



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN
GESUNDHEITS- UND
PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation

Ralf Schmidt und Wilfried Schupp

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

37

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 3. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Pflegekonzeption in der neurologischen Rehabilitation	7
2.1	Angehörigenseminar: Der Entschluss zur häuslichen Pflege	7
2.2	Angehörigenanleitungscheckliste/Individueller Pflegekurs	8
2.3	Therapeutische Wochenendpflege	9
2.4	Der nachstationäre Pflegerückmeldebericht	10
2.5	Erweitertes Element: Die Nachsorgekooperation der Fachklinik Herzogenaurach	10
3	Ergebnisse aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten	11
3.1	Zur Entwicklung des Pflegebedarfes	11
3.2	Zur Fortführung von Therapieempfehlungen	12
3.3	Zur Nutzung von Hilfsmitteln	12
3.3.1	Ergebnisse	13
3.3.2	Diskussion	14
4	Prospektive Evaluation »Optimierung der Überleitung zwischen neurologischweiterführender Rehabilitation (Phase C) und häuslich-ambulanter Versorgung«	14
4.1	Studiendesign	15
4.1.1	Zusammenfassung	16
4.2	Ergebnisse des sechs-monatigen poststationären Verlaufes	17
4.3	Ergebnisse des Langzeitverlaufes nach 2,6 Jahren	19
4.3.1	Schlussfolgerungen	20
5	Patienten- und Angehörigenbefragungen im Rahmen des Pflegeüberleitungskonzeptes	20
5.1	Fragestellung und Methode	21
5.2	Ergebnisse bzgl. der integrierten Dienstleistung ambulanter Pflegedienste	21
5.2.1	Schlussfolgerung	23
	Literatur	24

Zusammenfassung

Seit 1998 wird an der Fachklinik Herzogenaurach für Patienten, die aus der neurologischen Rehabilitation (Phase C + B) pflege- und versorgungsbedürftig entlassen werden, ein intensiviertes Pflegeüberleitungskonzept unter Einbeziehung von ambulanten Pflegediensten umgesetzt und weiterentwickelt.

Das Konzept beinhaltet vier Elemente: 1. Das Angehörigenseminar für pflegende Angehörige mit Informationen zu Belastungen in der häuslichen Pflege und Empfehlungen zur

Miteinbeziehung von ambulanten Diensten und Selbsthilfegruppen. 2. Der individuelle Pflegekurs als frühzeitige strukturierte Schulungsmaßnahme orientiert am Krankheitsbild und Fähigkeitsprofil des betroffenen Patienten. 3. Die therapeutische Wochenendpflege als Erprobung der häuslichen Pflegesituation im Rahmen einer therapeutischen Beurlaubung unter pflegfachlicher Begleitung eines ambulanten Pflegedienstes. Schwerpunkte dabei sind die Unterstützung in der direkten Pflege, die Abklärung der Kompetenzen von pflegenden Angehörigen in der realen häuslichen Pflegesituation und die Wohnraumbegehung mit Hilfsmittlempfehlungen sowie die standardisierte Berichterstattung an die Klinik. 4. Der nachstationäre Pflegerückmeldebericht wird von kooperierenden ambulanten Pflegedienst 6 Wochen nach Entlassung erstellt und beinhaltet Informationen zur Entwicklung des Pflegebedarfes und der Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Nachsorgekooperation der Fachklinik Herzogenaurach ist ein erweitertes Element und beinhaltet regelmäßige Fortbildungs- und Informationsveranstaltung für die inzwischen > 140 ambulante Pflegedienste, die sich in der Region an der Pflegeüberleitungskonzeption beteiligen.

Ergebnisse: 1. Aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten: Der Pflegebedarf (n=147) ist bei 43 Patienten reduziert, bei 79 Patienten stabil und bei 25 Patienten ansteigend. Therapieempfehlungen (n=190) werden in weniger als die Hälfte der Fälle umgesetzt, mit 34% der Empfehlungen wird dabei die Physiotherapie am häufigsten verordnet. 2,5 Hilfsmittel (n=379) erhalten die Patienten im Mittel, dabei bilden Mobilitätshilfen (42%) und Hilfsmittel zur persönlichen Pflege (40%) die größte Gruppen. 13% der Hilfsmittel werden nach Entlassung noch verordnet. Die Nutzungsrate im häuslichen Umfeld liegt bei 96%. 2. Im Rahmen einer klinisch kontrollierten Studie (n= 71) konnten in der Interventionsgruppe (n = 35) folgende Effekte festgestellt werden: Innerhalb von 6 Monate nach Entlassung nahm in die Anzahl der Arztbesuche ab (p=0,048) und es traten weniger Neuerkrankungen auf (p=0,044). Es wurden häufiger ambulanten Pflegedienste und Ergotherapie beansprucht (p=0,038) beansprucht. Im Langzeitverlauf nach 2,6 Jahren zeigte sich, dass signifikant mehr Patienten häuslich-ambulant versorgt wurden (p=0,036) und weniger institutionalisiert und verstorben waren. Patientenbezogenen Prädiktoren hierfür waren ein höheres Lebensalter und eine eingeschränkte funktionelle Lebensqualität (physikalischer Summenscore des SF36) zum Zeitpunkt der stationären Entlassung aus der Rehabilitation. 3. Die Patienten- und Angehörigenbefragungen (n = 186) finden bezüglich der Zufriedenheit mit der therapeutischen Wochenendpflege statt und beurteilen die Vorbereitungen der Klinik mit 65% als sehr gut und 32% als gut sowie die beteiligten ambulanten Pflegedienst u.a. auf Pünktlichkeit positiv mit 92%, Freundlichkeit mit 75% sehr freundlich und 19% freundlich, Bedürfnisberücksichtigung positiv mit 97% und fachliche Kompetenz mit 66% sehr kompetent und 27% kompetent. Es zeigen sich überwiegend sehr gute Beurteilungen mit hoher subjektiver Zufriedenheit der Betroffenen für ein wichtiges Element der Konzeption. Neben den qualitativ guten Ergebnissen aus verschiedenen Nachbeobachtungszeiträumen (6 Wochen, 6 Monate und 2,6 Jahre nachstationär) spricht dies für eine fachlich gute Umsetzung der Pflegeüberleitungskonzeption durch Klinik und kooperierende ambulante Pflegedienste.

Abstract

Since 1998, we developed and realized an intensified transition concept between neurological inpatient rehabilitation (German phases B + C) and home care situation by networking with outpatient care services. Follow up evaluations after 6 weeks, 6 months and 2,6 years showed quality good results and revealed a well functioning implementation of the concept by clinic and cooperating outpatient care services. Patients and their caregivers gave highly ranking judgements on their contentedness, which will reinforce our design.

Schlagworte

- Neurologische Rehabilitation
 - Pflegeüberleitungskonzept
 - Angehörigenanleitung
 - Ambulante Pflegedienste
 - klinisch kontrollierte Studie
 - Neurological Rehabilitation
 - intensified transition concept
 - individual training course of family carers
 - outpatient care service
 - controlled clinical trail
-
-

Über die Autoren

Ralf Schmidt, Geb.12.02.1968. 1986 staatlicher Hauswirtschafter, 1989 Gesundheits- und Krankenpfleger, 1996 Stationsleitungslehrgang, 2000 Krankenpfleger f. Rehabilitation (DKG). Berufliche Stationen: Chirurgie, Klinikum Ansbach. Gerontopsychiatrie, Bezirksklinikum Ansbach. Medizinische Rehabilitation, Fachklinik Herzogenaurach, seit 01.01.1997 Pflegedienstleiter.

Dr. Wilfried Schupp, Wilfried, Geb. 27.11.1955. 1974-1980 Studium der Humanmedizin, 1981 Promotion, 1980-1986 Assistenzarzt, 1987 Oberarzt, 1988-1996 Chefarzt, Fachklinik Enzensberg, 01.10.1996 1996 Chefarzt, Fachklinik Herzogenaurach. Anerkennungen: Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Zusatzbezeichnungen: Sozialmedizin, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen, Fachkunde Klinische Geriatrie. Lehrbeauftragter Fachbereich Rehabilitation, Institut für Sport- und Sportwissenschaften, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg.

1 Einleitung

Die Patientenüberleitung in die häuslich-ambulante Versorgung ist bei verkürzten Verweilzeiten in Kliniken mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit und mit steigendem Lebensalter von zentraler Bedeutung. Da neurologische Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall, trotz guter Rehabilitation oft Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit verursachen, ist in der stationären neurologischen Rehabilitation die Vorbereitung der häuslichen Pflegesituation eine Schwerpunktaufgabe rehabilitativer Pflege. Bei einer geplanten Entlassung nach Hause sind die individuelle, behindertengerechte Gestaltung des Wohnraumes, die Anpassung mit Hilfsmitteln, die Pflege durch Angehörige und/oder ambulante Dienstleister die wichtigsten Grundlagen für die Stabilität der nachstationären Versorgung und für den Erhalt und die Verbesserung des in der Rehabilitation erreichten funktionellen Zustandes. Bekannte Belastungsfaktoren, die zum Abbruch der häuslichen Pflegesituation beitragen können, sollten im Rahmen der Pflegeüberleitung präventiv bearbeitet werden. Dies sind vor allem subjektive Belastungen und erhöhtes Erkrankungsrisiko der Hauptpflegepersonen, Überlastung in der angewandten Pflege, finanzielle Nachteile sowie die oft gravierenden Änderungen der Lebenssituationen. Hierzu ist es notwendig, die problematische Schnittstelle stationär – ambulant besser zu vernetzen und fachlich fundierte Strukturen zu etablieren, die den pflegenden Angehörigen Entlastung bieten, das Patient-enoutcome stabilisieren und Neuerkrankungen, Komplikationen und Wiedererweisungen vermeiden helfen.

Um den Prozess der Patientenüberleitung zu optimieren, sind in den letzten Jahren unter DRG-Einfluss in vielen Kliniken Pflegeüberleitungskonzepte entwickelt oder optimiert worden. Die Konzepte strukturieren die internen Strategien der Kliniken zur Pflegeüberleitung, wie Patienteninformationen, Beratung und Anleitung von Angehörigen, Einleitung der Hilfsmittelverordnung und von sozialrechtlichen Hilfen bis hin zu individuellem Fallmanagement. In 2002 wurde durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) der Expertenstandard »Entlassungsmanagement in der Pflege« (1) entwickelt und veröffentlicht, der erstmals verbindliche Standards für die Pflegeüberleitung regelte.

Seit 1998 wird an der Fachklinik Herzogenaurach für Patienten, die aus der neurologisch weiterführenden Rehabilitation (Phase C) oder Frührehabilitation (Phase B) pflege- und versorgungsbedürftig entlassen werden, ein intensiviertes Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung (2) unter integrierter Miteinbeziehung von ambulanten Pflegediensten umgesetzt und weiterentwickelt. Das Konzept beinhaltet vier Elemente: Angehörigenseminare, individuelle Pflegekurse, häusliche Erprobung (therapeutische Wochenendpflege), nachstationäre Pflegerückmeldeberichte.

Die Vorbereitung der häuslichen Pflegesituation ist dabei primär interdisziplinäre Aufgabe aller therapeutischen Berufsgruppen mit sektoraler Aufgabenstellung. Das Pflegekonzept systematisiert pflegerische Interventionen und beinhaltet weiterführende Erstkontakte und nachstationäre Rückmeldung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisbereiche sind die laufenden Erfassungen zur Patienten- und Angehörigenzufriedenheit mit Elementen der Überleitungskonzeption sowie nachstationäre Rückmeldungen zur Entwicklung des Pflegebedarfes, zur Nutzung von Hilfsmitteln und zur Fortführung von

Therapieempfehlungen. Eine wissenschaftliche Prüfung mit Langzeitverlauf im Kontrollgruppenvergleich wurde erfolgreich abgeschlossen und veröffentlicht. Demnach wirkt die Pflegeüberleitungskonzeption positiv auf die Stabilität der häuslichen Versorgungssituation mit Reduzierung von Institutionalisierung und Sterblichkeit als Langzeiteffekt nach 2,6 Jahren (Gräbel et al, 2006) (16,28).

2 Pflegekonzeption in der neurologischen Rehabilitation

Das Konzept wurde in Kooperation mit dem klinischen Sozialdienst, Pflegedienstmitarbeitern der neurologischen Stationen und ambulanten Pflegediensten überwiegend aufgrund von Praxiserfahrungen entwickelt.

Die Zielsetzungen der Konzeption sind:

- Stabilisierung des Patientenoutcomes in der häuslich-ambulanten Versorgung
- Reduzierung der subjektiven Belastungen Pflegenden Angehöriger
- Individuelle, behindertengerechte Anpassung des Wohnumfeldes und der Hilfsmittelversorgung
- Anpassung von Rehabilitationsleistungen und Therapieinterventionen an das häusliche Wohnumfeld
- Erprobung der häuslichen Pflegesituation vor Entlassung
- Externe Rückmeldungen zur Ergebnisqualität in zentralen Fragestellungen

Die stationäre Pflegeorganisation, von der ausgehend das Konzept wirksam wird, ist ein konsequent patientenorientiertes, an die Versorgung neurologisch Erkrankter angepasstes Bezugspflegesystem (3).

Das Pflegeüberleitungskonzept umfasst vier Elemente, die nachfolgend kurz vorgestellt werden:

2.1 Angehörigenseminar: Der Entschluss zur häuslichen Pflege

Das Seminar wird regelmäßig für potenziell Pflegenden Angehörigen angeboten, ist motivationsfördernd gestaltet und beinhaltet die Aufklärung über besondere Belastungsaspekte in der häuslichen Pflege sowie Informationen und Empfehlungen zur frühzeitigen Miteinbeziehung von ambulanten Diensten und Selbsthilfegruppen. Die Durchführung wird von spezifisch fortgebildeten und eingearbeiteten Pflegekräften übernommen. Die Angehörigen erhalten ergänzend ein umfangreiches Skript zum Selbststudium und als Erinnerungstütze zur späteren Verwendung. Das Seminar vermittelt vorwiegend theoretische Inhalte zu ambulanten Dienstleistern wie ambulanten Pflegediensten, HomeCare-Diensten, Therapeuten, hauswirtschaftlichen Diensten, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Außerdem werden psychische und emotionale Belastungen, Tipps zur Planung der täglichen Aktivitäten und Ruhephasen sowie Vorkehrungen für den Notfall thematisiert.



Abbildung 1: Ankündigung eines Angehörigenseminars

2.2 Angehörigenanleitungscheckliste/Individueller Pflegekurs



Abbildung 2: Angehörigenanleitung

Die Angehörigenanleitung ist ein weiteres Element der Konzeption. Die Anwendung der Angehörigenanleitungschecklisten strukturiert und dokumentiert die Schulungsmaßnahmen als individuellen Pflegekurs für neurologisch Erkrankte, orientiert am Krankheitsbild und an Pflegetherlevanten Funktionsdefiziten und Risikoprofilen, welche für die spätere häusliche Versorgung wesentlich sind. Per Checkliste werden die Angehörigen am betroffenen Patienten in den Pflegemaßnahmen angeleitet. Die jeweils notwendigen Anleitungen werden in einem ersten Beratungsgespräch geplant und von den zuständigen Bezugspflegekräften koordiniert. Sie dienen der Aufklärung über den Pflegeverlauf, der Einübung von Routine durch frühzeitige Praxisanleitung, der Vermeidung von Pflegefehlern sowie der Entlastung der Pflegenden Angehörigen durch Erlernen sachgerechten Handlings. Der erworbene Kenntnisstand ist mittels Dokumentation in der Checkliste jederzeit nachvollziehbar.

Der individuelle Pflegekurs wird flankiert durch grundsätzliche Maßnahmen der Aufklärung, Beratung und Schulung von Angehörigen. Dazu gehören ärztliche Aufklärung,

Therapiehospitalisationen, Beratung durch therapeutische Berufsgruppen und sozialrechtliche Beratung durch die Klinische Sozialarbeit.

2.3 Therapeutische Wochenendpflege

Das dritte Element der Konzeption ist die therapeutische Wochenendpflege. Sie ist als Erprobung der häuslichen Pflegesituation im Rahmen einer Wochenendtherapiebeurlaubung unter Pflegefachlicher Begleitung eines ambulanten Pflegedienstes definiert. Unbedingt notwendig ist die Miteinbindung der Angehörigen in Anwesenheit, Hilfestellung für den Patienten sowie Kontakte mit dem beauftragten ambulanten Pflegedienst. Die Maßnahme ist grundsätzlich geeignet für Patienten im fortgeschrittenen Genesungsprozess oder bei stagnierender rehabilitativer Entwicklung in der Schlussphase der stationären Rehabilitation. Der Patient wird nicht entlassen, die fachliche Verantwortung bleibt bei der Klinik. Zielsetzungen der therapeutischen Wochenendpflege sind:

- Erprobung der häuslichen Pflegesituation unter Pflegefachlicher Begleitung
- Motivationsförderung und Aufzeigen einer Perspektive für Patient und Angehörige
- Abklärung der Wohnsituation auf behindertengerechte Bedürfnisse und Hilfsmittelempfehlung
- Überprüfung der Angehörigenkompetenzen in der Durchführung von Pflegemaßnahmen in der Realsituation
- Erkennen von ersten Belastungsanzeichen
- Hinweis auf den notwendigen Einsatz von professionellen Dienstleistern, inkl. Pflegeerstkontakt mit ambulantem Pflegedienst

Die umfangreichen Vorbereitungen müssen lückenlos und zuverlässig stattfinden. Die Aufgaben der Klinik sind die Indikationsstellung durch den Stationsarzt, das Pflegeteam oder in der Teambesprechung, die Information und Anleitung der Patienten und der Angehörigen, die Anmeldung zur therapeutischen Wochenendpflege durch die Pflegedienstleitung oder die klinische Sozialarbeit sowie die Auswertung der Checklisten, welche die ambulanten Pflegedienste während der therapeutischen Wochenendpflege bearbeiten. Dies erfolgt durch die mitbeteiligten Berufsgruppen Arzt, Pflegedienst, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie und Physiotherapie. Die Aufgaben der ambulanten Pflegedienste sind die Sichtung der Anmeldeunterlagen, die Terminvereinbarung mit Angehörigen, mindestens zwei Hausbesuche mit direkter Pflegeunterstützung bei Bedarf, Abklärung der Angehörigenkompetenzen und Pflegeberatung vor Ort sowie eine Wohnraumbegehung mit Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung. Die Dokumentation erfolgt zeitgerecht über standardisierte Rückmeldebögen und Checklisten per Fax an die Klinik. Die Maßnahme wird als Privatauftrag der Fachklinik Herzogenaurach durch die klinische Fallpauschale mitfinanziert und legitimiert durch Punkt 6 der gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge und

Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V vom 1.7.1999 (4), in dem Rehabilitationseinrichtungen aufgefordert werden einen individuellen Nachsorgeplan zu erstellen, der Empfehlungen über die Nutzung weiterer Maßnahmen, Hilfestellungen und ggf. Wohnraumanpassungen enthält.

2.4 Der nachstationäre Pflegerückmeldebericht

Abschließendes Element der Konzeption ist der nachstationäre Pflegerückmeldebericht. Er wird sechs Wochen nach der Entlassung ebenfalls mittels standardisiertem Formular durch nachsorgende ambulante Pflegedienste erstellt und an die Klinik zurückgesandt. Er dient auch zur Qualitätssicherung für den Prozess der Patientenüberleitung in die häusliche Versorgung, bietet Optimierungsmöglichkeiten durch nachstationäre Rückmeldungen und erfasst Veränderungen im Patientenoutcome. Er dient der verbesserten Kommunikation zwischen Rehabilitationsklinik und ambulanten Pflegediensten. Die Eckpunkte des Pflegerückmeldeberichtes sind:

- Versorgungsform des Patienten
- ATL-Kompetenzen und aktuelle Pflegeprobleme
- Hilfsmittelversorgung und Nutzung
- Weiterführende Therapiemaßnahmen (z.B. Heilmittel-Verordnungen)
- Entwicklung des Pflegebedarfes seit Entlassung
- Bewertung der Kooperation mit der Fachklinik Herzogenaurach in der Patientenüberleitungsphase

Pflegerückmeldeberichte ermöglichen es, Veränderungen des Patienten, der Versorgungsform und der Nutzung von Dienstleistungen des Gesundheitswesens nachstationär zu erfassen und finden somit als Qualitätssicherungsmaßnahme Verwendung. Nachstationäre Pflegerückmeldeberichte werden überwiegend nur von kooperierenden ambulanten Pflegediensten erstellt, die in der Nachsorgekooperation Herzogenaurach informell organisiert sind. Die Pflegerückmeldeberichte werden sechs Wochen nach Entlassung per Faxformblatt von der Klinik angefordert und systematisch jährlich ausgewertet. Die Eckpunkte Entwicklung des Pflegebedarfes, Therapiefortführung und Hilfsmittelnutzung sind Kennzahlen im internen Qualitätsmanagement für den Prozess der Patientennachsorge.

2.5 Erweitertes Element: Die Nachsorgekooperation der Fachklinik Herzogenaurach

Die Nachsorgekooperation Herzogenaurach ist eine informelle Partnerschaft mit ambulanten Diensten aus dem Großraum Erlangen-Nürnberg-Fürth, die mit einem ersten Informationstreffen im Jahre 2000 ins Leben gerufen wurde. Sie dient der Sicherstellung der standardisierten Durchführung der therapeutischen Wochenendpflege und der

Bearbeitung der nachstationären Pflegerückmeldeberichte. Weitere Ziele sind die Weiterentwicklung der Konzeption durch Erfahrungsaustausch sowie gemeinsame Fortbildung zu aktuellen Pflegerischen und medizinischen Themen.

Die Nachsorgekooperation umfasst über 140 Pflegedienste (Stand 1/2009) im Umkreis vom 50 km der Klinik und schließt private Pflegedienste sowie Wohlfahrtspflegedienste gleichermaßen mit ein. Teilnehmen an der Nachsorgekooperation können Pflegedienste, wenn sie die therapeutische Wochenendpflege bereits einmal durchgeführt haben, Bereitschaft zeigen, nachstationäre Pflegerückmeldungen zu bearbeiten und sich regelmäßig an den Informationstreffen beteiligen. Die Informationstreffen finden jährlich bis zu zweimal statt. Die Veranstaltungen sind gut besucht und führen zu einem hohen Bekanntheitsgrad und zur Akzeptanz unserer Konzeption in der Region.

3 Ergebnisse aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten

Im Rahmen des Pflegekonzeptes zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung wird als abschließendes Element der Patientenüberleitung ein nachstationärer Pflegerückmeldebericht vom nachsorgenden ambulanten Pflegedienst erstellt und an die Klinik zurückgesendet.

Seit 2000 werden systematisch die eingehenden Pflegerückmeldeberichte unserer ambulanten Kooperationspartner mit Hinblick auf die Entwicklung des Pflegebedarfs und der Fortführung von Therapieempfehlungen und Hilfsmittelnutzungen analysiert. Die Ergebnisse werden veröffentlicht (5,6,7, 29, 30).

Aus den Jahren 2000 bis 2007 liegen bei einem Rücklauf von 68% 223 auswertbare Pflegerückmeldeberichte vor.

Bei 40 Patienten (18%) wurde die Dienstleistung des ambulanten Pflegedienstes innerhalb von sechs Wochen nach Entlassung beendet. Hauptgründe hierfür waren die Übernahme der Pflege durch eine familiäre Pflegeperson oder die Entscheidung andere ambulante Pflegedienste für die Weiterversorgung zu beauftragen.

3.1 Zur Entwicklung des Pflegebedarfes

Der nachsorgende ambulante Pflegedienst hat die Frage »Pflegebedarf seit Entlassung aus der Fachklinik Herzogenaurach« mit gleichbleibend, erhöht oder verringert zu bewerten. Grundlage für diese Einschätzung ist die fachliche Beurteilung durch den ambulanten Pflegedienst bezüglich des direkten und anleitenden Pflege- und Versorgungsbedarfes sechs Wochen nach Entlassung durch professionelle Dienstleister oder familiäre Pflegepersonen.

Die Auswertung der Pflegerückmeldeberichte (n=182) zeigt folgendes Bild:

- Pflegebedarf reduziert bei 54 Patienten (30%)
- Pflegebedarf stabil bei 98 Patienten (54%)
- Pflegebedarf erhöht bei 30 Patienten (16%)

Im Ergebnis wird in 84% der Fälle ein stabiler oder reduzierter Pflegebedarf sechs Wochen nach Entlassung beschrieben. Bei 16% hat sich der Pflegeaufwand in der nachstationären Phase innerhalb von sechs Wochen erhöht. Gründe für die Negativentwicklung des Pflegebedarfes sind, soweit recherchierbar, Sturzfolgen, Traumafolgen anderer Ursachen und zerebraler ReInsult.

3.2 Zur Fortführung von Therapieempfehlungen

Im nachstationären Pflegerückmeldebericht wird unter der Rubrik »weitere Versorgung« die Frage gestellt: »Wurden Therapiemaßnahmen fortgeführt? Wenn ja, welche?«. Wir gehen davon aus, dass der nachsorgende Pflegedienst über angewandte Therapiemaßnahmen innerhalb der ersten sechs Wochen nach Entlassung informiert ist und interpretieren die Antworten als Dokument für Therapiefortführung i.d.R. durch Heilmittelverordnung. Dies vergleichen wir mit den Empfehlungen für weiterführende Therapien in den ärztlichen Entlassungsberichten.

Die Auswertung der Daten bezieht sich auf die Pflegerückmeldeberichte aus den Jahren 2000 bis 2007. Insgesamt wurden 227 weiterführende Therapieempfehlungen im Entlassbrief an den weiterbehandelnden Arzt ausgesprochen.

Tabelle 1: Umsetzung der Therapieempfehlungen

	Therapieempfehlung	Dokumentierte Therapiefortführung	%
Physiotherapie	132	45	34%
Ergotherapie	54	13	24%
Logopädie/FOTT	11	4	36%
Physikal. Therapie	11	3	27%
Neuropsychologie	9	2	22%
Med. Rehabilitation	6	3	50%
Ernährungsberatung	4	0	

Insgesamt werden weniger als die Hälfte der Therapieempfehlungen (31%) innerhalb der ersten sechs Wochen nach Entlassung als umgesetzt rückgemeldet. Die Umsetzungsquote nimmt zudem im Verlauf der Jahre 2000-2007 ab. Gerade neurologisch erkrankte Patienten mit Pflege- und Versorgungsbedarf profitieren von diesen Therapieformen im Sinne der Stabilität von Funktions- und Mobilitätsfähigkeiten. Gründe für die mangelnde Therapiefortführung erschließen sich aus den Pflegerückmeldeberichten nicht. Möglicherweise sind nicht ausreichende Therapieangebote, wie aufsuchende Hausbesuche, Probleme beim Transport zur Therapie, Belastungsgrenzen von Pflegenden Angehörigen und reduzierte Heil- und Hilfsmittelbudgets der niedergelassenen Ärzte, mitausschlaggebend.

3.3 Zur Nutzung von Hilfsmitteln

Die Erfahrungen in der neurologischen Rehabilitation zeigen, dass die Hilfsmittelversorgung stets einer individuellen Betrachtung der Situation des Patienten und von dessen

Umfeld bedarf. Eine Unter- und Überversorgung wurde für zerebro-vaskuläre Erkrankungen im »Gutachten des Sachverständigenrates« aus dem Jahr 2002 bemängelt.

Mit der Analyse aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten ambulanter Pflegedienste aus den Jahren 2000-2007 können wir die Ist-Situation im Einzugsgebiet der Klinik (Großraum Nürnberg, Fürth, Erlangen) betrachten und Informationen zu spezifischen Besonderheiten der Hilfsmittelsituation neurologisch erkrankter Menschen bereitstellen, und zwar bezüglich der Art verordneter Hilfsmittel, der Nutzungsrate, des Umfangs notwendiger Neuverordnungen und der Auswirkung auf die Selbständigkeit der Patienten. Diese Daten helfen uns, eine Optimierung unserer Hilfsmittelversorgung für die Nachsorge zu erreichen mit dem Ziel der Nahtlosigkeit und der Vermeidung von Fehl- und Überversorgungen.

Die Hilfsmittelversorgung in unserer Klinik ist sektoral organisiert. Der Stationsarzt verordnet nach Absprache im therapeutischen Team Hilfsmittel für die nachstationäre Versorgung. Dabei sind bzgl. Konkreter Auswahl, Beratung und Anwendungsschulung die Abteilung Physiotherapie für Mobilitätshilfen, die Abteilung Ergotherapie für alltagspraktische Hilfsmittel und der Pflegedienst für Pflegehilfsmittel zuständig, wobei die Rückmeldungen der ambulanten Pflegedienste aus der therapeutischen Wochenendpflege berücksichtigt werden.

Das Hilfsmittelrezept wird an einen kooperierenden Dienstleister oder ein Dienstleistungszentrum des Kostenträgers weitergeleitet mit dem Ziel, dass der Patient das Hilfsmittel zeitgerecht vor Entlassung erhält und noch in der Klinik in den Gebrauch eingewiesen und angeleitet werden kann.

3.3.1 Ergebnisse

Aus den Jahren 2000 bis 2007 liegen 191 Pflegerückmeldeberichte mit Informationen zur Hilfsmittelversorgung vor (7).

Insgesamt wurden 441 Hilfsmittel für die nachstationäre Weiterversorgung verordnet, was einem Durchschnitt von 2,3 Hilfsmitteln pro Patient entspricht (Vgl. Bestmann 2001 bei einem Gesamtkollektiv von 967 Patienten mit 2,3 Hilfsmitteln pro Patient) (8)

56 Hilfsmittel wurden nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation neu verordnet. Das entspricht einem »Nachverordnungsbedarf« von 13%. Vergleichend zeigt sich, dass in Untersuchungen zur Hilfsmittelversorgung nach stationärer neurologischer Rehabilitation Hilfsmittelanpassungen und Neuverordnungen innerhalb von sechs Monaten bei 17-18% der Fälle notwendig sind (8,9).

Verteilung der Verordnungen

Die verordneten Hilfsmittel lassen sich in vier Funktionsgruppen zusammenfassen:

Mobilitätshilfen bilden den größeren Anteil der Verordnungen mit 41% (182 Hilfsmittel), darunter überwiegend Rollstühle, Rollatoren und Gehstützen/-stöcke.

Hilfsmittel zur persönlichen Pflege wurden mit 41% (182 Hilfsmittel) verordnet, darunter Badewannenlifter, Toilettensitzerhöhungen und Toilettenstühle.

Medizinische Hilfsmittel wurden mit 11% (48 Hilfsmittel) verordnet, dabei zur Hälfte Kompressionsstrümpfe oder -verbände.

Hilfsmittel für den Lebensbereich »Ruhe und Schlafen« wurden mit 7% (29 Hilfsmittel) verordnet, darunter überwiegend Pflegebetten und Zubehörmaterial.

Häusliches Nutzungsverhalten

Die Nutzungsrate der regelmäßig zu Hause angewendeten Hilfsmittel liegt nach den Rückmeldungen (n=148) bei 94% in einem Beobachtungszeitraum von sechs Wochen. Diese Quote ist etwas höher im Vergleich zu Untersuchungen mit größeren Patientenzahlen (n=203) und längerem Beobachtungszeitraum (sechs Monate), die eine mittlere Nutzungsrate von 86% feststellen konnten (8,9).

Förderung der Selbstständigkeit

Zur Frage, ob die verordneten Hilfsmittel die Selbstständigkeit fördern, gibt es 113 auswertbare Rückmeldungen durch die kooperierenden ambulanten Pflegedienste, davon waren 71% (80) positiv, 18% (20) zum Teil positiv und 12% (13) negative Urteile. Bestmann et al (2001) fanden in ihrer Studie heraus, dass der Einsatz von Hilfsmitteln die motorische Kompetenz der Patienten im Bereich der Mobilität um 22% steigert (8,9).

Abstimmung auf die individuelle Patienten- und Umfeldsituation

Zur Frage, ob die Hilfsmittelverordnungen auf die häusliche Situation abgestimmt waren, liegen 97 Rückmeldungen von ambulanten Pflegediensten vor, wobei 88% (85) positiv, 5% (5) zum Teil positiv sowie 7% (7) negativ beurteilt wurden.

3.3.2 Diskussion

Bei kleinerer Patientenzahl und kürzerem Beobachtungszeitraum bestätigen sich Ergebnisse anderer Untersuchungen (8, 9), die einen relevanten Hilfsmittelanpassungsbedarf und Neuverordnungen nach stationärer neurologischer Rehabilitation belegen. Erfreulich ist die hohe Nutzungsrate von 94% der verordneten Hilfsmittel. Übereinstimmungen finden sich darin, dass Mobilitätshilfen und Hilfsmittel zur persönlichen Pflege die größten Anteile der Verordnungen ausmachen. Die positiven Effekte der Hilfsmittel auf die Förderung der Selbstständigkeit sind nach den Rückmeldungen der ambulanten Pflegedienste erfreulich hoch. Die Abstimmung unserer Hilfsmittelplanungen auf die individuelle Patientensituation wird ebenso überwiegend positiv beurteilt, was durch den Einfluss der rückgemeldeten Empfehlungen nach therapeutischer Wochenendpflege begünstigt wird.

4 Prospektive Evaluation »Optimierung der Überleitung zwischen neurologisch-weiterführender Rehabilitation (Phase C) und häuslich-ambulanter Versorgung«

Die primäre Zielgruppe des Pflegekonzeptes zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung sind Schlaganfallpatienten und deren Pflegenden Angehörige. Bis zu zwei Drittel der Patienten, die das Akutereignis Schlaganfall überleben, verbleiben nach der klinischen Behandlung mit Defiziten in der funktionellen Selbstständigkeit, bis zu 50% mit kognitiven Beeinträchtigungen und ein Drittel mit psychischen Störungen (10). Bei Pflegenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten werden erhöhte psychische Belastungs-

werte festgestellt, die durch häusliche Pflege und Wesensveränderungen des Patienten verursacht werden (11). Um diese auftretenden Defizite und Probleme in der häuslichen Pflegesituation zu mindern und Folgekomplikationen wie Akut- und Pflegeheimweisungen zu reduzieren sowie um die Weiterversorgung durch ambulante Pflegedienste und die Hilfsmittelversorgung zu optimieren, wurde das Pflegeüberleitungskonzept durch Mitarbeiter des Pflegedienstes der Klinik, der Klinischen Sozialarbeit und ambulanter Pflegedienste entwickelt. Es beinhaltet mit dem Element der therapeutischen Wochenendpflege eine intensivierete Überleitungsmaßnahme, die sich von anderen Konzeptionen aus dem rehabilitativen oder akutklinischen Bereich sowie von den Empfehlungen aus dem Expertenstandard Entlassungsmanagement (1) unterscheidet.

Die Effekte der intensivierten Überleitungskonzeption prüften wir ab 2002 in einer prospektiv angelegten, kontrollierten, klinischen Studie. Kooperationspartner in der Planung, Durchführung und Auswertung der Studie war der Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Erlangen. Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg positiv beurteilt (Bearbeitungsnummer 2547). Die Studienergebnisse wurden international veröffentlicht (12, 16, 28, 31, 32).

4.1 Studiendesign

Aufgenommen in die Studie wurden vom Januar 2002 bis Oktober 2002 Patienten mit hämorrhagischem oder ischämischen Schlaganfall (Haupteinschlusskriterium), nach erfolgter stationärer neurologischer Rehabilitation in der Fachklinik Herzogenaurach und mit vorhersehbarem weiteren Pflege- und Betreuungsbedarf bei Entlassung. Weitere Einschlusskriterien waren das schriftlich erteilte Einverständnis von Patienten und Angehörigen, die Möglichkeit zur häuslichen Pflege durch familiäre Pflegepersonen sowie ein Mindestaufenthalt in der Fachklinik von vier Wochen.

Die Patienten wurden unselektiert durch die Aufnahmeabteilung zwei neurologischen Stationen (Phase C) zugewiesen. Eine Station führte die Standardüberleitungsmaßnahmen durch. Deren Patienten bildeten damit die Kontrollgruppe. Die zweite Station setzte zusätzlich die ergänzenden Maßnahmen aus dem intensivierten Überleitungskonzept (s. [Abb. 3 auf der nächsten Seite](#) und [Tab. 2 auf Seite 17](#)) ein. Sie bildete mit ihren Patienten die Interventionsgruppe. Die Stationen waren dabei in allen Aspekten der Organisation und der Personalressourcen vergleichbar.

Die patienten- und angehörigenbezogene Datenerhebung (s. [Tab. 3 auf Seite 17](#)) fand in der Entlassungswoche in der Klinik (T0), postalisch nach vier Wochen (T1) und sechs Monate nach Entlassung im häuslichen Umfeld (T2) statt. 2,6 Jahre nach der stationären Entlassung wurden ergänzende standardisierte Telefoninterviews mit allen Studienteilnehmern geführt (T3).

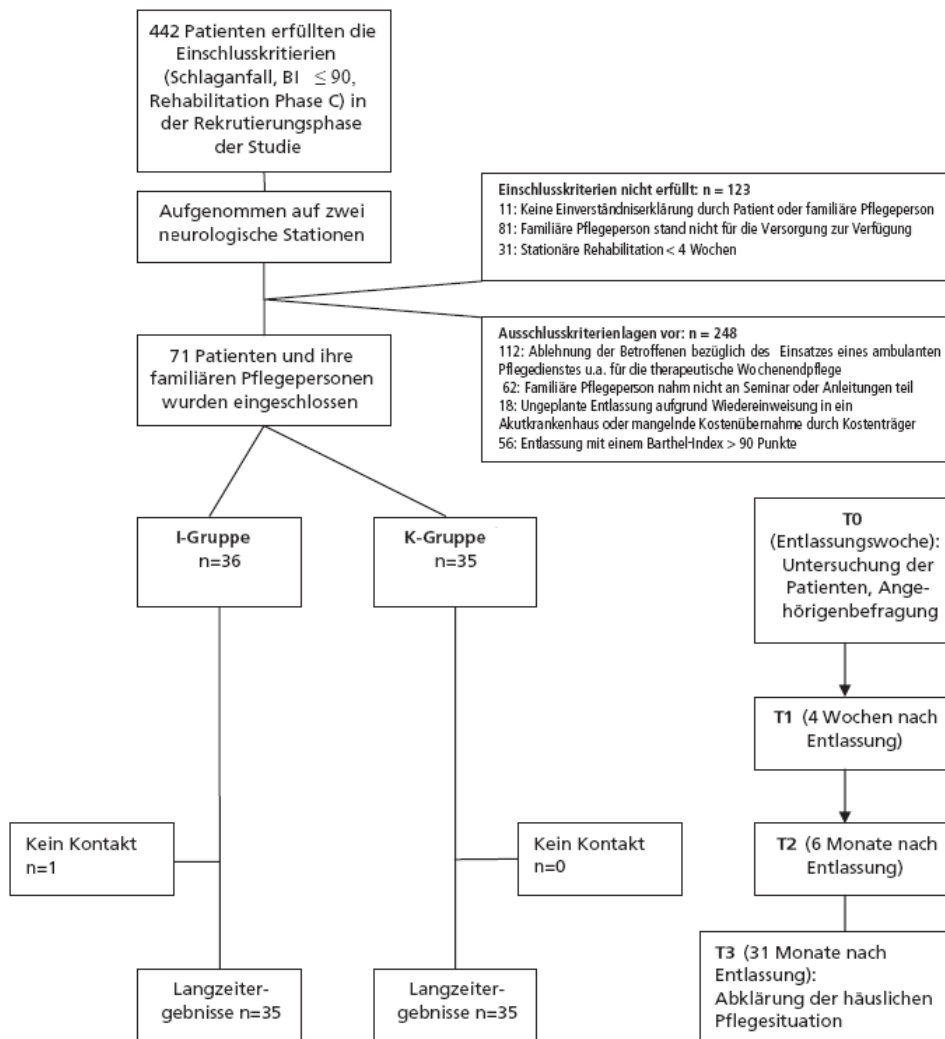


Abbildung 3: Flussdiagramm der prospektiven Evaluation

4.1.1 Zusammenfassung

71 Schlaganfallpatienten erfüllten die Einschlusskriterien. Im Beobachtungszeitraum bis T2 gab es 9 Dropouts durch Tod des Patienten (4x), Wiedereinweisung in ein Akutkrankenhaus (3x) und Pflegeheimweisung (2x). 62 Patienten konnten somit in ihrer häuslichen Umgebung nachuntersucht werden (T2). 33 Patienten gehörten zur Interventionsgruppe (I-Gruppe), 29 Patienten zur Kontrollgruppe (K-Gruppe). Die soziodemographischen Daten der Patienten (s. Tab. 4 auf Seite 18) zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die stationäre Verweilzeit in der Rehabilitation war in der I-Gruppe durchschnittlich 11 Tage länger als in der K-Gruppe (64 Tage versus 53 Tage, $p=0,014$).

Tabelle 2: Überleitungskonzepte

Standardüberleitung: Kontrollgruppe (K-Gruppe)	Intensivierte Überleitung Interventionsgruppe (I-Gruppe)
• Beratung zu sozialrechtlichen Hilfen	• Alle Maßnahmen der Standardsüberleitung
• Antrag auf Pflegeleistungen nach SGB XI / nahtloser Übergang nach § 112 SGB V	Ergänzend
• Vermittlung von ambulanten Diensten und Selbsthilfegruppen	• Teilnahme am Angehörigenseminar
• Individuelle Hilfsmittelversorgung	• Individueller Pflegekurs
• Therapiehospitalationen der Angehörigen	• Therapeutische Wochenendpflege
• Pflegeanleitung in der Entlassungswoche	• Telefonisch zugehende Beratung durch die Klinische Sozialarbeit 3 Monate nach Entlassung
• Pflegeverlegungsbericht für nachsorgenden Dienstleister	(siehe Abschnitt 1)

Tabelle 3: Patienten- und angehörigbezogene Datenerhebung

Patientenbezogenes Assessment	Angehörigenbezogenes Assessment
Messung der funktionellen Selbstständigkeit:	Körperliches Beschwerdeprofil:
• Barthel-Index (19)	• Gießner Beschwerdebogen (25)
• Functional Independence Measure (FIM) (20)	Ängstlich-depressive Beeinträchtigung:
Standardisierte Mobilität:	• Depressivitätsskala (26)
• Timed-up-And-Go Test (21)	Subjektive Belastungen pflegender Angehöriger bei häuslicher Pflege:
Ausmaß spastischer Paresen:	• Häusliche Pflege-Skala (27)
• Spastik-Skala nach Ashworth (22)	Versorgungs- und Pflegesituation:
Funktionalität der oberen Extremitäten:	• Postalischer Fragebogen (T1)
• Frenchay Arm Test (23)	• Standardisierte Telefoninterviews (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität:	
• SF-36 (24)	
Erhebungsbogen zum körperlichen Status und zur Nutzung des Gesundheitssystems (Arztbesuche, Medikamente, Heil- und Hilfsmittelnutzung usw.)	

4.2 Ergebnisse des sechs-monatigen poststationären Verlaufes

Beide Patientengruppen verbesserten sich signifikant in der funktionellen Selbstständigkeit (Barthel-Index > 10 Punkte, FIM: +2,5 Punkte in der I-Gruppe, +7,4 Punkte in der K-Gruppe). Es besteht kein signifikanter Gruppenunterschied. Die Patienten der I-Gruppe erreichten keine bessere funktionelle Selbstständigkeit als die Patienten in der Kontrollgruppe.

Die Angehörigen zeigten in beiden Gruppen einen Anstieg ihrer körperlichen Beschwerden. Psychische Symptome veränderten sich bei den Angehörigen in den sechs Monaten der häuslichen Pflege nicht. Es besteht kein signifikanter Gruppenunterschied. Die Angehörigen der I-Gruppe waren somit durch körperliche und psychische Beeinträchtigungen nicht weniger belastet. Bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens nahm die Anzahl der Arztbesuche in der I-Gruppe im Zeitverlauf von sechs Monaten ab, in der K-Gruppe dagegen zu ($p=0,048$), wobei in der I-Gruppe (T1) (ebenfalls signifikanter Unterschied: $p=0,044$) auch weniger Neuerkrankungen auftraten.

Tabelle 4: Patientendaten in beiden Studiengruppen bei Entlassung

Patientendaten	Interventionsgruppe (n=35)	Kontrollgruppe (n=35)	p
Alter (Mittelwert ± SD)	72.3 ± 8.9	73.2 ± 10.0	.408*
Weibliches Geschlecht	14 (40%)	10 (29%)	.319†
Barthel-Index (Mittelwert ± SD)	66.6 ± 13.8	62.0 ± 21.2	.289*
FIM (Mittelwert ± SD)	90.8 ± 13.3	84.9 ± 2.2	.562*
Frenchay Arm Test (Mittelwert ± SD)	2.9 ± 2.3	3.3 ± 2.2	.562*
Asworth Spastic Scale (Mittelwert ± SD)	1.5 ± 1.2	1.2 ± 1.2	.297*
SF 36 _p (Mittelwert ± SD)	31.3 ± 6.0	30.3 ± 8.0	.580*
SF 36 _e (Mittelwert ± SD)	48.8 ± 11.7	49.1 ± 11.5	.915*
Timed-Up-And-Go Test (durchführbar [§])	28 (80%)	27 (77%)	.771†
Paresen (obere Extremitäten)	26 (74%)	23 (66%)	.434†
Paresen (untere Extremitäten)	28 (80%)	27 (77%)	.771†
Gangstörung			
- keine	4 (11%)	6 (17%)	.495†
- geringe	31 (89%)	29 (83%)	
- ausgeprägte	0 (0%)	0 (0%)	

Mittelwert ± SD

* t-test

† Chi-Quadrat-Test

FIM Functional Independence Measure

Frenchay Arm Test: Funktionalität der oberen Extremitäten

Asworth Spastic Scale modified by Bohannon and Smith: Funktionalität der unteren Extremitäten

SF 36: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

SF 36_p: Physikalischer Summenscore des SF 36

SF 36_e: Emotionaler Summenscore des SF 36

Timed-Up-And-Go-Test: Standardisierte Mobilität

§ Anzahl der Patienten die den Test durchführen konnten, d.h. alleine laufen konnten, um die Testkriterien zu erfüllen

† Geringe Gangstörung, mit seltenen Stürzen (maximal 2 in den letzten 4 Wochen) und ohne Sturzfolgen

††† Ausgeprägte Gangstörung mit mehr als 2 Stürzen in den letzten 4 Wochen oder mit Sturzfolgen

Komplikationen in der Pflegesituation, z.B. bei der Versorgung eines Dauerkatheters, nahmen im Beobachtungszeitraum allein in der K-Gruppe zu (T1: 3%, T2: 14%), wobei in der I-Gruppe mehr Angehörige die Dienstleistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nahmen (52% versus 31% in der K-Gruppe). Die Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Therapien reduzierte sich in der häuslich-ambulanten Versorgung in beiden Gruppen im Verlauf der Studie, wobei die I-Gruppe deutlich häufiger Ergotherapie in Anspruch nahm (signifikanter Unterschied: p=0,038).

Im gesamten untersuchten Patientenkollektiv wurden nach sechs Monaten folgende Heilmittelverordnungen umgesetzt: 61% der Patienten erhielten Krankengymnastik, 26% Ergotherapie, 18% Sprachtherapie und 23% Physikalische Therapie (42). Diese Ergebnisse zeigen deutlich höhere Fortführungsquoten für spezifische Therapien im Vergleich zu Empfehlungen in den Arztbriefen als die Ergebnisse der nachstationären Pflegerückmeldeberichte (s. 3.2.), die innerhalb von sechs Wochen durch ambulante Pflegedienste erstellt werden. Eine Erklärung hierfür kann zum einen der unterschiedliche Erhebungszeitraum sein, da unter Umständen innerhalb von sechs Wochen nach Entlassung noch nicht alle verordneten oder beabsichtigten Therapien angelaufen sind sowie zum anderen die unterschiedlichen Methoden in der Erfassung über ambulante Pflegedienste, die vielleicht nicht in allen Fällen über Dienstleistungen, die sie nicht selbst erbringen, informiert sind und so keine adäquate Rückmeldung geben können. In der Studie wurden auch explorativ-

Tabelle 5: Personendaten der familiären Pflegepersonen in beiden Studiengruppen bei Entlassung der Patienten

Personendaten	Interventionsgruppe (n=35)	Kontrollgruppe (n=35)	p
Alter (Mittelwert \pm SD)	60.1 \pm 9.8	59.0 \pm 9.3	.620*
Weibliches Geschlecht	26 (74%)	26 (74%)	1.000†
Körperliche Beschwerden* (Mittelwert \pm SD)	34.7 \pm 41.8	41.8 \pm 29.9	.300*
Depression* (Mittelwert \pm SD)	60.2 \pm 30.5	71.2 \pm 26.4	.119*
Verwandtschaft zu den Patienten			
- Lebenspartner	23 (66%)	23 (66%)	.321†
- Kind	8 (23%)	11 (31%)	
- andere	4 (11%)	1 (3%)	

Mittelwert \pm SD

* t-test

† Chi-Quadrat-Test

‡ Summenscore der Depression-Skala (D-5) von Zerssen and Koeller (1976)

& Summenscore des Gießner Beschwerdebogens (GBB-24) von Braehler and Scheer (1995)

statistische Faktoren auf ihren Einfluss auf die weitere Heilmittelverordnung untersucht: Je schlechter die funktionelle Selbstständigkeit im Alltag und je besser die psychisch-mentale Lebensqualität der Patienten, desto eher erfolgten Mehrfachverordnungen. Die Mehrfachverordnungen von Heilmitteln wurden zudem durch die Empfehlungen im Arztbrief und durch häufigere Arztbesuche begünstigt sowie tendenziell auch durch niedrigeres Lebensalter und erneute Schlaganfälle. Das Vorhandensein von Hilfsmitteln reduziert die Chance auf Heilmittelverordnungen allerdings signifikant (42).

4.3 Ergebnisse des Langzeitverlaufes nach 2,6 Jahren

Für Telefoninterviews wurden die Daten aller bei T0 eingeschlossenen Patienten berücksichtigt, wobei eine Familie nicht mehr kontaktiert werden konnte. Somit konnten die Basisdaten aus T0 und die Ergebnisse bei T3 von 70 Patienten ausgewertet werden (35 Patienten in jeder Gruppe) (siehe Abb. 3 auf Seite 16). Ca. 2,6 Jahre nach der stationären Rehabilitation befanden sich signifikant mehr Patienten aus der Interventionsgruppe in häuslich-ambulanter Versorgung als aus der Kontrollgruppe (29 Patienten aus der I-Gruppe versus 19 Patienten aus der K-Gruppe, $p=0,036$). Signifikant weniger Patienten der I-Gruppe waren institutionalisiert oder verstorben.

Patientenbezogene Prädiktoren für Pflegeheimweisung oder Tod waren bei der statistischen Analyse ein höheres Lebensalter und eine eingeschränkte funktionelle Lebensqualität (physikalischer Summenscore aus dem SF-36) zum Zeitpunkt der Entlassung. Keinen statistischen Einfluss dagegen hatte der funktionelle Zustand der Patienten gemessen mit dem Barthel-Index und dem funktionalen Selbstständigkeitsindex. Bei Betrachtung der Angehörigen zeigte sich als Trend, dass Patienten eher institutionalisiert oder verstorben waren, wenn deren familiäre Pflegeperson bei Entlassung einen erhöhten Wert in der Depressionsskala aufwies ($p=0,099$).

Bezüglich der Heilmittelverordnung zeigte sich, dass jüngere Patienten und Patienten mit erneuten Schlaganfällen signifikant häufiger Mehrfachverordnungen erhielten. Mit

57% erhielten die Patienten Krankengymnastik als Heilmittelverordnung am häufigsten. 85% der Patienten nutzten auch Hilfsmittel (2,95 Hilfsmittel pro Patient im Mittel) (42).

4.3.1 Schlussfolgerungen

Durch die kontrollierte klinische Verlaufsuntersuchung können folgende gesicherte Aussagen zu den Effekten es intensivierten Pflegeüberleitungskonzeptes bei Schlaganfallpatienten gemacht werden:

- Es zeigten sich weder wesentliche Vorteile bezüglich des funktionellen Status und der Lebensqualität der Schlaganfallpatienten in der häuslichen Pflege noch bezüglich der Gesundheit und der subjektiven Belastung der Pflegenden Angehörigen im Beobachtungszeitraum sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation.
- Es wurden nicht unbedeutende Unterschiede in der Inanspruchnahme professioneller ambulanter Dienstleister sowie von ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungen festgestellt. Sie fanden in der Interventionsgruppe frühzeitiger und intensiver statt und wirkten sich komplikationsvermeidend aus.
- Als Langzeiteffekt nach 2,6 Jahren konnte für die Patienten in der Interventionsgruppe eine geringere Institutionalisierungs- und Sterberate bei gleichzeitig deutlich stabilerer häuslich-ambulanter Versorgungssituation nachgewiesen werden.
- Dieser Langzeiteffekt in der Interventionsgruppe ist unabhängig von den Faktoren »hohes Lebensalter« und »eingeschränkte funktionelle Lebensqualität« der Patienten bei stationärer Entlassung, die prognostische Faktoren für eine erhöhte Sterbe- und Institutionalisierungsrate bei Schlaganfallpatienten im Allgemeinen sind.

Für das gesamte Patientenkollektiv zeigte sich, dass im Langzeitverlauf jüngere, körperlich mehr, aber psychisch weniger betroffene Schlaganfallpatienten eher Mehrfachverordnungen von Heilmitteln erhalten. Krankengymnastik wurde als Heilmittelverordnung dabei am häufigsten verschrieben.

5 Patienten- und Angehörigenbefragungen im Rahmen des Pflegeüberleitungskonzeptes

Seit 2000 hat die Klinik ergänzend zu der Pflegeüberleitungskonzeption eine informelle Nachsorgekooperation mit über 140 beteiligten Pflegediensten aus dem Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen initiiert, um die qualitative Durchführung der therapeutischen Wochenendpflege zu unterstützen. Es finden mindestens einmal jährlich gemeinsame Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen zum Pflegeüberleitungskonzept und zu anderen aktuellen Pflege Themen statt. Die qualitativ guten Ergebnisse aus den verschiedenen Nachbeobachtungszeiträumen (6 Wochen, 6 Monate, 2,6 Jahre nachstationär) sprechen für eine fachlich gute Umsetzung der Pflegeüberleitungsstrategien durch Klinik und ambulante Pflegedienste.

5.1 Fragestellung und Methode

In Untersuchungen zu Qualitätswünschen an ambulante Pflegedienste zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Pflegenden Angehörigen einerseits und Pflegeexperten andererseits (13). Zum Beispiel war der meistgenannte Qualitätswunsch von Pflegenden Angehörigen mit 35% der Antworten die Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit des Pflegepersonals. Bei den Antworten der Pflegeexperten war dieser Aspekt mit nur zwei Antworten im unteren Bereich der Rangliste vertreten. Wir wollten daher nachvollziehen, ob die qualitativ guten Ergebnisse die sich auch in der subjektiven Zufriedenheit der Betroffenen abbilden. Wir entwickelten hierzu eine Patienten- und Angehörigenbefragung zur therapeutischen Wochenendpflege, die nach stattgehabtem Erprobungswochenende an die Betroffenen ausgehändigt und nach Rücklauf zentral ausgewertet wird. Der regelmäßige Einsatz des Fragebogens begann ab Juli 2005. Der Fragebogen orientiert sich an den subjektiven Qualitätswünschen Pflegenden Angehöriger der bereits erwähnten Untersuchung (13) sowie an ergänzenden Inhalten der Checklisten von Kostenträgern (AOK, 2005) und der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege (München) zur Beurteilung der Qualität von ambulanten Pflegediensten (14).

Die zentralen Fragestellungen waren:

1. Entsprechen die Dienstleistungen der ambulanten Pflegedienste im Rahmen der therapeutischen Wochenendpflege den subjektiven Qualitätswünschen von Patienten und Angehörigen?
2. Werden die Zielsetzungen der therapeutischen Wochenendpflege durch die ambulanten Pflegedienste aus Sicht der Betroffenen erreicht?

Die Begleitung einer häuslichen Pflegesituation durch einen ambulanten Pflegedienst im Sinne von Beratung und Pflegeentlastenden Tätigkeiten gilt als Belastungsprävention für Pflegenden Angehörige und hilft Pflegebedingte Beschwerden und Stresssituationen zu reduzieren (15). Wenn im Erstkontakt (therapeutische Wochenendpflege) die Qualitätswünsche der Betroffenen berücksichtigt werden, scheint auch der Anteil der Inanspruchnahme nach stationärer Rehabilitation erhöht zu sein (16). Ein wichtiges Ziel der Pflegeüberleitungskonzeption wäre hierdurch erreicht.

5.2 Ergebnisse bzgl. der integrierten Dienstleistung ambulanter Pflegedienste

In dem Zeitraum Juli von 2005 bis Januar 2009 liegen 328 auswertbare Patienten- und Angehörigenbefragungen zur therapeutischen Wochenendpflege vor. Die Rücklaufquote liegt bei 80%. Die Beurteilungen erfolgen überwiegend mit Schulnoten von 1 bis 5 sowie mit Ja- und Nein-Fragen (18).

Die Fragebögen wurden durch folgende Personengruppen ausgefüllt (n=328):

- Patienten 209 (64%)
- Angehörige 64 (20%)
- Sonstige Hilfsperson 4 (1%)

- Ohne Angaben zur Person 51 (16%)

Wegen zum Teil fehlender Angaben differierten im Folgenden die Anzahl valider Antworten zu den einzelnen Fragen.

Vorbereitungen der Klinik für die therapeutische Wochenendpflege (n=308):

- 1: Sehr gut 197 (64%)
- 2: Gut 99 (32%)
- Noten 3 – 5: 12 (4%)

Terminreue des ambulanten Pflegedienstes (n=320):

- Ja 287 (90%)
- Nein 12 (4%)
- Kleine Unpünktlichkeit 21 (6%)

Einfühlsamkeit und Freundlichkeit der Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes (n=319):

- 1: Sehr freundlich 239 (75%)
- 2: Freundlich 66 (21%)
- 3-5: Nicht freundlich 14 (4%)

Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen (n=276):

- Ja 270 (98%)
- Nein 6 (2%)

Wenn ja, wie zufrieden waren Sie (n=291):

- 1: Sehr zufrieden 198 (68%)
- 2: Zufrieden 84 (29%)
- 3-5: Nicht zufrieden 9 (3%)

Wurden Kontaktadressen und Infomaterial des Pflegedienstes ausgehändigt (n=277):

- Ja 173 (63%)
- Nein 104 (37%) !

Einschätzung der Kompetenz des Personals der ambulanten Pflegedienste (n=314):

- 1: Sehr kompetent 205 (65%)

- 2: Kompetent 90 (29%)
- 3-5: Nicht kompetent 19 (6%)

Wurden die Pflegehandlungen mit dem Patienten besprochen (n=298):

- Ja 271 (91%)
- Nein 27 (9%)

Wurden die Pflegenden Angehörigen miteinbezogen (n=210):

- Ja 171 (81%)
- Nein 39 (19%)

Vollständigkeit der Wohnraumbegehung (n=265):

- Ja 239 (90%)
- Nein 26 (10%)

War die Wohnraumbegehung hilfreich (n=208):

- Ja 189 (91%)
- Nein 19 (9%)

5.2.1 Schlussfolgerung

Die Berücksichtigung der Qualitätswünsche Betroffener an ambulante Pflegedienste im Rahmen der therapeutischen Wochenendpflege konnte mit dieser Befragung bei einem Rücklauf von 80% gut dargestellt werden. Demnach zeigen sich überwiegend sehr gute Beurteilungen für Pünktlichkeit, persönlichen Umgang, Bedürfnisberücksichtigung und fachliche Kompetenz. Lediglich die Information über Pflegehandlungen und der Miteinbezug wurde etwas defensiver positiv beurteilt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Zufriedenheitsbefragungen älterer Menschen zur Pflegerischen Versorgung oft hohe Zustimmungswerte ergeben (17). Bei der Beurteilung sollte ergänzend bedacht werden, dass die ambulanten Dienste die therapeutische Wochenendpflege zusätzlich am Wochenende zu ihren bereits geplanten Touren durchführen und sie eine komplexe Maßnahme aus direkter Pflege, Angehörigenberatung und Wohnraumbegehung darstellt.

Die Ziele der therapeutischen Wochenendpflege werden vor allem durch die guten Bewertungen für die Wohnraumbegehungen, die fachliche Kompetenz des Personals und den guten Miteinbezug der Betroffenen erreicht. Kritisch verbleibt die mangelhafte Aushändigung von Kontaktadressen und Infomaterial an die Betroffenen. Das Ziel des weiterführenden Kontaktes, konkret die Weiterversorgung durch den Pflegedienst oder eine spätere nochmalige Kontaktaufnahme, wird dadurch unnötig erschwert.

Die Klinik selbst wird für die Vorbereitung der Maßnahme mit überwiegend sehr gut bewertet. Insgesamt sehen wir durch die Befragungen das Kernelement unserer Pflegeüberleitungskonzeption, die therapeutische Wochenendpflege, von den Betroffenen als sehr gut akzeptiert und konnten aufzeigen, dass Qualitätswünsche von Patienten und Angehörigen durch den Einsatz von ambulanten Diensten gut berücksichtigt werden können.

Literatur

1. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück November 2002.
2. Schmidt R: Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung. Die Schwester / Der Pfleger 2001; 40:814-9
3. Schmidt R, Thiele H: Bezugspflege in der neurologischen Rehabilitation. Die Schwester / Der Pfleger 2001; 40: 642-3
4. Gemeinsame Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf der Grundlage des §111a SGB V (2) vom 1.7.1999
5. Schmidt R, Schupp W, Niese L: Häusliche Pflegesituation nach neurologischer Rehabilitation – Analyse aus Pflegerückmeldeberichten. Die Schwester / Der Pfleger 2004; 43: 521-3
6. Schmidt R., Schupp W., Niese L.: Pflegedienste als Partner – Rehabilitationsklinik etabliert standardisiertes Nachsorgekonzept. Pflegen Ambulant 2005; 16(5): 48-51
7. Schmidt R., Schupp W., Niese L.: Nachstationäre Pflegerückmeldeberichte zum Einsatz von Hilfsmitteln – Fehlversorgungen vermeiden. Pflegezeitschrift 2006 (3): 153-166
8. Bestmann A, Lingnau ML, Staats M Hesse S: Phasenspezifische Hilfsmittelversorgung in der neurologischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2001 ; 40:1-6
9. Lingnau ML, Bestmann A, Staats M, Hesse S: Werden in der neurologischen Rehabilitation ausreichend Hilfsmittel verordnet? Z. f. Physiotherapeuten 2003; 55(1):38-41
10. Wilkinson PR, Wolfe CDA, Warburton FG, Rudd AG, Howard RS, Ross-Russell RW, Beech RR: A long-term follow-up of stroke patients. Stroke 1997; 28:507-12
11. Jungbauer J, Cramon von DY, Wilz G: Langfristige Lebensverlängerung und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. Nervenarzt 2003; 74:1110-7
12. Gräßel E, Biehler J, Schmidt R, Schupp W: Intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. Controlled clinical trial with follow-up assessment six months after discharge. Clin Rehab 2005; 19:725-36
13. Gräßel et al: Erwartungen an Hilfeangebote für Menschen mit Demenz. In: Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (Hrsg.): Keine Zeit zu verlieren! S. 391-99, Berlin, 2005

14. <http://www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege>
15. Gräßel E: Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Z Gerontol Geriat* 1998; 31: 57-62
16. Schmidt R, Gräßel E, Schupp W, Biehler J: Effekte eines systematischen Pflegeüberleitungskonzeptes im Kontrollgruppenvergleich. *Die Schwester / Der Pfleger* 2006; 45 (8): 627-30
17. 1.Bericht des MDS nach §118 Abs. 4 SGB XI (Hrsg. MDS, Essen), November 2004, download: [berichtqspflege.pdf](#)
18. Schmidt R: Therapeutische Wochenendpflege – Reha-Klinik bindet frühzeitig ambulante Dienste in Nachsorge ein. *Pflegen Ambulant* 2006; 17 (6): 2-4
19. Mahoney FI, Barthel DW: Functional Evaluation: The Barthel-Index. *Md State Med J* 1965; 14:61-5
20. De Langen EG, Frommelt P, Wiedemann KD, Amann J.: Messung der funktionalen Selbstständigkeit in der Rehabilitation mit den Funktionalen Selbstständigkeitsindex (FIM). *Rehabilitation* 1995; 43: iv-xi
21. Podsiadlo D, Richardson S: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:142-8
22. Bohannon RW, Smith MB: Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther* 1987; 67:206-7
23. De Souza LH; Langton Hewer R: Loss of arm control in hemiplegic stroke patients. Arm function test. *Int Rehabil Med* 1980; 2:3-9
24. Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe, 1998.
25. Brähler E, Scheer JW: Der Gießner Beschwerdebogen. GBB, Giesen Symptom List, second edition. Seattle: WA Huber, 1995
26. Zerrsen von D, Koeller DM: Depressivitätsskala (D-S´). Weinheim: Beltz Test, 1976
27. Gräsel E, Chiu T, Oliver R: Development and Validation of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). Toronto: Comprehensive Rehabil and Mental Health Services, 2003
28. Gräsel E, Schmidt R, Biehler J, Schupp W: Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clin Rehab* 2006; 20:577-83
29. Schupp W, Schmidt R, Hauser J: Häusliche Pflege nach stationärer neurologischer Rehabilitation. In: VDR (Hrsg.): *DRV-Schriften Band 33*; Frankfurt/Main i S. 239-40, 2002

30. Schupp W, Schmidt R, Niese L: Rehabilitative ambulante Nachsorge und Pflege nach neurologisch-weiterführender Rehabilitation Phase C – Analyse der Versorgungssituation aus poststationären Pflegerückmeldeberichten. DRV-Schriften Bd. 52, Frankfurt/Main, S. 177-178, 2004
31. Schupp W, Schmidt R, Biehler J, Gräßel E: Strategies for transferring neurologic patients from inpatient rehabilitation to home nursing and care. Experiences from a controlled evaluation study. Extended Version of the 8th EFRR Congress Works (Ljubljana 13.-17.06.2004). Monduzzi Editore International Proceedings, Bologna. Abstract: Int J Rehab Res 27 2004; (Suppl. 1):133-4
32. Schupp W, Schmidt R, Biehler J, Gräßel E: Was bestimmt mehr den Langzeitverlauf nach stationärer Schlaganfallrehabilitation: funktioneller Zustand oder funktionelle Lebensqualität? DGPMR/ÖGPMR-Kongress, Salzburg, 12.-14.10.2006. Abstract: Phys Med Rehab Kuror 2006; 16:247
33. Hoefß U, Schupp W, Schmidt R, Gräßel E: Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2008 ; 18:115-21