              | 8              | 7              | 6              | 9              | 8              | 5              | 28/27                               |
| Gehen          | 6              | 5              | 4              | 8              | 5              | 3              | 13             | 11             | 28/27                               |
| Treppensteigen | 6              | 5              | 3              | 5              | 1              | 2              | 18             | 15             | 28/27                               |
| Ausdauer       | 6              | 6              | 2              | 7              | 5              | 4              | 14             | 9              | 27/26                               |

|                | Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    | Veränderung n=34 |      |
|----------------|-------------------------------------------------|----|----|----|----|------------------|------|
|                | 0                                               | +1 | +2 | -1 | -2 | n*               | %    |
| Transfer       | 22                                              | 5  | 1  | 0  | 0  | 6                | 17,6 |
| Balance        | 19                                              | 3  | 2  | 3  | 0  | 8                | 23,5 |
| Gehen          | 22                                              | 7  | 0  | 3  | 0  | 5                | 14,7 |
| Treppensteigen | 24                                              | 1  | 1  | 1  | 0  | 3                | 8,8  |
| Ausdauer       | 16                                              | 8  | 1  | 1  | 0  | 10               | 29,4 |

\* Differenz zu n=35/34 = keine Angabe bei einzelnen Items

Auch in Tabelle 9 wird deutlich, dass bei der Mehrheit der getesteten Bewohner der Zustand stabil bleibt. Wenn der Zustand sich jedoch verändert, dann vorwiegend in die positive Richtung, wie zum Beispiel bei den Items „Ausdauer“ und „Transfer“.

| 2. Sensomotorik          |                |                |                |                |                |                |                |                |                                     |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
|                          | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> )* |
|                          | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                     |
| Aktive Beweglichkeit     | 6              | 6              | 3              | 4              | 9              | 10             | 14             | 11             | 32/31                               |
| Muskelkraft              | 4              | 5              | 4              | 6              | 12             | 10             | 13             | 11             | 33/32                               |
| Lagesinn                 | 8              | 8              | 6              | 7              | 10             | 9              | 8              | 7              | 32/31                               |
| Oberflächen-sensibilität | 8              | 8              | 8              | 11             | 14             | 10             | 3              | 3              | 33/32                               |
| Manuelle Feinmotorik     | 9              | 9              | 7              | 7              | 6              | 6              | 10             | 9              | 32/31                               |
| Koordination             | 9              | 9              | 4              | 6              | 9              | 6              | 9              | 9              | 31/30                               |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=34 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n*                  | %    |
| Aktive Beweglichkeit                            | 28 | 3  | 0  | 0  | 0  | 3                   | 8,8  |
| Muskelkraft                                     | 26 | 6  | 0  | 0  | 0  | 6                   | 17,6 |
| Lagesinn                                        | 29 | 2  | 0  | 0  | 0  | 2                   | 8,6  |
| Oberflächen-sensibilität                        | 29 | 3  | 0  | 0  | 0  | 3                   | 8,8  |
| Manuelle Fein-motorik                           | 31 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0                   | 0    |
| Koordination                                    | 20 | 2  | 0  | 0  | 0  | 2                   | 1,9  |

\* Differenz zu n = 35/34 = keine Angaben bei einzelnen Items

Im Bereich der Sensomotorik kommt es zu keinen nennenswerten Veränderungen.

| 3. Funktionelle Störungen         |                |                |                |                |                |                |                |                |                                     |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
|                                   | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> )* |
|                                   | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                     |
| Schmerzen                         | 5              | 4              | 9              | 16             | 14             | 8              | 7              | 6              | 35/34                               |
| Ödeme                             | 27             | 30             | 4              | 0              | 3              | 3              | 1              | 1              | 35/34                               |
| Trophikstörungen                  | 12             | 12             | 10             | 10             | 7              | 6              | 6              | 6              | 35/34                               |
| Störungen der Gelenkbeweglichkeit | 4              | 4              | 6              | 6              | 10             | 13             | 15             | 11             | 35/34                               |
| Gelenk/Knochen Instabilität       | 2              | 2              | 9              | 10             | 8              | 8              | 15             | 13             | 34/33                               |
| Tonusstörungen                    | 10             | 11             | 2              | 3              | 8              | 10             | 15             | 10             | 35/34                               |
| Schwindel                         | 11             | 16             | 12             | 10             | 4              | 1              | 6              | 5              | 32/32                               |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung |    |    |    |    |    | Veränderung<br>n=34 |      |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---------------------|------|
|                                                 | 0  | +1 | +2 | -1 | -2 | n*                  | %    |
| Schmerzen                                       | 24 | 9  | 0  | 0  | 1  | 10                  | 29,4 |
| Ödeme                                           | 31 | 1  | 2  | 0  | 0  | 3                   | 8,8  |
| Trophikstörungen                                | 34 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0                   | 0    |
| Störungen der Gelenkbeweglichkeit.              | 29 | 4  | 0  | 1  | 0  | 5                   | 14,7 |
| Gelenk/Knochen Instabilität                     | 31 | 2  | 0  | 0  | 0  | 2                   | 6,1  |
| Tonusstörungen                                  | 28 | 5  | 1  | 0  | 0  | 6                   | 17,6 |
| Schwindel                                       | 25 | 3  | 3  | 1  | 0  | 7                   | 20,6 |

\*Differenz zu n=35/34=keine Angabe bei einzelnen Items

Bei den funktionellen Störungen kommt es bei knapp einem Drittel der getesteten Bewohner zu einer Schmerzlinderung. Auch bei dem Item „Schwindel“ zeigen sich bei etwa jedem Fünften Verbesserungen von ein bis zwei Rängen.

| 4. Spezifische neurophysiologische Störungen |                |                |                |                |                |                |                |                |                                     |
|----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
|                                              | I              |                | II             |                | III            |                | IV             |                | n(t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> )* |
|                                              | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> | t <sub>2</sub> |                                     |
| Rigor                                        | 14             | 14             | 3              | 4              | 6              | 7              | 11             | 7              | 34/32                               |
| Tremor                                       | 28             | 26             | 0              | 2              | 3              | 2              | 3              | 3              | 34/33                               |
| Ataxie                                       | 14             | 14             | 0              | 2              | 8              | 7              | 11             | 9              | 35/32                               |
| Neglect                                      | 26             | 27             | 3              | 1              | 1              | 1              | 3              | 3              | 33/32                               |
| Pusher-Syndrom                               | 28             | 28             | 2              | 1              | 1              | 2              | 2              | 1              | 33/32                               |

| Veränderung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung | Veränderung<br>n=34 |    |    |    |    |    |      |
|-------------------------------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|------|
|                                                 | 0                   | +1 | +2 | -1 | -2 | n* | %    |
| Rigor                                           | 27                  | 5  | 0  | 0  | 0  | 5  | 14,7 |
| Tremor                                          | 31                  | 1  | 0  | 1  | 0  | 2  | 5,9  |
| Ataxie                                          | 28                  | 4  | 0  | 0  | 0  | 4  | 11,8 |
| Neglect                                         | 30                  | 2  | 0  | 0  | 0  | 2  | 5,9  |
| Pusher-Syndrom                                  | 30                  | 2  | 0  | 0  | 0  | 2  | 5,9  |

\*Differenz zu n=35/34=keine Angabe bei einzelnen Items

Im Bereich der neurophysiologischen Störungen bleibt der Zustand der Mehrheit stabil, mit der Tendenz zu leichten positiven Veränderungen.

In Hypothese 2 ist davon ausgegangen worden, die Modellmaßnahme führe dazu, dass sich die Selbsthilfefähigkeit, die Mobilität und die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe verbessern. Die qualitative Auswertung der Expertengespräche hat die Hypothese bestätigt. Die Auswertung der Assessmentergebnisse weist dagegen auf eine Stabilisierung und weniger auf eine Verbesserung des Pflegezustandes hin.

Die Stabilisierung des Pflegezustandes ist bei dem hochaltrigen Personenkreis per se ein gutes Ergebnis. Auch stehen die Ergebnisse der qualitativen und der quantitativen Auswertung nicht im Widerspruch zueinander. Fallbeispiele zeigen, dass Pflegebedürftigkeit in der Regel keine stabile Situation ist, sondern krisenhaft verläuft. Wenn es gelingt Krisen, also Verschlechterungen immer wieder aufzufangen und den Pflegezustand über ein bis eineinhalb Jahre stabil zu halten, dann ist es nicht nur eine „gefühlte“ Verbesserung, sondern eine faktische, wie dies am folgenden Fallbeispiel deutlich wird:

**Fallbeispiel:**<sup>34</sup>

Herr B., Jahrgang 1930

*Führende Diagnose:* Apoplex (4/07), Hemiparase links

*Nebendiagnose:* Arterielle Hypertonie; Neglect, Dysphagie

Aufnahme nach vierwöchiger Rehabilitation 26.05.07: schlechter Allgemeinzustand

**1. Befund** durch Physiotherapie am 02.06.07:

Bewohner liegend vorgefunden, mit starker Hemiparese links. Abnormer Haltetonus, pathologische Bewegungsmuster: Sitzen, Lagewechsel, Stützfunktion sind nicht möglich.

Ziel: Erarbeitung der Stützfunktion, Behandlung und Lagerung nach Bobath in Zusammenarbeit mit den Pflegekräften.

**Zwischenbefund nach vier Wochen:**

Herr X hat Stützfunktion erreicht, kann Sitzposition zum Beispiel an der Bettkante einhalten. Herr X übt motiviert mit, Bobathlagerung wird von der Pflege konsequent durchgeführt.

Einsatz der Ergotherapie mit dem Ziel, das An- und Auskleiden des Oberkörpers selbständig durchzuführen, sich allein zu rasieren und sich die Zahnprothese allein einzusetzen.

Einsatz der Logopädie mit dem Ziel, die Störung der Artikulation und bei der Ateinteilung während des Sprechvorganges zu beheben.

**2. Befund** im Oktober 2007 durch Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege:

Herr X war wegen einer Aspirationspneumonie im Krankenhaus. Sein funktioneller Status hat sich verschlechtert. Stützfunktion ist nicht mehr möglich, Herr X kann sich deshalb nicht An- und Auskleiden, die Rasur gelingt ihm noch teilweise selbständig, die Zahnprothese kann er sich allein einsetzen.

**Zwischenbefund nach vier Wochen:**

Stützfunktion ist wieder erreicht. Herr X kann wieder teilweise den Oberkörper An- und Auskleiden (beim rechten Ärmel braucht er Hilfe), die Rasur gelingt ihm wieder selbständig. Die Störung der Artikulation und der Ateinteilung besteht weiter.

**3. Befund** im Januar 2008:

Herr X ist aufgrund einer Erkrankung im Dezember sehr passiv. Die Rumpfstabilität und die Stützreaktion sind aber wieder vollständig erreicht. Das An- und Ausziehen des Oberkörpers führt er weitgehend selbständig durch, die Rasur und das Einsetzen der Zahnprothese gelingen ihm allein. Die Sprache ist insgesamt deutlicher, die Stimme stabiler und die Ateinteilung besser.

**4. Befund** im Juni 2008:

Nach dem Tod der Ehefrau deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Selbständige Stützfunktion ist nicht mehr möglich. Das An- und Auskleiden des Oberkörpers wird weitgehend von der Pflege übernommen. Rasur und das Einsetzen der Zahnprothese führt er selbständig durch. Die Verbesserungen bei der Sprache und der Ateinteilung (vgl. 3. Befund) sind stabil geblieben.

---

<sup>34</sup> Vgl. Sachstandsbericht 2008

**Tabelle 10: Verbleib der Bewohner**

| Verbleib der Bewohner         | n         | in %       |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Verbleib im Pflegeheim        | 55        | 67,1       |
| Rückkehr in die Privatwohnung | 4         | 4,9        |
| Wechsel in ein anderes Heim   | 1         | 1,2        |
| verstorben                    | 22        | 26,8       |
| <b>insgesamt</b>              | <b>82</b> | <b>100</b> |

Die Rückkehr nach Hause war nur wenigen Bewohnern möglich. Präventive und aktivierende Maßnahmen machen das Pflegeheim nicht unbedingt „durchlässiger“, zumal die Rückkehrmöglichkeit noch von anderen Faktoren abhängig ist, zum Beispiel von der Frage, ob die bisherige Wohnung bereits aufgelöst wurde oder noch nicht.

Weder die Rückstufung in eine niedrigere Pflegestufe, noch die Häufigkeit der Rückkehr in die Privatwohnung eignen sich als Outcome-Kriterien. Es wird also eine spannende Frage bleiben, welche Instrumente sich bei der Neudefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit in der Praxis durchsetzen werden. Ein Aspekt, der in der Methodendiskussion bislang zu wenig berücksichtigt wurde, ist die Frage, ob sich mit bestimmten Maßnahmen die Qualität der Abhängigkeit von Fremdhilfe verändert.

## X. Fazit

Die Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege ist gut gelungen. Pflegekräfte wie Therapeuten haben von der multiprofessionellen Zusammenarbeit profitiert. Dennoch wird das Modell nicht fortgeführt werden können, zumindest nicht in dieser Form. Der Modellansatz lässt sich nicht über die Pflegesätze finanzieren, andere Vergütungsmöglichkeiten gibt es derzeit nicht.

Die Förderung der Selbsthilfekompetenzen führt zwar zu einer zeitlichen Entlastung der Pflegekräfte, beispielsweise dann, wenn Pflegebedürftige wieder in der Lage sind, sich selbst zu waschen. In einigen Fällen ist der aktivierende Ansatz aber auch zeitintensiver, zum Beispiel, wenn bei einem Bewohner die PEG-Sonde entfernt wird und das Essen angereicht werden muss. Der Einsatz der Therapeuten ersetzt also nicht unbedingt eine Pflegekraft, so die Einschätzung des Trägers. Für die Betroffenen ist das Mehr an Selbständigkeit und das Wieder-Essen-Können indes ein Plus an Lebensqualität.

Was hat das Modell in der stationären Pflege bewirkt? Es hat vor allem die Haltung der Pflegekräfte den Bewohnern gegenüber verändert. Die Pflege achtet heute mehr auf die Potentiale der Bewohner und auf deren Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Pfliegerische Routinen sind hinterfragt und verändert worden. Auch die Therapeuten haben dazu gelernt: Sie haben nicht mehr primär die Funktionsstörung im Blick, sondern arbeiten mit einem stärkeren alltagspraktischen Bezug.

Die Verbesserungen der stationären Pflege zeigen sich insbesondere bei der Hilfsmittelversorgung, der Aktivierung der Bewohner, den Transfers, in dem Mehr an Zufriedenheit im Wohnbereich (unter den Bewohnern und unter den Pflegekräften) und in der positiveren Gestimmtheit und der besseren sozialen Teilhabe der Bewohner. Der Modellansatz ist ein wichtiger Schritt, um den von der Politik geforderten Paradigmenwechsel in der Pflege zu erreichen.<sup>35</sup> Warum?

Der Gesetzgeber hat in den letzten Reformen (Gesundheitsreform 2007, Pflegereform 2008) und mit der Neudefinition und des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit die Pflege stärker mit präventiven und rehabilitativen Ansätzen verknüpft. Mit der Novellierung des § 40 SGB V haben sich die Rehabilitationschancen älterer und hochaltriger Menschen erhöht, unter anderem dadurch, dass medizinische Rehabilitation auch in Pflegeheimen erbracht werden kann. Diese Neuerung macht aber nur dann Sinn, wenn die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen dort in ein aktivierendes und rehabilitativ orientiertes Pflegemilieu eingebettet sind. Nur so lässt sich der Erfolg einer zeitlich be-

---

<sup>35</sup> Vgl. Schmidt U (2009): „Die Pflege in der Zukunft – Chancen und Herausforderungen“. In: Dokumentation der Fachtagung „Pflege 2030: Chancen und Herausforderungen. Eine Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem *iso*-Institut und dem KDA (in Vorbereitung).



grenzten Rehabilitationsmaßnahme längerfristig sichern. Der multiprofessionelle Ansatz, der in St. Wendel erprobt worden ist, erfüllt genau diese Anforderung.

Der Paradigmenwechsel in der Pflege, die Stärkung der aktivierenden und rehabilitativen Orientierung, wird nicht durch finanzielle Anreize, wie sie in § 87 a (4) SGB XI vorgesehen sind, zu erreichen sein. Die Rückstufung in eine niedrigere Pflegestufe ist bei hochaltrigen Pflegeheimbewohnern kein sinnvolles Erfolgskriterium. Bei den wechsel- und krisenhaften Verläufen der Pflegebedürftigkeit ist kein Träger daran interessiert, einen Bonus anzunehmen, den er ein halbes Jahr später mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder zurück bezahlen muss. Der Profit, den die Bewohner aus den präventiven und aktivierenden Maßnahmen ziehen, lässt sich nicht anhand der Rückstufung messen. Er zeigt sich in den kleinen Fortschritten, die sie in den instabilen Zuständen der Pflegebedürftigkeit immer wieder erreichen und es zeigt sich besonders darin, dass sie deutlich weniger depressiv gestimmt sind.

Die Messung dieser Erfolge ist schwierig, die gängigen geriatrischen Assessmentinstrumente bilden die Veränderungen nicht ausreichend ab. Hier sind die Pflegewissenschaften gefragt, die methodischen Ansätze weiter zu entwickeln. Die Entscheidung das RAI 2.0 als Planungs- und Evaluationsinstrument im Pflegeheim einzusetzen hat sich als falsch erwiesen. Der Einsatz des Instruments ist zu zeitaufwändig und mit zu vielen edv-technischen Problemen verbunden gewesen.

Für die Schwierigkeiten, die bei der Ergebnismessung im St. Wendeler Modell aufgetreten sind, sind zwar primär, aber nicht nur die Messinstrumente verantwortlich. Pflegekräfte wie Therapeuten haben sich mit dem Einsatz des Instrumentariums mitunter schwer getan. Die Ausbildungen müssen diesbezüglich anspruchsvoller werden. Zu einer qualitätvollen und qualitätsgesicherten Pflege gehören ein strukturiertes Vorgehen, eine detaillierte Dokumentation und eben auch die Evaluation der Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund ist es ein falsches Zeichen der Politik, wenn sie die Zugangsvoraussetzungen für die Altenpflegeausbildung senkt und damit die Ausbildung für mittlere und höhere Schulabschlüsse unattraktiver macht. Die Fachkräfte, die im Modell beschäftigt waren, sind gut ausgebildet und dennoch würden sie die Forderung unterstreichen, dass ihre Ausbildung verbessert und vor allem auch aufgewertet werden muss: „Ohne eine massive Bildungsoffensive im Feld der Pflege wird der zukünftige Bedarf an beruflich Pflegenden nicht gedeckt werden können. Dazu gehört auch, die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen, und darzulegen, dass es sich hier um ein produktives Wachstumsfeld handelt, in dem es um die Gestaltung einer bedeutsamen gesellschaftlichen Aufgabe mit hohem Herausforderungsgehalt geht“.<sup>36</sup> Die Attraktivität des Arbeitsfeldes – und das hat das Modell gezeigt – kann auch dadurch erhöht werden, dass sich Formen der multiprofessionellen Zusammenarbeit durchsetzen.

---

<sup>36</sup> Blinkert B, Klie T (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 12-13/2008: 25 ff.

Dem Fachkräftemangel, der angesichts der demographischen Entwicklung eher anwachsen wird, muss mit neuen Hilfearrangements begegnet werden, in deren Zentrum jedoch gut ausgebildete Fachkräfte stehen müssen, die ggf. mit Hilfskräften, Angehörigen und engagierten Bürgern zusammenarbeiten. Hierzu gilt es innovative Ansätze zu entwickeln. Heidrun Graupner stellte in einem Kommentar zu den Feiern für das 60 Jahre alte Grundgesetz fest, dass zwar viel vom Sozialstaat die Rede war. Die Pflege alter Menschen jedoch kein Thema gewesen sei, dass die Politik und die Bürger umtreibe: „Noch immer fehlt die grundlegende Debatte über die Wertschätzung des Lebens. Diese Debatte sollte mit einer Frage an alle Politiker beginnen, die bisher nur zögerlich und unzureichend gehandelt haben: Wie willst du selber am Lebensende versorgt sein?“<sup>37</sup> Die Frage sollte nicht nur an die Politiker oder an die Leistungsträger gestellt werden. Sie geht uns alle an. Die Versorgung alter Menschen ist nicht nur ein institutionelle Aufgabe, sondern eine zivilgesellschaftliche.

---

<sup>37</sup> Graupner H (2009). Die Pflege der Alten. In: Süddeutsche Zeitung Nr. 119: 4

## **XI. Literatur**

- Blinkert B, Klie T (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 12-13/2008:25 ff
- Blinkert B, Klie T (2004): Solidarität in Gefahr? Die „Kasseler Studie“. Hannover
- 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 Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit (2007): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin. Download unter: [www.bmg-bund.de](http://www.bmg-bund.de)
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Pflegestatistik. Download unter [www.bmg-bund.de](http://www.bmg-bund.de)
- Geiger M (2009): Schwerpunkte des Modellprogramms – Herausforderungen, Visionen und innovative Entwicklungslinien. In: Dokumentation der Fachtagung am 1. Juli 2009 im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Saarbrücken
- Graupner H (2009): Die Pflege der Alten. In: Süddeutsche Zeitung Nr. 119:4
- Kämmer K (1992): Die Rolle der Pflege in der geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 25 (1992) 4:259-262
- Legg L (2004): Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet 31, 2004: 352-355
- Lawton MP, Browdy EM (1996): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9: 179-186
- Meier-Baumgartner HP (1995): Das geriatrische Team. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28 (1995) 2: 259-262
- Oswald WD, Hagen B, Rupprecht R, Gunzelmann T: Erhalt der Selbständigkeit im höheren Lebensalter: Langfristige Trainingseffekte der SIMA-Längsschnittstudie
- Podsiadlo D, Ricardson S (1991): The Timed „Up & Go“: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 39: 142-148
- Reinhardt R, Schweiker U (1995): Lernfähige Organisationen: Systeme ohne Grenzen? Theoretische Rahmenbedingungen und praktische Konsequenzen. In: Geißler H (Hrsg.): Organisationslernen und Weiterbildung: Die strategische Herausforderung der Zukunft. Neuwied
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch Gmünd
- Runge M, Rehfeld G (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart, New York
- Schmidt U (2009): „Die Pflege in der Zukunft – Chancen und Herausforderungen“. In: Dokumentation zur Fachtagung „Pflege 2030: Chancen und Herausforderungen. Eine Veranstal-

tion des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem *iso*-Institut und dem KDA. Saarbrücken

Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C (2009): Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. In: Rehabilitation 2009; 48 :15-25

Schweizer C (2008): Pflegebedürftigkeit und Teilhabe: Zum Paradigmenwechsel in der Pflege. Schriftenreihe zum BMG-Modellprogramm zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Saarbrücken

Stiftung Hospital St. Wendel (2006): Modellkonzept „Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Pflege (unveröffentlicht)

Stiftung Hospital St. Wendel (2008): Strategiepapier zur verstärkten Einbindung der Hausärzte in das Modellprojekt (unveröffentlicht)

Tinetti ME (1986): Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 34: 119-126

Voigt-Radloff S, Heiss HW (2003): Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessments. In: Neurologie und Rehabilitation 9 (6): 280-285

Voigt-Radloff S u.a. (2003): Das Ergotherapeutische Assessment. Ein validiertes Instrument zur ergotherapeutischen Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation. Freiburg

WHO-World Health Organisation (2001): International classification of functioning, disability and health: ICF, Geneva