

*Marion Bär, Petra Schönemann-Gieck & Esther Süs*

# Vom Heim nach Hause

**Abschlussbericht eines Modellprojektes  
zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen  
nach Krankenhausaufenthalt**

**Mai 2015**



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

**Das Projekt wurde durchgeführt im Zeitraum  
01.04.2013 – 31.03.2015**

**Projektförderer:**

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren  
Baden-Württemberg  
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart

**Projekträger:**

Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH  
Zeppelinstr. 11-33, 69121 Heidelberg

**Wissenschaftliche Begleitung:**

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg  
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

# **TEIL A**

**Abschlussbericht der Projektkoordinatorin mit Anhang**  
*(E. Süs)*

# **TEIL B**

**Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung**  
*(M. Bär & P. Schönemann-Gieck)*

# TEIL A

## **Abschlussbericht der Projektkoordinatorin**

*(E. Süs)*

Projekt: Vom Heim nach Hause

<b>Projektname</b>	Vom Heim nach Hause Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen
<b>Projektträger</b>	Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH (Geschäftsführung <u>Heidi Farrenkopf, Jürgen Unrath</u> )  und  Sozialministerium Baden Württemberg (Finanzierung)
<b>Projektkoordinatorin</b>	<u>Esther Süs</u> , Krankenschwester und Dipl. Sozialarbeiterin (FH)
<b>Projektberatung</b>	<u>Erich Auerbach</u> , Zentraler Beauftragter für Betreutes Wohnen und Datenschutz bei der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH  <u>Matthias Dürr</u> , Heimleiter Haus Philippus, Heidelberg  b. B. Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
<b>Wissenschaftliche Begleitung /Evaluation</b>	Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg: <u>Dr. Marion Bär</u> <u>Dr. Petra Schönemann-Gieck</u>
<b>Projektzeitraum</b>	1.4.2013 bis 31.3.2015

Einleitung

Projektumsetzung

1. Projektvorbereitung
2. Zusammenarbeit mit den eigenen Einrichtungen
3. Öffentlichkeitsarbeit
4. Netzwerkarbeit
5. Projektverlauf
6. Projektabschluss
7. Erfahrungen in der Projektarbeit

Fazit

## **Einleitung**

Seit über 150 Jahren nimmt die Evang. Stadtmission Heidelberg diakonische Aufgaben wahr, begegnet Menschen, die Unterstützung brauchen, mit menschlicher Zuwendung und leistet fachlich kompetente Hilfe in den Bereichen Krankenpflege, Suchtkranken-, Wiedereingliederungs- und Altenhilfe. Mit inzwischen knapp 500 Pflegeplätzen nimmt dabei die Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH (im Folgenden Altenhilfe) in Heidelberg und dem nördlichen Rhein-Neckar-Kreis eine wichtige Stellung in der Pflege und Betreuung von alten Menschen ein. Neben der Dauerpflege und Tagespflege werden in allen Einrichtungen der Altenhilfe eingestreute Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Eine herausragende Stelle nimmt hierbei das Haus Philippus in Heidelberg ein, das im Bereich der Kurzzeitpflege seit Jahren mit der Stadt Heidelberg kooperiert. Die Stadt Heidelberg bietet eine zentrale Vermittlungsstelle für Kurzzeitpflegeplätze an (früher angesiedelt bei der IAV-Stelle, heute angesiedelt beim Pflegestützpunkt) und belegt vorrangig das Haus Philippus. Zurzeit stehen der Vermittlungsstelle 17 ständige Betten für Kurzzeitpflege im Haus Philippus zur freien Verfügung. Insgesamt verfügt das Haus Philippus über 20 eingestreute KZP-Plätze.

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Kurzzeitpflege zu einem wichtigen Leistungsangebot der Pflegeversicherung geworden. In den letzten Jahren ist dabei eine deutliche Zunahme von Kurzzeitpflegegästen (im Folgenden KZP-Gäste), die nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege kommen, zu beobachten. Dazu kommt, dass durch die stetig gesunkene Verweildauer in den Krankenhäusern bei einem Großteil dieser Personen die häusliche Versorgungssituation vom Krankenhaus aus noch nicht geklärt werden konnte. Diese Versorgungslücke zu schließen und den Personen dadurch ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, war das Ziel dieses Projektes, ausführlich dargestellt in der Projektkonzeption vom 14.12.2012 (s. Anhang).

Der Gedanke, das Projekt wissenschaftlich durch das räumlich nahe liegende Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (im Folgenden IfG) begleiten zu lassen, wurde früh mit aufgenommen. Auch bei anderen Themen gab es in der Vergangenheit schon öfters die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit dem IfG und die daraus resultierenden Erfahrungen und Erkenntnisse konnten in die Versorgung der pflegebedürftigen älteren Menschen in unseren Einrichtungen mit einfließen. So war das Haus Philippus Praxiseinrichtung im Projekt „H.I.L.DE. - Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker“ (gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003-2009). Die Zusammenarbeit mit dem IfG war für die Projektarbeit bereichernd. Beide Seiten konnten von dem Wissen, den Erfahrungen und Erkenntnissen der jeweils anderen Seite profitieren.

## **Projektumsetzung**

### **1. Projektvorbereitung**

Als zentraler Standort für das Projekt wurde das Haus Philippus in Heidelberg gewählt, wo auch das Büro der Projektkoordinatorin eingerichtet wurde. In dieser Einrichtung gibt es, wie oben schon beschrieben, 20 eingestreute KZP-Plätze, so dass davon aufgegangen werden konnte, dass dort auch die Mehrzahl der Besuche und Beratungsgespräche von KZP-Gästen

stattfinden würden. In ihrem dortigen Büro war die Projektkoordinatorin gut telefonisch und per Email erreichbar.

**Projektplanung und Aufgabenklärung:** Die dreimonatige Vorbereitungszeit bis zum Beginn der Nachbetreuung von KZP-Gästen wurde zusammen mit dem IfG zunächst genutzt, um die Rollen und Aufgabenverteilung im Projekt klar zu definieren und abzugrenzen und den Projektverlauf zu planen.

Dazu wurden regelmäßige Treffen des Steuerkreises eingerichtet, die aufgrund der vielfältigen Themen zunächst 14-täglich stattfanden. Die Treffen fanden auch nach Ablauf der Vorbereitungszeit weiterhin regelmäßig einmal pro Monat statt, um den Verlauf des Projektes zu begleiten. Die Treffen wurden jeweils protokolliert.

Zu den Aufgaben als Projektkoordinatorin gehörte die Erstellung des Projektauftrages, des Projektplans und der Arbeitspakete.

Die im Projektplan und den Arbeitspaketen festgeschriebenen Aufgaben und Vorgaben waren bis zum Projektbeginn am 1.7.2013 größtenteils erfüllt und umgesetzt, so dass die Durchführung der Maßnahmen termingerecht starten konnte.

Während der Vorbereitungszeit konnte die Projektkoordinatorin auch schon erste Erfahrungen in der Nachbetreuung von KZP-Gästen sammeln, die dann in die Projektumsetzung unmittelbar aufgenommen werden konnten.

**Kontaktaufnahme und Hospitation im Überleitungs- und Nachsorgesektor:** Ein weiterer Schwerpunkt der Projektkoordinatorin in der Vorbereitungszeit war, sich mit den Fragestellungen der häuslichen Versorgung mehr bekannt zu machen. Hier konnte die Projektkoordinatorin sich zunutze machen, dass die Ev. Stadtmission Heidelberg selbst zwei Krankenhäuser in Heidelberg unterhält. Dort hospitierte sie jeweils stundenweise beim Kliniksozialdienst und konnte vieles an interessanten Informationen und Hinweisen mitnehmen und im Projektverlauf auch bei aktueller Fragestellung immer wieder nachfragen.

In Trägerschaft des Diakonischen Werkes Heidelberg, zu dem die Ev. Stadtmission Heidelberg ebenfalls eine gute Zusammenarbeit unterhält, befindet sich die Diakoniestation Heidelberg. Hier konnte die Projektkoordinatorin einen Einblick in die ambulante Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen gewinnen. Einen Vormittag lang fuhr sie mit einer Pflegefachkraft mit und konnte so verschiedene Eindrücke in häusliche Pflegesituationen sammeln. Einen weiteren Tag konnte sie die Pflegedienstleitung bei ihren Tätigkeiten im Büro begleiten. Ebenfalls informierte sich die Projektkoordinatorin persönlich bei der Nachbarschaftshilfe der Evang. Friedensgemeinde in Heidelberg-Handschuhsheim/Neuenheim über das Angebot und den Hilfebedarf von älteren und alten Menschen.

**Kontaktaufnahme zu den Pflegestützpunkten:** Wichtige Ansprechpersonen im Rahmen der Vorbereitung waren auch die Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten. Hier führte die Projektkoordinatorin frühzeitig persönliche Gespräche mit dem Pflegestützpunkt der Stadt Heidelberg und dem Pflegestützpunkt in Weinheim (Zuständigkeitsbereich Nördlicher RNK ), um einerseits das Projekt vorzustellen und andererseits auch Einblick in die Arbeit bzw. Nachfragen, die an die Pflegestützpunkte gerichtet werden, zu bekommen.

**Mitarbeit bei der Vorbereitung der wissenschaftlichen Erhebungen durch das IfG:** Die einzelnen Datenerhebungsschritte wurden im Rahmen der Steuerungsgruppensitzungen auf ihre Durchführbarkeit hin abgestimmt. Darüber hinaus wurden die vom IfG entwickelten

Erhebungsbögen von der Projektkoordinatorin im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit geprüft.

## **2. Zusammenarbeit mit den trägereigenen Einrichtungen**

Alle fünf Einrichtungen der Altenhilfe nahmen an dem Projekt teil. Die Projektentwicklung wurde seit der ersten Projektidee regelmäßig in den Einrichtungsleitersitzungen der Altenhilfe besprochen, so dass alle Einrichtungsleiter auch immer auf dem gleichen Informationsstand waren.

Um das Projekt erfolgreich umsetzen zu können, war die Projektkoordinatorin auf die Zusammenarbeit mit den Pflegemitarbeitern vor Ort in den Einrichtungen angewiesen. In der Projektkonzeption und -planung waren daher Informationsveranstaltungen und die Einrichtung von Arbeitsgruppen in den einzelnen Einrichtungen vorgesehen.

***Vorabgesprächen mit den Einrichtungsleitern:*** In der Vorbereitungszeit ab April 2013 besuchte die Projektkoordinatorin jede Einrichtung persönlich und legte mit den jeweiligen Einrichtungsleitern fest, wie die Mitarbeiter über das Projekt informiert werden und welche Mitarbeiter sich intensiver mit der Umsetzung des Projektes beschäftigen sollten. Insgesamt war bei den Mitarbeitern eine große Bereitschaft zur aktiven Unterstützung und zur erforderlichen Mitarbeit vorhanden.

***Durchführung von Informationsveranstaltungen:*** Bei den Informationsveranstaltungen in den einzelnen Einrichtungen zeigten sich die Mitarbeiter insgesamt an dem Projekt sehr interessiert und bestätigten auch nochmals aus ihrer Sicht den Bedarf an einem solchen Beratungsangebot.

***Rückmeldung an die Einrichtungen:*** Bei ihren Besuchen in den Einrichtungen war es der Projektkoordinatorin immer wichtig, den Mitarbeitern auch Rückmeldung zu den KZP-Gästen, die nach Hause zurückgekehrt waren, zu geben. Für die Mitarbeiter war es auch hilfreich zu erfahren, wie sich z.B. die Pflege zu Hause gestaltet, ob die Hilfe ausreichend ist, ob sich der Allgemeinzustand verbessert hat oder auch, ob die Pflege zu Hause tatsächlich leistbar ist. Die Rückmeldungen erfolgten in Gesprächen mit den Mitarbeitern auf den Wohnbereichen oder auch bei Übergaben und in Dienstbesprechungen. Für die Mitarbeiter war die Rückmeldung auch deshalb wichtig, um den Blick von dem stationären Hilfe- und Pflegebedarf mehr auf den Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege zu lenken.

## **3. Netzwerkarbeit**

Im Rahmen der Netzwerkarbeit waren zunächst v.a. die Kliniksozialdienste, die Beratungsstellen und ambulanten Dienste als zentrale Schnittstellen für die Nachsorge von den KZP-Gästen im Blick, auch entsprechend dem Einzugsgebiet der Einrichtungen der Altenhilfe (Stadtgebiet Heidelberg und nördlicher Rhein-Neckar-Kreis).

***Kliniksozialdienste:*** Der schon bestehende Kontakt zu den Sozialdiensten der Krankenhäuser der Evang. Stadtmission Heidelberg wurde intensiviert. Wie schon beschrieben, hospitierte die Projektkoordinatorin zu Beginn des Projektes in den beiden Krankenhäusern, so dass die Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes frühzeitig über das Projekt informiert wurden. In den

weiteren Kliniken des Einzugsgebietes wurde der Kliniksozialdienst schriftlich über das Projekt informiert. Die Kontakte vertieften sich dann v.a. durch die Einzelfallarbeit.

**Beratungsstellen:** Hier wurden bereits während der Vorbereitungsphase Kontakte zu den entsprechenden Pflegestützpunkten - Stadt Heidelberg und Weinheim/ Rhein-Neckar-Kreis - aufgenommen (s. Punkt 1). V.a. mit dem Pflegestützpunkt in Heidelberg, zu dessen Einzugsgebiet die meisten KZP-Gäste gehörten, gab es im Projektverlauf viele Kontakte und in Einzelfällen auch eine intensive Zusammenarbeit.

Der Kontakt zu den Pflegeberatern der Pflegekassen war dort möglich, wo Ansprechpersonen direkt benannt waren. Auch hier wurde das Projekt sehr interessiert und offen aufgenommen. Die Zusammenarbeit hat sich dann in der Einzelfallarbeit konkretisiert.

Um die KZP-Gäste und ihren Angehörigen auch auf die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatungen der Pflegekassen hinzuweisen, wurden bewusst auch auf dem Projekt-Folder die Telefonnummern der Pflegestützpunkte in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis sowie der Hinweis auf die Pflegeberatung der zuständigen Pflegekasse aufgenommen. Bei der Entlassung wurde der entsprechende Flyer der Beratungsstellen dann auch mitgegeben.

**Ambulante Dienste:** Zum Aufbau der Kooperationen mit ambulanten Diensten konnte die Projektkoordinatorin zunächst an schon bestehende Kontakte zwischen der Altenhilfe (hier v.a. auf Kontakte durch das Haus Philippus) und den Anbietern anknüpfen. Weiterhin entwickelten sich durch die Einzelfallarbeit Kontakte zu weiteren Leistungsanbietern, da bei der Auswahl der Dienstleister auch der Wohnort eine Rolle spielt. Dies waren z.B. auch kleinere ambulante Dienste oder regional verankerte Anbieter.

**Ausbau der Netzwerkarbeit:** Die Projektkoordinatorin wurde von verschiedenen Seiten eingeladen, das Projekt bei Team- oder Dienstbesprechungen näher vorzustellen (z.B. Stammtisch Berufsbetreuer, Austauschtreffen der Nachbarschaftshilfen Heidelberg, Dienstbesprechung der Sozialen Dienste der Stadt Heidelberg).

Intensivere Kontakte zu den Netzwerkpartnern ergaben sich dann durch die Einzelfallarbeit und auch durch die Teilnahme an den verschiedenen Arbeitskreisen und fachbezogenen Veranstaltungen. (s. Punkt 4). Durch die vorwiegende Präsenz im Haus Philippus wurde die Projektkoordinatorin neben dem für die Heimaufnahmen zuständigen Sozialdienst dort auch zur Ansprechperson für ambulante Dienste, Behörden, Pflegestützpunkt, Kliniksozialdienste etc..

#### **4. Öffentlichkeitsarbeit**

**Erstellung von Infomaterial:** Um das Projekt bei potenziellen KZP-Gästen, Multiplikatoren und sonstigen Interessenten bekannt zu machen, wurde ein Folder entwickelt und professionell bearbeitet. Ein Verteiler von Multiplikatoren wurde in Absprache mit der Geschäftsführung der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH erstellt. Diese erhielten einen Infobrief und etliche Folder zugeschickt. Bei persönlichen Gesprächen mit Multiplikatoren wurden auch immer nochmals Folder übergeben. In allen Einrichtungen der Altenhilfe lagen auch die Folder aus, so dass jeder Interessierte sich diesen mitnehmen konnte oder in auch schon beim Einzug in die Kurzzeitpflege überreicht bekam.

**Pressearbeit:** Die in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis erscheinende Rhein-Neckar-Zeitung (RNZ) wurde zu Projektbeginn zu einem Pressegespräch eingeladen, an dem von

Seiten der Altenhilfe die Geschäftsführung, der Heimleiter vom Haus Philippus und die Projektkoordinatorin teilnahmen sowie die beiden beauftragten Mitarbeiterinnen vom IfG. Ein ansprechender Artikel erschien dann auch nur wenige Tage später in der RNZ. Die Projektkoordinatorin wurde daraufhin auch von mehreren Personen und Institutionen auf das Projekt angesprochen. Die Reaktionen waren durchweg positiv. Auch wurde vielfach bestätigt, dass das Projekt eine bisher bestehende Beratungslücke schließt. Nach Projektabschluss wird ein weiterer Pressetermin stattfinden, um die Erfahrungen während der zweijährigen Projektlaufzeit und die Ergebnisse der Evaluation durch das IfG weiterzugeben.

**Teilnahme an fachbezogenen Veranstaltungen und Arbeitskreisen:** Die Projektkoordinatorin besuchte bewusst auch fachspezifische Symposien, Fortbildungen und Vorträge, um auch hier in persönlichen Gesprächen oder im fachlichen Austausch das Projekt bekannt zu machen.

Auch die Teilnahme an Arbeitskreisen wurde u.a. zur Bekanntgabe und zu Informationen über das Projekt genutzt (AK Gerontopsychiatrie Stadt Heidelberg und AK „Älterwerden in Handschuhshaus“).

Ebenfalls leitete die Projektkoordinatorin zusammen mit dem Heimleiter vom Haus Philippus den Arbeitskreis „Vernetzung von Nachfragen und Angeboten in der stationären und teilstationären Altenhilfe“. Das Ziel dieses AK ist vorrangig, die Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen in Trägerschaft der Evang. Stadtmission Heidelberg e.V. besser zu vernetzen. Auch hier war das Projekt ein wichtiges (Dauer-) Thema, denn die Mitglieder des Arbeitskreises gehörten auch zu den wichtigen Ansprechpersonen und Multiplikatoren bei dem Projekt (z.B. Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes, ambulanter Pflegedienst).

**Wegweiser für ältere Menschen in Heidelberg:** Der Wegweiser, der über die vielfältigen Aktivitäten und Beratungs- und Leistungsangebote für Senioren informiert, wird seit Jahren von der Stadt Heidelberg herausgegeben und alle zwei Jahre aktualisiert. Er findet vielfach Verbreitung und wird von Privatpersonen wie auch von „Profis“ genutzt. Da der Ratgeber im Juni 2013 neu herausgegeben wurde, konnte die Projektstelle unter der Rubrik „Beratung, Information und Bürgerservice“ dort mit aufgenommen werden. Ebenfalls wurde die Projektstelle auch in dem „Ratgeber Demenz“ der Stadt Heidelberg mit aufgenommen, der 2014 neu überarbeitet wurde.

**Präsentation der Projektergebnisse:** Zum Projektabschluss wird die Altenhilfe zu einer Veranstaltung ins Haus Philippus laden, bei der die Projektergebnisse der Projektkoordinatorin und die Projektergebnisse durch das IfG präsentiert werden. Dazu werden die Netzwerkpartner, die verantwortlichen Mitarbeiter im Bereich Senioren und Soziales der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises, Kranken- und Pflegekassen, die teilnehmenden Einrichtungen und weitere Kooperationspartner der Altenhilfe eingeladen. An der Veranstaltung wird auch ein für das Projekt verantwortlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg teilnehmen.

## 5. Projektverlauf

**Anfragen und Kontaktaufnahme:** Vom 1.7.2013 bis zum Projektende im März 2015 wurde die Projektkoordinatorin bei über 200 KZP-Gästen beraterisch aktiv.

Um den i.d.R. bis 4 Wochen dauernden Aufenthalt in der KZP auch optimal für die Vorbereitung der häuslichen Versorgung nutzen zu können, ging die Projektkoordinatorin frühzeitig

offensiv auf die KZP-Gäste und ihre Angehörigen/Betreuer zu und stellte das Projektangebot vor. So konnte auch mehr Zeit in den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als Basis für die Beratung, Ermittlung und Organisation der entsprechenden Hilfen investiert werden. Hierbei profitierten die KZP-Gäste im Haus Philippus zusätzlich, da die Projektkoordinatorin hier ihr Büro hatte und die Wege für Gespräche und Absprachen kurz waren und damit die persönlichen Kontakte auch häufiger stattfinden konnten.

Im Haus Philippus war es der Projektkoordinatorin auch möglich, einmal in der Woche an der Übergabe in dem Wohnbereich teilzunehmen, in dem die meisten KZP-Gäste wohnen, um so auf dem aktuellen Informationsstand und im Gespräch mit den Pflegemitarbeitern zu bleiben. In den anderen Einrichtungen der Altenhilfe konnte die Projektkoordinatorin nur vereinzelt an den Übergaben teilnehmen.

Die anderen Einrichtungen besuchte die Projektkoordinatorin zunächst 14-täglich. Dabei zeigte sich aber, dass so nicht immer alle KZP-Gäste erfasst wurden. Ab Januar 2014 ging die Projektkoordinatorin dazu über, jede Woche in alle Einrichtungen zu gehen und dabei möglichst alle KZP-Gäste zu besuchen. Wichtig war ihr hierbei, die Personengruppe, die im Blick des Projektes steht, genauer abzugrenzen, aber auch die Bedarfe weiterer Personengruppen, die in die Einrichtungen der Altenhilfe zur Kurzzeitpflege kommen, zu erfassen. Nach Möglichkeit versuchte sie auch bei den KZP-Gästen, die nicht in das Profil des Projektes passten (erstmaliger oder neuer Hilfebedarf nach einem Krankenhausaufenthalt), Hilfestellung zu geben oder zumindest an die zuständigen Stellen weiterzuleiten (z.B. Soziale Dienste Stadt Heidelberg).

**Erstellung eines Bedarf- und Hilfeplans:** Bei jeder Beratung eines KZP-Gastes wurde ein Bedarf- und Hilfeplan erstellt. Zunächst wurde der bisherige Hilfe- und Pflegebedarf ermittelt, d.h. wie der Bedarf vor dem Krankenhausaufenthalt war, auf welche persönlichen Unterstützungsmöglichkeiten derjenige zurückgreifen kann (Angehörige, Nachbarn etc.) und ob bereits professionelle Hilfs- und Pflegedienste im Einsatz waren. Dann wurde mit dem KZP-Gast bzw. der Hauptpflegeperson gemeinsam erarbeitet, welche Hilfen für zu Hause organisiert werden sollten. Hierbei war zunächst herauszufinden, welche Angebote es vor Ort überhaupt gibt und wie die Finanzierung der Hilfen aussehen kann. Gerade bei der Finanzierung blieben oft noch Fragezeichen, da bei vielen KZP-Gästen noch keine Einstufung in der Pflegeversicherung vorlag. Die Einstufung war zwar in der Regel bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus beantragt, aber während der KZP wird keine Begutachtung durch den MDK vorgenommen. So fiel es einigen KZP-Gästen schwer, sich dann schon auf eine Versorgung durch ambulante Dienste festzulegen. Diese wurde oftmals erst zu Hause in Anspruch genommen, als die Pflegestufe tatsächlich schriftlich vorlag.

**Nachsorge durch Telefonkontakt und Hausbesuche:** Zu dem Angebot der Nachbetreuung gehörte, dass die Projektkoordinatorin nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege weiter im Kontakt mit dem KZP-Gast blieb, um die häusliche Situation weiterhin zu optimieren, Dazu bot sie an, telefonisch nachzufragen oder auch einen persönlichen Hausbesuch zu machen. Bei den telefonischen Nachfragen oder Hausbesuchen nach der Entlassung aus der KZP versuchte die Projektkoordinatorin zu ermitteln, ob der Bedarf- und Hilfeplan wie vorgesehen umgesetzt werden konnte oder aus welchen Gründen dies nicht der Fall war. In Gesprächen mit den ehemaligen KZP-Gästen und ihren Angehörigen/Betreuern wurde erfragt, ob weitere Hilfen gewünscht oder gebraucht werden, um so die häusliche Versorgung noch weiter zu verbessern. Auch hatte sich in Einzelfällen gezeigt, dass Hilfen reduziert werden konnten, da sich der Hilfe- und Pflegebedarf weiterhin verringert hatte. Insgesamt war es von Fall zu Fall

unterschiedlich, wie lange und wie intensiv eine weiterführende Begleitung nach der Entlassung aus der KZP durch die Projektkoordinatorin war. Bei Alleinstehenden, die auf kein Unterstützungspotential durch ihr soziales Umfeld zurückgreifen konnten, war der Bedarf an einer weiterführenden Nachsorge i.d.R. höher und auch Hausbesuche erwünscht. Im Laufe des Projektes zeigte sich auch, dass bei Veränderungen in der häuslichen Situation öfter dann auch die Projektkoordinatorin kontaktiert und um einen Rat oder um Hilfe gebeten wurde.

Für die Projektkoordinatorin war es auch sehr interessant und aufschlussreich, die KZP-Gäste dann bei der Nachbetreuung in ihrer häuslichen Umgebung zu erleben. Vielfach war hier zu beobachten, wie das gewohnte Zuhause sich auch motivierend auf die Betroffenen auswirkte, sowohl physisch als auch psychisch, und welche Strategien sie entwickelten, um mit den häuslichen Gegebenheiten zu Recht zu kommen und weiterhin ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

**Rückmeldungen:** Von KZP-Gästen wie von Angehörigen/ Betreuern wurde das Projekt sehr positiv aufgenommen und dies auch oft so an die Projektkoordinatorin zurückgemeldet. Die Betroffenen schätzten es, eine zentrale Ansprechperson vor Ort in der KZP-Einrichtung zu haben. In den meisten Fällen war die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach einer akuten Erkrankung erstmals aufgetreten und es lagen noch keine oder wenig persönliche Erfahrungen mit dem Bereich „Pflegeversicherung“ oder dem Umgang mit professionellen Dienstleistern vor. So waren die Informationen rund um das Thema Pflege sehr gefragt und es wurde auch dankbar angenommen, dass von der Projektkoordinatorin Leistungen beantragt und Hilfen organisiert und koordiniert wurden. Durch das Projekt wurde hier eine offensichtliche Lücke geschlossen. Durch die aufsuchende Zugangsweise der Projektkoordinatorin konnten auch Personen erreicht werden, die nicht unbedingt von sich aus den Weg zu einer Beratungsstelle gesucht hätten. Das Beratungsangebot wurde von fast allen KZP-Gästen angenommen. Der Umfang der Beratung und Hilfestellung war jedoch unterschiedlich. Das Beratungsspektrum umfasste dabei alle Themen der häuslichen Hilfe und Pflege, der Finanzierung und der Entlastung von Angehörigen sowie die Entscheidungsfindung für oder gegen die stationäre Pflege.

**Dokumentation:** Die Projektkoordinatorin dokumentierte alle Gespräche und Absprachen mit den KZP-Gästen und Angehörigen / Betreuern, Dienstleistern und sonstigen beteiligten Personen. Sie erfasste den bisherigen Pflege- und Hilfebedarf und erstellte den Bedarf- und Hilfeplan für die Versorgung zu Hause. Dabei dokumentierte sie auch, wenn Hilfen zwar von ihr empfohlen, aber aus unterschiedlichen Gründen von den Betroffenen nicht angenommen wurden.

**Studieneinschluss und Datenerhebung für das IfG:** Bei jedem KZP-Gast, bei dem sie hinzugezogen wurde, ermittelte die Projektkoordinatorin im ersten Schritt, ob dieser die Einschlusskriterien für die Studie erfüllt. Es zeigte sich jedoch, dass nur wenige KZP-Gäste bereit waren, an der geplanten Studie mit vier Interviews teilzunehmen. So wurden im Projektverlauf neben den Interviewbögen weitere Bögen zur Datenerhebung erstellt und viele einzelne Fallverläufe detailliert protokolliert. Darüber hinaus berichtete die Projektkoordinatorin dem IfG über die einzelnen Aktivitäten ihrer Netzwerkarbeit und über ihre Erfahrungen in der Beratungsarbeit (mehr dazu s. Bericht IfG).

## 6. Abschluss Projekt

Zum Abschluss des Projektes vereinbarte die Projektkoordinatorin in jeder Einrichtung ein Abschlussgespräch. Die Teilnehmerzusammensetzung war je nach Einrichtung unterschiedlich, v.a. waren es die Mitarbeiter in den Häusern, die auch für die Aufnahme verantwortlich sind. Mit ihnen bleiben die KZP-Gäste bzw. Angehörige i.d.R. auch im Gespräch, um sich über die KZP-Dauer, ggf. Verlängerung und den endgültigen Entlassungstermin abzustimmen. Mit der Projektarbeit und der regelmäßigen Präsenz der Projektkoordinatorin in den Einrichtungen wurde bei den Mitarbeitern die Sensibilität für die Fragen der häuslichen Pflege und Versorgung erhöht. Eine Übernahme der professionellen Beratung, wie durch die Projektkoordinatorin durchgeführt, kann jedoch nicht erfolgen und war so auch nicht das Ziel des Projektes.

Bei den Abschlussgesprächen wurde auf die bestehenden Beratungsmöglichkeiten hingewiesen (Pflegestützpunkte, Pflegeberatung der Pflegekassen). Hier können die Mitarbeiter im Gespräch mit den KZP-Gästen und ihren Angehörigen auf die zuständigen Beratungsstellen hinweisen und Flyer weitergeben. Hilfreich kann es dabei auch sein, dass die Mitarbeiter anbieten, den Erstkontakt herzustellen, um diese erste Hürde für die KZP-Gäste und ihre Angehörigen zu überwinden. Die Hinweise und die Herstellung des Erstkontaktes sollten frühzeitig erfolgen, so dass auch die Möglichkeit besteht, noch während der Kurzzeitpflege bereits eine Beratung in den Einrichtungen durchzuführen. Die Projektkoordinatorin stattete die Einrichtungen mit entsprechenden Flyern zur Weitergabe aus.

Für die Mitarbeiter kann es hilfreich und entlastend sein, wenn sie wissen, dass ein Pflegedienstes für die häusliche Pflege und Versorgung eingeschaltet ist, da dann auch von einer fachlichen Begleitung der KZP-Gäste und ihren Angehörigen ausgegangen werden kann.

## 7. Erfahrungen aus der Projektarbeit

**Beratungsangebot in der Kurzzeitpflege baut Hürden ab:** Im Kontakt und in der Beratung von über 200 KZP-Gästen<sup>1</sup> während der gesamten Projektdauer haben sich für die Projektkoordinatorin folgende Erfahrungen immer wieder bestätigt:

- Durch die kurze Verweildauer in den Krankenhäusern verschiebt sich der Beratungsbedarf bzw. die Einleitung von Hilfen in die Zeit der Kurzzeitpflege.
- Gerade ältere alleinstehende Menschen haben einen großen Beratungs- und Organisationsbedarf für die häusliche Versorgung.
- Informations- und Beratungsstellen wie z.B. der Pflegestützpunkt oder die Pflegeberatung der Krankenkassen sind immer noch wenig bekannt oder wurden bisher nicht in Anspruch genommen.
- Eine offensive Zugewandtheit durch den Sozialdienst in den Krankenhäusern oder Pflegeheimen hilft hier Informationsdefizite abzubauen, Unsicherheiten und Ängste zu nehmen und gezielt Hilfen in die Wege zu leiten.

---

<sup>1</sup> Anmerkung: Für die Evaluierung durch das IfG wurden nur 170 KZP-Gäste über eine Zeitspanne von 15 Monaten einbezogen.

- Durch den in der Regel mehrwöchigen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege kann auch eine für die Beratung und Unterstützung wichtige Beziehungsarbeit geleistet werden.
- Ältere Menschen wünschen sich kontinuierliche Ansprechpersonen. Sie haben Mühe, sich auf ständig wechselnde Ansprech- und Betreuungspersonen einzustellen.
- Auch pflegende Angehörige brauchen Unterstützung und Entlastung, aber gerade Ehepartner tun sich schwer, Hilfen anzunehmen. Entlastungsangebote wie z.B. Tagespflege und Demenzgruppen sind nach wie vor auch zu wenig bekannt.

Das Beratungsangebot vor Ort in der Kurzzeitpflege hat sich als hilfreich und effektiv erwiesen. Die KZP-Gäste und ihre Angehörigen direkt anzusprechen, setzt die Hürden für die Inanspruchnahme einer Beratung herunter und erhöht die Bereitschaft zur Annahme von Unterstützung und Hilfe bei der Vorbereitung für die häusliche Versorgung.

**Vielfältige Gründe für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege:** Auch hat sich durch das Projekt nochmals deutlich gezeigt, wie heterogen sich inzwischen die Gruppe der Personen darstellt, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Im Projektverlauf waren es rund zwei Drittel der KZP-Gäste, die nach einem Krankenhausaufenthalt für kürzere oder längere Zeit in die Kurzzeitpflege kamen. Neben der in der Projektkonzeption definierten Zielgruppe, konnten weitere Gruppen von KZP-Gästen unterschieden werden:

- KZP-Gäste, die die Zeit bis zur geriatrische Rehabilitation überbrücken müssen
- KZP-Gäste, bei denen sich in der Rekonvaleszenz erst zeigen muss, ob sie rehafähig sind und dann noch ein Antrag auf geriatrische Reha gestellt werden muss
- Palliativpatienten, die zu Hause nicht versorgt werden können
- KZP-Gäste, die auf einen Platz im Hospiz warten
- KZP-Gäste, die nur vorübergehend auf Hilfe angewiesen sind, weil sie z.B. nach einer Fraktur nicht belasten dürfen
- KZP-Gäste, die zur Rekonvaleszenz da sind, aber bei denen kein Hilfebedarf bei der Grundpflege besteht
- KZP-Gäste mit einer aufwändigen Behandlungspflege
- KZP-Gäste, bei denen der Pflegebedarf bereits vor dem Krankenhausaufenthalt bestanden und sich auch nicht verändert hat
- KZP-Gäste, bei denen noch offen ist, ob sie zu Hause gepflegt werden können oder eine stationäre Pflege angestrebt wird
- KZP-Gäste, die in einem schlechten Allgemeinzustand aus dem Krankenhaus kommen und relativ schnell in der KZP versterben
- KZP-Gäste, die die Zeit, bis eine 24-h-Kraft für zu Hause gefunden ist, überbrücken
- KZP-Gäste, die in einer Klinik vor Ort zur ambulanten Chemo- oder Bestrahlungstherapie in Behandlung sind und nicht täglich oder wöchentlich zwischen der Klinik und ihrem Wohnort pendeln können
- KZP-Gäste, die aufgrund von sozialen Problemstellungen in die KZP kommen und während der Kurzzeitpflege nach Lösungen gesucht wird ( z.B. Wohnsituation, Verwahrlosung, finanzielle Probleme)

In Gesprächen mit o.g. KZP-Gästen und ihren Angehörigen hat sich oftmals auch in diesen Fällen ein Beratungs- oder Hilfebedarf herausgestellt, wie z.B. Leistungen beantragen, Widerspruch einlegen, psychosoziale Begleitung, sozialrechtliche Beratung.

Gerade auch im Entscheidungsprozess, ob eine Rückkehr nach Hause angestrebt wird oder doch eher die Dauerpflege die bessere Lösung ist, war das Gespräch der KZP-Gäste und Angehörigen mit einer neutralen Ansprechperson, mit der sie das Für und Wider besprechen konnten, hilfreich.

Bei KZP-Gästen mit einem schwierigen sozialen Hintergrund kam es oft zu einer Zusammenarbeit mit den Sozialen Diensten der Stadt Heidelberg, für die es dann auch hilfreich war, eine feste Ansprechperson in der Einrichtung zu haben und gemeinsam dann an Problemlösungen zu arbeiten (z.B. Verbesserung der Wohnsituation, Einleitung von gesetzlichen Betreuungen, Anträge vervollständigen).

**Beratungsbedarf auch bei Urlaubs- und Verhinderungspflege:** Auch bei der Gruppe von KZP-Gästen, die wegen Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson in die Kurzzeitpflege kamen, hat sich immer wieder auch in Gesprächssituationen eine Frage ergeben oder Beratungsbedarf gezeigt, z.B. Informationen zu Selbsthilfegruppen für Schlaganfallpatienten, Höherstufungen, weitere Leistungen der Pflegeversicherung etc. Die Fragen kamen sowohl von den KZP-Gästen selbst als auch von den pflegenden Angehörigen. Gerade wenn Angehörige bei der Pflege nicht von professionellen Diensten unterstützt werden, zeigen sich auch Lücken im Wissen um die Leistungen der Pflegeversicherung.

### **Fazit:**

Grundsätzlich hat sich die Kurzzeitpflege als Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt etabliert und bietet den KZP-Gästen und ihren Angehörigen dann genügend Zeit, unter Einbeziehung aller verfügbaren Ressourcen und mit entsprechender Unterstützung die Rückkehr nach Hause vorbereiten zu können oder eine andere geeignete Lösung zu finden. Im Gegensatz zum Krankenhaus, wo die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten im Vordergrund steht, können sich die KZP-Gäste und ihre Angehörigen nun gezielter mit den krankheitsbedingten Einschränkungen und dem daraus resultierenden Hilfe- und Pflegebedarf auseinandersetzen. Im Sinne einer „vitalisierenden Pflege“ kann sich der Allgemein- und Gesundheitszustand der KZP-Gäste dann auch weiter stabilisieren und die Mobilität wieder hergestellt oder gesteigert werden, so dass die häusliche Versorgung leistbar ist. Das Annehmen von Hilfe durch die Pflegemitarbeiter kann dann auch ein „Türöffner“ für die Annahme von Hilfe zu Hause sein.

Insgesamt stellt jedoch die gestiegene Anzahl der KZP-Gäste, die nach dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege kommen, eine große Herausforderung für die stationären Einrichtungen dar. Die Mitarbeiter in der Pflege müssen flexibel sein, sich auf die verschiedenen grund- und vor allem auch behandlungspflegerischen Bedarfe einstellen, auf Veränderungen im Gesundheitszustand adäquat reagieren, Informationen zielgerecht weiterleiten und mit Ärzten und Therapeuten fachlich kommunizieren können. Neben der Pflege bedeutet die gestiegene Anzahl von KZP-Gästen nach einem Krankenhausaufenthalt vor allem auch für die Mitarbeiter in der Verwaltung einen hohen Mehraufwand.

Um jedoch der Verschiebung des Beratungsbedarfs für die häusliche Pflege vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege gerecht zu werden, fehlen bisher die entsprechenden Beratungs-

angebote in den Altenpflegeheimen. Da dies in den gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht vorgesehen ist, haben die Heime keine Möglichkeit im Rahmen der Personalplanung auf diesen Bedarf zu reagieren. Die Beratung und die Vorbereitung der häuslichen Versorgungssituation noch in den Aufgabenbereich der Pflegekräfte zu integrieren, wäre eine weitere zusätzliche Belastung der Pflege, die nicht ohne entsprechende Kenntnisse und zeitliche Ressourcen leistbar ist.

Das Projekt konnte diese Lücke geschlossen werden und durch das fachliche Beratungsangebot viele offene Fragen und Unsicherheiten aufgefangen und Perspektiven für eine Rückkehr nach Hause aufgezeigt werden. Es hat zudem gezeigt, dass durch eine offensive Zugangsweise vor Ort, die Hemmschwellen und Hürden für die Inanspruchnahme einer Beratung abgebaut und die Voraussetzungen für eine stabile häusliche Versorgung geschaffen werden können. Dies kann in dieser Art und Weise weder von den Pflegestützpunkten noch von den Pflegeberatungen der Pflegekassen geleistet werden. Die Mitarbeiter vom Pflegestützpunkt können erst auf vorherige Anfrage tätig werden und keine zugehende Beratung im Sinne einer aktiven Kontaktaufnahme mit dem KZP-Gast in der Einrichtung durchführen. Das gleiche gilt auch für die Pflegeberatung der Pflegekassen. Zudem werden diese als Angebot der Leistungserbringer nicht unbedingt als neutrale Beratungsstelle von den Hilfesuchenden angesehen.

Im Ersten Pflegestärkungsgesetz, das im Januar 2015 in Kraft getreten ist, wird die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege weiter gestärkt, so dass davon auszugehen ist, dass die Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege weiter steigen wird. Daher müssen in den stationären Pflegeeinrichtungen neue Strukturen geschaffen und Beratungsstellen installiert werden, die refinanzierbar sein müssen. Dies sollte u.E. finanziell nicht zu Lasten der KZP-Gäste gehen, sondern als Leistung der Kranken- bzw. Pflegekassen verankert werden.

Heidelberg, 16.4.2015      Esther Süs, Projektkoordinatorin

#### Anhang

- Konzept Projekt
- Artikel RNZ „*Vom Heim nach Hause*“ *Eine gute Beratung baut Hürden ab*
- Flyer *Vom Heim nach Hause*

## **Projektkonzeption**

### **„Vom Heim nach Hause“**

#### **Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen**

AZ: 80221/201/000/03/01-22

#### **Projektidee**

Alte und pflegebedürftige Menschen sollen über ihren Kurzzeitpflege-Aufenthalt in einer der Einrichtungen der **Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH** hinaus in der Verwirklichung ihres Wunsches, trotz gesundheitlicher Einschränkungen nach Hause zurückzukehren und dort so lange wie möglich selbstbestimmt zu leben, professionell und umfassend unterstützt werden. Dadurch sollen bei ihnen Versorgungsbrüche verhindert, vollstationäre Pflege vermieden, dem Grundsatz des Pflegeversicherungsgesetzes „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen und nicht zuletzt die Ergebnisqualität der in der Kurzzeitpflegeeinrichtung erbrachten Leistungen verbessert und gesichert werden.

#### **Einrichtungen der Projektträgerin mit Kurzzeitpflegeplätzen**

Die Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg betreibt fünf stationäre Pflegeeinrichtungen an vier Standorten mit insgesamt 495 Pflegeplätzen, wovon 36 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze sind. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Einrichtungen:

- **Altenpflegeheime St. Anna und Wilhelm-Frommel-Haus**, Plöck 6 u. 45, 69117 Heidelberg, mit insgesamt 163 Dauerpflegeplätzen, davon 5 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Philippus**, Zeppelinstr. 9, 69121 Heidelberg, mit 148 Dauerpflegeplätzen, davon 20 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Stephanus**, Platanenweg 2-4, 69221 Dossenheim, mit 40 Dauerpflegeplätzen, davon 2 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Stammberg**, Talstr. 184, 69198 Schriesheim, mit 96 Dauerpflegeplätzen, davon 4 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Erlbrunner Höhe**, Panoramaweg 12, 69259 Wilhelmsfeld mit 48 Plätzen, davon 5 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze

Im Jahr 2011 befanden sich 326 Personen mit insgesamt 408 Aufenthalten und 9330 Belegungstagen in Kurzzeitpflege in diesen Einrichtungen.

## **Projektkonzeption**

### **„Vom Heim nach Hause“**

#### **Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen**

AZ: 80221/201/000/03/01-22

#### **Projektidee**

Alte und pflegebedürftige Menschen sollen über ihren Kurzzeitpflege-Aufenthalt in einer der Einrichtungen der **Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH** hinaus in der Verwirklichung ihres Wunsches, trotz gesundheitlicher Einschränkungen nach Hause zurückzukehren und dort so lange wie möglich selbstbestimmt zu leben, professionell und umfassend unterstützt werden. Dadurch sollen bei ihnen Versorgungsbrüche verhindert, vollstationäre Pflege vermieden, dem Grundsatz des Pflegeversicherungsgesetzes „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen und nicht zuletzt die Ergebnisqualität der in der Kurzzeitpflegeeinrichtung erbrachten Leistungen verbessert und gesichert werden.

#### **Einrichtungen der Projektträgerin mit Kurzzeitpflegeplätzen**

Die Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg betreibt fünf stationäre Pflegeeinrichtungen an vier Standorten mit insgesamt 495 Pflegeplätzen, wovon 36 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze sind. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Einrichtungen:

- **Altenpflegeheime St. Anna und Wilhelm-Frommel-Haus**, Plöck 6 u. 45, 69117 Heidelberg, mit insgesamt 163 Dauerpflegeplätzen, davon 5 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Philippus**, Zeppelinstr. 9, 69121 Heidelberg, mit 148 Dauerpflegeplätzen, davon 20 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Stephanus**, Platanenweg 2-4, 69221 Dossenheim, mit 40 Dauerpflegeplätzen, davon 2 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Stammberg**, Talstr. 184, 69198 Schriesheim, mit 96 Dauerpflegeplätzen, davon 4 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- **Altenpflegeheim Haus Erlbrunner Höhe**, Panoramaweg 12, 69259 Wilhelmsfeld mit 48 Plätzen, davon 5 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze

Im Jahr 2011 befanden sich 326 Personen mit insgesamt 408 Aufenthalten und 9330 Belegungstagen in Kurzzeitpflege in diesen Einrichtungen.

Im Jahr 2012 zeichnet sich eine Zunahme der Zahl der KP-Gäste um ca. 30 % ab.

## **Ausgangssituation und Bedarfseinschätzung**

Dieses Projekt einer Nachbetreuung von KP-Gästen wurde von einer Pflegemitarbeiterin angeregt. Daraufhin kamen weitere Mitarbeiter/innen, die seit Jahren in den genannten Einrichtungen im Pflege- und Sozialdienst von KP-Gästen tätig sind, zu der Feststellung, dass für ca. 20 % dieser Bewohner/innen<sup>1</sup> die Rückkehr nach Hause und das zukünftige Leben zu Hause mit großen Schwierigkeiten verbunden ist und hierfür die erforderlichen Vorkehrungen nur unzureichend getroffen sind, weil diese Gäste und auch deren Angehörige zunächst mit der Bewältigung der veränderten häuslichen Lebenssituation überfordert sind und ihnen weitere professionelle Beratung und Unterstützung fehlen.

Dies hat zur Folge, dass es bei diesen Personen zu Versorgungsbrüchen kommen kann und sie bald wieder stationäre Behandlung und Pflege in Anspruch nehmen müssen.

Dieser prekären Entwicklung könnte durch ein dieser oft schwierigen und komplexen Situation angemessenes professionelles Hilfeangebot entgegengewirkt werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen der o.g. Mitarbeiter/innen besteht bei der o.g. Gruppe der KP-Gäste in folgenden Bereichen ein erhöhter Beratungs- und Betreuungsbedarf im Hinblick auf deren Rückkehr nach Hause:

- Grundpflege
  - Körperpflege (Hautpflegemittel)
  - Ankleiden (Anziehtraining; Umgang mit Kompressionsstrümpfen)
  - Inkontinenzberatung (Inkontinenztraining, Inkontinenzmaterialien)
  - Ernährungsberatung (bei Mangelernährung z.B. hochkalorische Trinknahrung)
  - Mobilität (Hebetechniken, Hilfsmittel, Gehhilfen)
  - Alltagsgestaltung (Alltagstraining, Tagesstruktur)
- Behandlungspflege
  - Medikamentenversorgung (Medikamente richten und verabreichen)
  - Umgang mit Blasen-Kathedern, PEG-Sonden, Stomaversorgung
  - Verbandswechsel
- Soziale Betreuung
  - Antragstellungen (Krankenkasse, Pflegekasse)
  - Kontaktaufnahmen zu Sozialstationen und Haushaltshilfediensten

---

<sup>1</sup> Im Jahr 2011 gehörten ca. 65 Personen in die beschriebene Zielgruppe des Projekts. Im Jahr 2012 werden es nach einer Hochrechnung ca. 90 Personen sein.

## Zielgruppe

Zur Zielgruppe des Projekts gehören somit diejenigen KP-Gäste in den genannten Einrichtungen, deren Allgemeinzustand sich krankheitsbedingt, z.B. nach Schlaganfall oder Schenkelhalsbruch, derart verändert hat, dass sie auch nach Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme und KP-Aufenthalt nur bei Inanspruchnahme von individuell angepassten ambulanten Dienstleistungen und Beratungsangeboten nach Hause zurückkehren können.

Hierzu gehören nicht die Gruppen derjenigen KP-Gäste,

- deren Aufenthalt wegen Verhinderung der Pflegeperson für eine bestimmte Zeit geplant war und für die schon bewährte häusliche Versorgungsstrukturen bestehen,
- für die feststeht, dass sie nicht wieder nach Hause zurückkehren, und die deshalb auf einen freien Dauerpflegeplatz in derselben oder in einer anderen Einrichtung warten.

## Methode zur Zielerreichung – Prozessbeschreibung

Das Projekt soll in enger Kooperation mit den Pflegestützpunkten der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises umgesetzt werden.

Für die wissenschaftliche Grundlegung, Begleitung und Evaluation des Projekts konnte im Rahmen eines Weiterleitungsvertrages<sup>2</sup> das Institut für Gerontologie (IfG) der Universität Heidelberg (Leitung: Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse) gewonnen werden. Das Institut für Gerontologie verfügt aufgrund seiner Forschungsschwerpunkte über langjährige Erfahrung in der Exploration und Evaluation von Projekten im Kontext der stationären und offenen Altenhilfe. Die innerhalb des IfG für die wissenschaftliche Begleitung verantwortlichen Personen<sup>3</sup> sind darüber hinaus besonders für prozessbegleitende Evaluation und Prozessberatung qualifiziert.

Für die konkrete Projektumsetzung in ihren Einrichtungen und die damit verbundene Kooperation mit den genannten Pflegestützpunkten und dem IfG wird die Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH als Projektträgerin, die Stelle einer dafür qualifizierten zentralen Projektverantwortlichen (w/m) einrichten.

Zusammen mit den Mitarbeiterinnen des IfG

- erarbeitet sie die Studienkonzeption im Forschungsfeld,
- das Instrumentarium für das Basis-Assessment und die Projektevaluation,
- schult Pflegemitarbeiter/innen in den Einrichtungen,

---

<sup>2</sup> Das Vertragsverhältnis zwischen der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH und der Universität Heidelberg gestaltet sich wie folgt: Die Zahlung der Mittel an die Universität Heidelberg für die wissenschaftliche Begleitung wird in Form eines WEITERLEITUNGSVERTRAGS geregelt. Der Zuwendungsbescheid wird von der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH über die Ansprechpartner am IfG an die Zentrale Universitätsverwaltung weitergeleitet. Diese arbeitet den Weiterleitungsvertrag aus.

<sup>3</sup> Vgl. Anlage: Finanzierungskonzept Wissenschaftliche Begleitung

- bildet für den Zeitraum von zwei Monaten eine Vergleichsgruppe von Kurzzeitpflegegästen, die zur Zielgruppe des Projektes gehören würden, aber noch nicht im Sinne des Projektes nachbetreut werden, und
- die Steuerungsgruppe, bestehend aus Einrichtungsleitungen und Pflegedienstleitungen.

In der dann folgenden Projektumsetzungsphase (Überleitungsphase) unterstützt die Projektverantwortliche den KP-Gast und seine Angehörigen in Zusammenarbeit mit den für ihn zuständigen Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtung in der Vorbereitung seiner Rückkehr nach Hause.

Sie stellt in der jeweiligen KP-Einrichtung den zu erwartenden individuellen häuslichen Pflege- und Betreuungsbedarf fest und berät bei der Auswahl der dementsprechenden pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Dienstleistungen, die dem KP-Gast ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten familiären, sozialen und räumlichen Umfeld ermöglichen.

Die Projektverantwortliche erarbeitet zusammen mit der für den KP-Gast in der jeweiligen KP-Einrichtung zuständigen Pflegefachperson<sup>4</sup> auf der Grundlage der Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung, nach der Maßgabe des Expertenstandards Entlassmanagement<sup>5</sup> schon zu Beginn von dessen Aufenthalt mit diesem, dessen Angehörigen, dessen Arzt und dessen Therapeuten einen individuellen Hilfeplan und Maßnahmenkatalog im Hinblick auf die angestrebte Rückkehr nach Hause. Dabei wendet sie das mit dem IfG festgelegte Instrumentarium des Basis-Assessments an. Schon frühzeitig nimmt sie in Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Pflegestützpunkten und mit weiteren Personen und Stellen, die für die häusliche Versorgung benötigt werden oder hierfür Kostenträger sind, Kontakt auf. Auf das Beratungsangebot der Pflegekassen weist sie ausdrücklich hin.

Dabei wird von Anfang an darauf geachtet, dass die vorhandenen Bezugspersonen und die gewählten Dienstleister miteinander kommunizieren, aufeinander abgestimmt, d.h. komplementär, agieren und damit dem Anspruch einer integrierten Versorgung gerecht werden.

Diese können im Einzelnen sein:

- Familienangehörige, Freunde, Nachbarn
- Hausarzt
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Sozialstationen
- Apotheken
- Sanitätshäuser
- Mobile Speiseversorgung („Essen auf Rädern“)
- Hausnotrufanbieter
- Wohnberatungsstellen
- Anbieter Betreuten Wohnens
- Tagespflege

<sup>4</sup> In allen Einrichtungen der Evang. Stadtmission Heidelberg gilt ein Pflegekonzept, dem der Leitgedanke der Beziehungs- bzw. Bezugspflege zugrunde liegt.

<sup>5</sup> Vgl. Dangel, Bärbel, Pflegerische Entlassplanung, Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard, 5. Aufl., München 2004

- Kranken- und Pflegekasse
- MDK
- Sozialämter
- Seniorenzentren
- Behördenpaten
- Beratungsstellen für Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Nachbarschaftshilfe
- Selbsthilfegruppen
- Kommunale und kirchliche Seniorenkreise

Ist der KP-Gast in seine häusliche Umgebung mit den erforderlichen Dienstleistungen versehen zurückgekehrt, hält die ihm inzwischen vertraute Projektverantwortliche zu ihm und auch zu seinen Angehörigen und Dienstleistern weiterhin durch Telefonate und Besuche Kontakt.

Bei Bedarf unterstützt sie auch beratend den ambulanten Pflegedienst.

In komplexen Versorgungssituationen, z.B. bei Notwendigkeit einer Wohnraumgestaltung, übergibt sie die weitere Begleitung und Beratung dem zuständigen Pflegestützpunkt.

Überhaupt wird sich im Projektverlauf die Ausgestaltung der Kooperation mit den Pflegestützpunkten konkretisieren. Schnittstellenbereiche werden dann genauer erkannt und detaillierter beschrieben werden können.

Die Nachbetreuung wird für jeden KP-Gast auf der Grundlage des Assessment und nach Maßgabe des Expertenstandards Entlassmanagement durchgeführt, dokumentiert und ausgewertet.

Die gegen Ende der Projektlaufzeit durchgeführte wissenschaftliche Evaluation wird die besonderen Beratungsbedarfe der untersuchten Gruppen von KP-Gästen und die daraus resultierenden Beratungsaufgaben darstellen und in einer künftigen Beratungsstruktur, die Kliniken, Reha- und KP-Einrichtungen, Pflegestützpunkte und Pflegekassen umfasst, abbilden.

## **Zukunftsperspektive - Nachhaltigkeit**

Auf der Grundlage der aus der Gesamtevaluation gewonnenen Erkenntnisse soll unter der Voraussetzung der Finanzierbarkeit die Weiterentwicklung, der Ausbau und die Vertiefung dieser Nachbetreuung zu einem auf KP-Gäste spezialisierten Case-Management<sup>6</sup> mit darin ausgebildetem Fachpersonal<sup>7</sup> geprüft und erwogen werden.

<sup>6</sup> Vgl. die Begriffsbestimmung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, <http://www.dgcc.de/wasistcm.html>: „Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können. Case Management oder Unterstützungsmanagement, zunächst als Erweiterung der Einzelfallhilfe in den USA entwickelt, ist zu einer methodischen Neuorientierung in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen geworden. Systemische und

Ein solches Case-Management könnte weiterhin bedarfsgerecht die Arbeit der Pflegestützpunkte<sup>8</sup> unterstützen und ergänzen und damit einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der häuslichen Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen leisten.

## Laufzeit des Projekts

Das Projekt ist auf 2 Jahre (01. April 2013 bis 31. März 2015) angelegt.

## Zeitplan

01. April 2013	Projektbeginn
April – Juni 2013	Projektgrundlegung: <ul style="list-style-type: none"><li>• Einarbeitung der Projektverantwortlichen unter wissenschaftlicher Anleitung</li><li>• Erarbeitung der Studienkonzeption im Forschungsfeld</li><li>• Erarbeitung des Instrumentariums für das Basis-Assessment und die Evaluation</li><li>• Schulung der Pflegemitarbeiter/innen</li><li>• Bildung einer Steuerungsgruppe</li></ul>
Mai – Juni 2013	Bildung der Vergleichsgruppe aus den ab 01.05.2013 anwesenden und bis 30.06.2013 entlassenen KP-Gästen
Juli 2013 – März 2015	Nachbetreuung (Überleitung) der ab 01.07.2013 nach Hause entlassenen KP-Gäste
Januar bis März 2015	Erstellung des Evaluationsberichts durch das Institut für Gerontologie
31.03.2015	Projektende

---

ökosoziale Perspektive kommen in dieser Konzeption grundlegend zum Ausdruck. Case Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen.

Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird. Nicht die Qualitäten als Berater/-in allein sind gefragt, sondern die als Moderatoren mit Letztverantwortung, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzen, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordinieren, die Prioritäten setzen und ggf. zukünftig Standards erarbeiten bzw. festlegen und für ihre Einhaltung sorgen. Ziel ist eine Qualitätsgewährleistung, die untrennbar verknüpft ist mit der Sicherung von Konsumentenrechten.

Relevant im Case Management ist die Unterscheidung von **Fallmanagement** (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und **Systemmanagement** (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Die Übergänge von Systemmanagement zum Care Management sind fließend.“

<sup>7</sup> Die Weiterbildung würde an einem Bildungsinstitut stattfinden, das den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 und den Leitprinzipien „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen“ der Fachgruppe Casemanagement der DGS, 2004, folgt.

<sup>8</sup> Vgl. § 92c Abs. 2 SGB XI

# „Vom Heim nach Hause“: Eine gute Beratung baut Hürden ab

RNZ  
17.7.13

Sozialministerium fördert Altenhilfe-Pilotprojekt der Evangelischen Stadtmission

Von Fritz Quoos

Wer im Alter einen Schlaganfall oder einen Oberschenkelhalsbruch erleidet, für den ändert sich plötzlich das ganze Leben. Spätestens dann, wenn er das Krankenhaus oder die Reha-Einrichtung verlassen hat und sich in einer Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim befindet, muss er sich klar werden, wie es mit ihm weitergehen soll. Der Übergang in ein Seniorenzentrum ist ein möglicher Weg, doch fast alle älteren Menschen haben nach den Erfahrungen der Evangelischen Stadtmission Heidelberg den großen Wunsch, möglichst selbstbestimmt zu leben, solange es geht, und daher in ihre gewohnte Umgebung zurückzukehren. Vor diesem Hintergrund gewinnt ein auf zwei Jahre angelegtes Pilotprojekt Bedeutung, das mit Förderung des Stuttgarter Sozialministeriums und wissenschaftlich begleitet durch das Gerontologische Institut der Universität Heidelberg jetzt im Bereich Altenhilfe der Stadtmission gestartet wurde.

Wie die Geschäftsführerin des Bereichs Alten- und Wiedereingliederungshilfe, Heidi Farrenkopf, in einem Pressegespräch betonte, soll dabei mit einem professionellen Beratungsangebot „Vom Heim nach Hause“ der Wunsch speziell älterer und hilfsbedürftiger Menschen nach Rückkehr in die eigenen vier Wände umfassend unterstützt werden, sollen „Versorgungsbrüche“ ver-

hindert und vollstationäre Pflege vermieden werden.

Projektkoordinatorin ist die Sozialarbeiterin Esther Süs mit einem Büro im Altenpflegeheim Haus Philippus an der Zeppelinstraße, die gemeinsam mit den Kurzzeitpflegegästen aller Stadtmission-Einrichtungen in Heidelberg, Dos-

sitive Einschätzung teilen auch Heimleiter Matthias Dürr vom Haus Philippus, das neben 17 Kurzzeitpflegeplätzen auch Tagespflege anbietet, und Erich Auerbach, zuständig in der Altenhilfe für betreutes Wohnen.

Otto Normalverbraucher hat meist keine Ahnung, wie viele Unterstützungsmöglichkeiten es für die Pflege zu Hause schon gibt. Daraus jeweils ein passendes Netz zu stricken, haben sich die Mitarbeiter des Pilotprojekts für jeden Einzelfall vorgenommen. Ob ambulante Pflegedienste, hauswirtschaftliche Hilfen, Nachbarschaftshilfe, Hausnotruf, Essen auf Rädern, Versorgung mit Hilfsmitteln, Entlastung für Angehörige oder andere Angebote greifen sollen, wird jeweils individuell abgeklärt. Mit das Besondere an diesem Angebot ist, dass auch nach der Rückkehr in das häusliche Umfeld die Versorgung durch telefonische Kontakte oder Hausbesuche weiter ausgebaut werden soll.

Für die wissenschaftliche Begleitung des Projektes wurde das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg gewonnen. Dabei sollen nach Angaben der Gerontologinnen Marion Bär und Petra Schönemann-Gieck unter anderem die Faktoren und Voraussetzungen untersucht werden, die für die Realisierung des großen Ziels, ein ausreichendes und verlässliches Pflege- und Betreuungsarrangement zu Hause aufzubauen, nötig sind. So könnte das Heidelberger Pilotprojekt letztlich auch landesweit Schule machen.



Das Altenheim Haus Philippus bietet Plätze für Kurzzeit- und Tagespflege an. Hier haben die Mitarbeiter des Pilotprojekts auch ihr Büro. Archivfoto: Kresin

senheim, Schriesheim und Wilhelmsfeld sowie ihren Angehörigen jeweils klären will, welche Hilfen und welche Unterstützung zu Hause gebraucht werden, und dann mit einem individuell angepassten Hilfspaket die Rückkehr vorbereitet.

Süs will dabei durchaus offensiv auf die Betroffenen zugehen und hat schon in den ersten Tagen ihrer Tätigkeit ein erfreuliches Echo gespürt. „Es ist schon gut angenommen worden, dass jetzt eine Ansprechstelle da ist“, sagt sie, und ihre Beratung ist natürlich kostenfrei. Ihre po-



Weitere wichtige Telefonnummern, wo Sie rund um das Thema Pflege und häusliche Versorgung beraten und unterstützt werden:

- **Pflegestützpunkt Stadt Heidelberg\***  
Dantestr. 7, 69115 Heidelberg  
Tel. 06221-58-38390 od. 58-37391

### **Pflegestützpunkte im Rhein-Neckar-Kreis\***

- Stützpunkt Weinheim, Tel. 06221 - 522 2620
- Stützpunkt Walldorf, Tel. 06221 - 522 2626
- Stützpunkt Wiesloch, Tel. 06221 - 522 2625
- Stützpunkt Schwetzingen, Tel. 06221 - 522 2621
- Stützpunkt Hockenheim, Tel. 06221 - 522 2623
- Stützpunkt Sinsheim, Tel. 06221 - 522 2622
- Stützpunkt Neckargemünd,  
Tel. 06221- 522 2624

**P**flegeberatung der Krankenkassen (Bitte wenden Sie sich dazu an Ihre jeweilige Kranken- bzw. Pflegekasse.)

\*Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnort

## Projekt

# Vom Heim nach Hause

Zur Vereinbarung eines persönlichen Beratungstermins sprechen Sie bitte die Mitarbeiter auf Ihrem Wohnbereich an. Sie stellen gerne den Kontakt zu mir her oder wenden Sie sich direkt per Telefon oder per Email an mich.

### **Esther Süs**

Dipl. Sozialarbeiterin (FH)



### **Büro:**

Altenpflegeheim Haus Philippus  
Zeppelinstr. 9, 69121 Heidelberg  
Tel. 06221 - 417 663  
Tel. 06221 - 417 7 (Zentrale)  
Fax 06221 - 417 654  
esther.sues@stadtmission-hd.de

Zur Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gehören auch die Einrichtungen: Altes Reformiertes Spital, St. Anna/Wilhelm-Frommel-Haus, HD-Altstadt; Haus Stephanus, Dossenheim, Haus Stammberg, Schriesheim; Erlbrunner Höhe, Wilhelmsfeld

gblw-design.de 07.13

fabola



# Vom Heim nach Hause

**Das Angebot für unsere Gäste und Angehörigen in der Kurzzeitpflege**



**Beratung  
Information  
Organisation  
für die Pflege und Versorgung  
zu Hause**

## Sehr geehrte Gäste in der Kurzzeitpflege, sehr geehrte Angehörige,

mit unserem Angebot „Vom Heim nach Hause“ möchten wir Ihren Wunsch, wieder nach Hause zurückzukehren und dort so lange wie möglich selbstbestimmt zu leben, umfassend unterstützen.

Wir informieren und beraten Sie über bestehende ambulante Hilfeangebote.

Gemeinsam mit Ihnen klären wir ab, welche Hilfen und Unterstützung Sie zu Hause brauchen. In Absprache mit Ihnen nehmen wir Kontakt zu den entsprechenden Diensten auf und sorgen für deren Organisation.

Wir bieten Ihnen an, nach Ihrer Rückkehr nach Hause mit Ihnen telefonisch in Verbindung zu bleiben und durch Hausbesuche die Versorgung zu Hause zu optimieren.

Sprechen Sie uns an.  
Ihre

 Esther Süs

## Beratung und Organisation von Unterstützungsmöglichkeiten für die Pflege zu Hause

- **Ambulante Pflegedienste** 
- **Hauswirtschaftliche Hilfen**
- **Nachbarschaftshilfe** 
- **Hausnotruf**
- **Essen auf Rädern** 
- **Versorgung mit Hilfsmitteln**
- **Hilfen und Entlastung für Angehörige** 

## Weitere Angebote außer Haus

- **Seniorenzentren** 
- **Mittagstisch** 
- **Tagespflege** 
- **Nachtpflege**
- **Betreutes Wohnen** 

## Informationen zu Leistungen, Antragstellung und Vollmachten

- **Leistungen Pflegeversicherung**
- **Leistungen Krankenversicherung**
- **Zusätzliche Leistungen für Demenzkranke**
- **Leistungen der Sozialhilfe**
- **Wohnraumanpassung**
- **Vorsorgevollmachten etc.**

Das Projekt „Vom Heim nach Hause“ wird durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg unterstützt und vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg wissenschaftlich begleitet.

# **TEIL B**

## **Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung**

*(M. Bär & P. Schönemann-Gieck)*

## **Wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Vom Heim nach Hause“**

**Projektträger:** Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH

**Laufzeit des Vorhabens:** 01.04.2013 – 31.03.2015

**Projektförderer:** Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

# **Abschlussbericht**

**Berichtszeitraum: 01.04.2013-31.03.2015**



## INHALT

Vorwort .....	4
Überleitung auf dem Weg vom Krankenhaus nach Hause .....	6
Das Projekt „Vom Heim nach Hause“ .....	15
Die wissenschaftliche Begleitung .....	16
Ergebnisse .....	20
1    Stichprobe .....	20
2    Verlaufsuntersuchung .....	22
2.1    Erhebungsmethodik .....	22
2.2    Ergebnisse der Verlaufsuntersuchung .....	24
2.3    Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse .....	39
3    Vertiefende Analyse einzelner Phänomene anhand der Falldokumentationen .....	42
3.1    Zielsetzung und Vorgehensweise .....	42
3.2    Ergebnisse .....	43
3.3    Zusammenfassung .....	50
4    Tätigkeiten der Projektkoordinatorin .....	51
4.1    Zielsetzung, Datenquellen und Auswertung .....	51
4.2    Ergebnisse .....	51
4.3    Zusammenfassung .....	58
5    Expertenbefragungen .....	59
5.1    Akteure aus der sozialen Beratung und der Pflegeberatung .....	59
5.1.1. Anlass und Fragestellungen .....	59
5.1.2. Vorgehensweise .....	60
5.1.3. Ergebnisse .....	60
5.1.4. Zusammenfassung .....	71

---

5.2 Heim- und Pflegedienstleitungen der Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg.....	73
5.2.1. Hintergrund, Fragestellungen und methodisches Vorgehen .....	73
5.2.2. Ergebnisse.....	73
5.2.3 Zusammenfassung.....	78
 Zusammenfassung und Diskussion .....	 80
 Literatur.....	 86

## VORWORT

---

Deutschlandweit nehmen fast 9.000 Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege in Anspruch, und für nicht wenige wird die zunächst provisorische stationäre Wohnform ungewollt zur Dauerlösung. Um dieser Personengruppe Wege wieder zurück in ihr angestammtes Wohnumfeld zu bahnen, hat die Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH im Zeitraum April 2013 bis März 2015 ein Pilotprojekt durchgeführt, bei dem für Kurzzeitpflegegäste nach Krankenhausaufenthalt eine soziale Beratung mit Case Management angeboten wurde. Das Institut für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg wurde gebeten, die wissenschaftliche Begleitung dieses Projekts zu übernehmen. Das Projekt wie auch seine Evaluation wurden vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg gefördert.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung dar. Er gibt einen Einblick in die Situation von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt und zeigt auf, welche Tätigkeiten sozialer Beratung diese Personengruppe benötigt, um wieder nach Hause zurückkehren zu können. Auf diese Weise schafft der Bericht die Grundlagen für die weitergehende Frage, wie mit Beratungsbedarfen von Personen in der Kurzzeitpflege in Zukunft umgegangen werden kann. Die Frage nach den Konsequenzen hinsichtlich struktureller Neuregelungen kann der Bericht allerdings nicht beantworten, dies zu entscheiden, ist Aufgabe der Politik.

Die erhobenen Daten wurden überwiegend deskriptiv ausgewertet. Eine vertiefende Auswertung ist in vielen Fällen möglich und sinnvoll, aber im gegenwärtigen Kostenrahmen nicht darstellbar.

Zur besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die geschlechtergerechte Darstellung. Wo möglich, werden genderneutrale Formulierungen verwendet. Bei bestimmten Personenbezeichnungen (Kurzzeitpflege-Gast, Angehöriger) ist dies nicht möglich. Hier sind, wenn nicht explizit angegeben, immer beide Geschlechter gemeint.

Dieser Bericht und die zugrundeliegende Datenerhebung wären nicht realisierbar gewesen ohne das Engagement vieler Personen.

Als erstes gilt unser herzlicher Dank Frau Esther Süs, Projektkoordinatorin im Projekt „Vom Heim nach Hause“. Sie hat den größten Teil der Daten für die wissenschaftliche Begleitung erhoben, zusätzlich zu ihrer umfangreichen Beratungstätigkeit.

Weiterhin danken wir allen Experten, die uns ihre Erfahrungen im Beratungsfeld geschildert haben. Hierzu zählen Vertreterinnen der Kliniksozialdienste des St. Josefs-Krankenhauses Heidelberg und der GRN-Klinik Weinheim, weiterhin Mitarbeitende der Pflegestützpunkte

der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises, Mitarbeitende der AOK-Pflegeberatung sowie der Privaten Pflegeberatung Compass, und schließlich Mitarbeitende der Sozialen Dienste der Stadt Heidelberg. Die Expertengespräche sind ein wichtiges Element, um dem Fokus über die Kurzzeitpflege hinaus zu weiten, und wurden von den beteiligten Personen bereitwillig ermöglicht.

Weiterhin danken wir Frau Aleksandra Sreckovic für die engagierte und kompetente Unterstützung bei Transkription, Datenauswertung und redaktioneller Bearbeitung des Abschlussberichts.

Und schließlich danken wir unseren Partnern im Projektkernteam, Frau Süs und Herr Erich Auerbach von der Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg, für die hervorragende Zusammenarbeit und die sehr anregenden und fruchtbaren Gespräche während der Projektsitzungen.

Heidelberg, den 5. Mai 2015

Dr. Marion Bär

Dr. Petra Schönemann-Gieck

---

## ÜBERLEITUNG AUF DEM WEG VOM KRANKENHAUS NACH HAUSE

---

### 1 DIE BERATUNG UND VERSORGUNGSPLANUNG BEI HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN NACH KRANKENHAUSAUFENTHALT

Jeder Versicherte hat Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, welches die „Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ und auch die fachärztliche Anschlussversorgung umfasst. So ist es in § 11 IV 1 SGB V, den Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, festgelegt. Weiter heißt es in § 11 IV SGB V:

*„Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten [eigene Hervorhebung] und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung der Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. [...]“.*

Es obliegt demnach der Klinik, die Weiterversorgung eines hilfe- und pflegebedürftigen Patienten zu sichern und hierbei mit entsprechenden Leistungserbringern sowie Beratungsakteuren zusammenzuarbeiten.

In § 112 I, II SGB V wird weiterhin festgeschrieben, wie diese Verpflichtung vertragsrechtlich umzusetzen ist: die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger Verträge zu schließen, in dem sie u.a. die Aufnahme und Entlassung der Versicherten, § 112 II Nr. 1a SGB V, die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus, § 112 II Nr. 4 SGB V, und den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege, § 112 II Nr. 5 SGB V, zu regeln haben.

Diese Regelungen finden sich als Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes im § 31 des Landeskrankenhausesgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) wie folgt formuliert:

*„(1) Das Krankenhaus stellt einen sozialen Krankenhausdienst sicher, der auch die Pflegeüberleitung umfasst. [...]“*

*(2) Der soziale Krankenhausdienst hat die Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen sozial zu beraten und zu betreuen, insbesondere wegen der Hilfen, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geboten sind. Der soziale Krankenhausdienst sorgt dafür, dass nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.“*

*(3) Rechte und Pflichten anderer Sozialdienste bleiben hiervon unberührt. Der soziale Krankenhausdienst arbeitet mit diesen Diensten eng zusammen.“*

Angesichts steigender Anteile älterer und hochaltriger Krankenhauspatienten (Hibbeler, 2013) und angesichts der Zunahme chronischer Erkrankungen (Nowossadeck, 2012) ist davon auszugehen, dass eine wachsende Zahl an Personen eine derartige Beratung und ein entsprechendes Versorgungsmanagement benötigt. Denn insbesondere bei Personen mit Pflegebedarf ist die Rückkehr nach Hause nach einem Krankenhausaufenthalt alles andere als selbstverständlich:

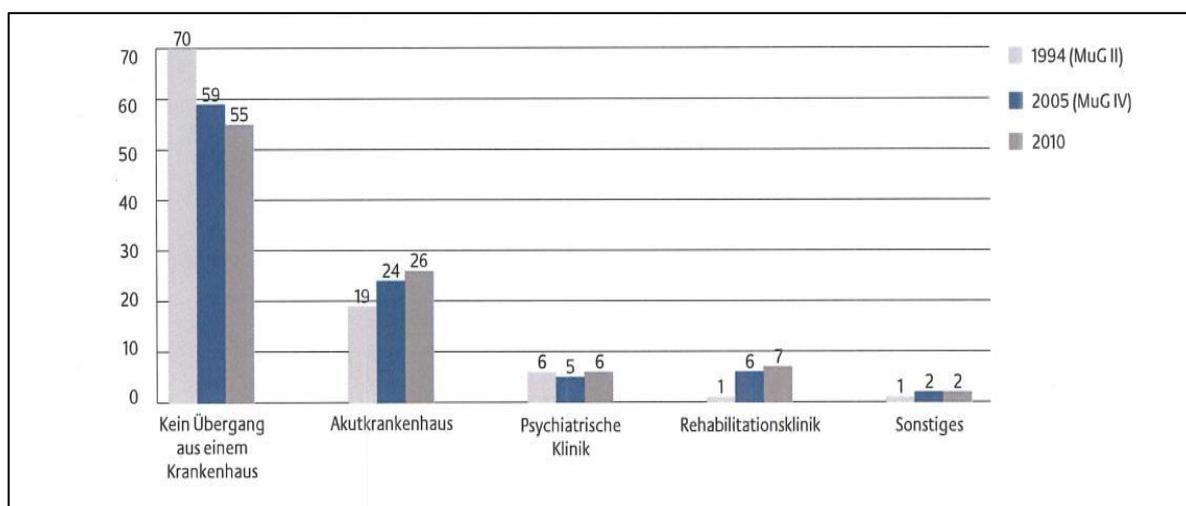


ABBILDUNG 1: ÜBERGANG AUS EINEM KH IN EINE PFLEGE-EINRICHTUNG (HÄUFIGKEIT IN PROZENT)  
(QUELLE: TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG 2010)

So stieg der Anteil der Neuaufnahmen in stationäre Pflegeeinrichtungen in Anschluss an einen Aufenthalt im Akutkrankenhaus in den letzten Jahren kontinuierlich von 19 % in 1994 auf 26 % in 2010 (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 124).

Die Schwierigkeiten einer angemessenen Weichenstellung bei pflegebedürftigen Personen im Krankenhaus zeigt sich auch bei einer Interventionsstudie im Kreis Recklinghausen, in die zehn Krankenhäuser einbezogen waren (Burrichter & Wadenpohl, 2008). Zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Dauerpflege nach Krankenhausaufenthalt wurde in dieser Studie Patienten mit Pflegebedarf und unklarer häuslicher Versorgungssituation eine Beratung angeboten, die auch Hausbesuche und Fallkonferenzen umfasste. Zusätzlich erfolgte anstelle der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach Aktenlage eine Einzelfallbegutachtung am Krankenbett. Im Ergebnis zeigte sich, dass von 178 Patienten, die im Zeitraum von sechs Monaten die Beratung erhalten hatten, zwei Monate nach Projektabschluss nur 21 wieder daheim lebten. 130 waren in die Dauerpflege übersiedelt, 27 waren verstorben (ebd.).

## 2 KURZZEITPFLEGE NACH KRANKENHAUSAUFENTHALT

In Deutschland gibt es insgesamt 44.432 Kurzzeitpflegeplätze (Statistisches Bundesamt, 2013), 33.381 als sogenannte „*eingestrente*“ Kurzzeitpflegeplätze (dies sind Heimplätze, die im Versorgungsvertrag so ausgewiesen sind, dass sie flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können) und 11.051 Kurzzeitpflegeplätze in separaten Wohneinheiten bzw. Solitäreinrichtungen.

Die Nachversorgung von Patienten mit Pflegebedarf nach Krankenhausaufenthalt ist ein dezidiertes Bestandteil der Kurzzeitpflege: Ist der Patient bereits pflegebedürftig nach dem SGB XI (mindestens Stufe 0), so hat er nach § 42 I 1 SGB XI Anspruch auf Kurzzeitpflege. Voraussetzung hierfür ist, dass „*die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden*“ kann und „*auch teilstationäre Pflege*“ nicht ausreicht, § 42 I 1 SGB XI. Der Übergang im Anschluss an eine stationäre Behandlung wird hier explizit als Grund für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege genannt, § 42 I 2 Nr. 1 SGB XI.

Auch die tatsächlichen statistischen Fallzahlen belegen die wachsende Bedeutung der KZP als Institution der Nachsorge nach KH-Aufenthalt: Im GEK-Pflegereport 2012 (Rothgang, Müller, Unger, Weiß, Wolter, 2012, S. 193) weisen die Autoren für den Zeitraum von 1998 bis 2011, bei einer massiven Zunahme der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege insgesamt (um 203 %), einen wachsenden Anteil an Personen nach, der die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt in Anspruch nimmt: dieser stieg von 13 % auf 30 % (ebd. S. 196).

Diese Entwicklung wird häufig in Zusammenhang gebracht mit der in den letzten Jahren sinkenden Verweildauer im Krankenhaus. Nach Angaben des GEK-Krankenhausreports 2014 (Bitzer, Bohm, Hartmann, & Priess, 2014) sanken die Durchschnittswerte der KH-Verweildauer von 8,6 Tagen in 2006 auf 7,6 Tagen in 2013.

Aufgabe der Kurzzeitpflege ist, folgt man dem Gesetzestext, die Sicherstellung der Versorgung der pflegebedürftigen Person, bis diese wieder in ihre häusliche Wohnumgebung zurückkehren kann, § 42 I SGB XI. Diese Zielsetzung der Kurzzeitpflege geht konform mit dem Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ (§ 43 I SGB XI) der Pflegeversicherung, und sie entspricht auch empirischen Befunden zu Wohn- und Versorgungswünschen älterer Menschen: Einer repräsentativen Studie von Spangenberg, Glaesmer, Brähler, Kersting, & Strauß (2013) zufolge möchten 66,3 % der Personen im Alter über 45 Jahren im Falle von Unterstützungs- und Pflegebedarf daheim versorgt werden. Weitere 20,6 % können sich einen Umzug in betreutes Wohnen oder eine gemeinschaftliche Wohnform vorstellen (ebd.). Nur 5 % präferieren eine klassische stationäre Versorgung im Pflegeheim.

Genau diese selten gewünschte Versorgungsvariante aber wurde in den letzten Jahren für einen wachsenden Anteil von Kurzzeitpflege-Patienten nach Krankenhausaufenthalt zur Realität, wie Rothgang et al. aufzeigen: Im Zeitraum von 1998 bis 2011 hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die nach der Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege in Anspruch nahmen, von 18 % auf 30 % erhöht (Rothgang et al., 2012, S. 18). Die Autoren folgern hier: die verstärkte Nutzung der Kurzzeitpflege „geht einher mit einer schlechteren Zielerreichung“ (ebd.). Stellt sich angesichts dieser Entwicklungen nicht die Frage, ob die Kurzzeitpflege mehr leisten sollte als eine vorübergehende Sicherstellung der Versorgung?

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit formulierte das IGES-Institut 2013 Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege. Diese Expertise stützt sich auf eine ländervergleichende Literaturanalyse, sowie auf die Evaluierung bundesdeutscher Piloteinrichtungen. Die in diesem Bericht formulierten Aufgaben der Kurzzeitpflege gehen über die Sicherstellung der Versorgung weit hinaus:

*„Kurzzeitpflege soll in relativ kurzer Zeit und in einer für den Pflegebedürftigen schwierigen Situation mit oft komplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Anforderungen sowohl fundierte Informationsgrundlagen für anstehende Entscheidungen für den weiteren Verbleib in der häuslichen Umgebung, als auch zur Erreichung dieses Ziels durch die Umsetzung geeigneter Maßnahmen beitragen“ (ebd. S. 45).*

Der Bericht spricht hier von einer „*Klärungs- und Weichenstellungsfunktion*“ (ebd.) der Kurzzeitpflege, die häufig auf komplexe Bedarfslagen auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen treffe: einem hohen Neuorientierungs-, Kommunikations- und Informationsbedarf, einem „*Erprobungsbedarf hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Akzeptanz neuer pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen*“ sowie einem Klärungsbedarf, wie die Nachfolgereversorgung geregelt werden kann (ebd.).

*„Diese grundsätzliche Aufgabenstellung der Kurzzeitpflege innerhalb der pflegerischen Versorgungskette führt zu einer, im Vergleich zu anderen Pflegeformen, erhöhten Leistungsintensität und -komplexität. Dies trifft insbesondere auf die pflegerische Versorgung in der Übergangsphase unmittelbar nach einem akutstationären Aufenthalt zu, welche mit spezifischen pflegefachlichen und -organisatorischen Anforderungen verbunden ist“ (ebd.).*

Für das in der Kurzzeitpflege tätige Pflegepersonal werden spezifische Anforderungen benannt:

- fachlich anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten (z.B. Wundversorgung, aufwändige Katheter und Sondenpflege), insbesondere bei Patienten nach operativen Eingriffen,
- Beschaffung umfangreicher pflegerischer und klinischer Informationen in einem engen Zeitfenster vor und bei Aufnahme,

- Bei einem konstatierten erhöhten Bedarf an aktivierender Pflege und rehabilitativen Therapien Sicherstellung der entsprechenden Versorgung durch Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten und durch die Zurverfügungstellung entsprechender Räumlichkeiten,
- einem intensiven und kontinuierlichen Abstimmungsbedarf mit niedergelassenen Ärzten zur Sicherstellung der erforderlichen Verordnungen für Medikation sowie Heil- und Hilfsmittel,
- einem erhöhter Organisations- und Pflegeplanungsaufwand durch die kurze Verweildauer und die im Verlauf der Kurzzeitpflege zu erwartenden Entwicklungen.

Und schließlich werden eine Reihe von Kurzzeitpflege-spezifischen Beratungs- und Koordinationsaufgaben benannt (ebd.):

- Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge, inkl. Wohnraumanpassung,
- Überprüfung (ggf. Initiierung) und Unterstützung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln,
- Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung.

Dieser letzte Aspekt soll im nachfolgenden Abschnitt näher beleuchtet werden, da er für das Projekt „Vom Heim nach Hause“ eine besondere Relevanz besitzt. Vorher sollen jedoch noch zwei Aspekte der Kurzzeitpflege angesprochen werden, die bislang nicht thematisiert wurden:

### **Die Kurzzeitpflege ist nicht selten die letzte Station im Leben einer Person.**

Der erwähnte GEK-Pflegereport konstatiert einen steigenden Anteil an Personen, die in der Kurzzeitpflege versterben: von 11 % (1998) auf 17 % (2011). Dieser Befund zeigt eine weitere Anforderung an Kurzzeitpflege -Einrichtungen, nämlich im Bedarfsfall auch eine palliative Begleitung oder eine Sterbebegleitung zu leisten.

### **Die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege kann mit finanziellen Schwierigkeiten und Risiken verbunden sein.**

Für maximal vier Wochen im Kalenderjahr und bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612,00 € werden Aufwendungen der Kurzzeitpflege von der Pflegekasse übernommen, § 42 II 1,2 SGB XI. Ist ein längerer Kurzzeitpflege -Aufenthalt erforderlich, so kann dieser Leistungsbetrag um den gleichen Betrag noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 I 3 SGB XI auf insgesamt bis zu 3.224,00 € im Kalenderjahr erhöht werden, § 42 II 3 SGB XI. Berücksichtigt wird hierbei aber nicht, dass bei höherer Pflegestufe auch die Kosten der Kurzzeitpflege steigen. Bei einer Person mit Pflegestufe II ist das Budget demnach rascher verbraucht als bei einem Kurzzeitpflegegast, der nur Pflegestufe I hat.

Risikoreich ist die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege für Personen, bei denen während des Krankenhausaufenthaltes erstmalig ein Antrag auf Pflegestufe gestellt wird. Die Begutachtungsrichtlinien des MDK sehen eine Eilbegutachtung innerhalb einer Woche dann vor, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und *„Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist“* (MDK 2009, S. 24). In diesem Fall ist zumindest die Frage rasch zu klären, ob der Antragsteller pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist. Die Einstufung selbst kann nachgeholt werden. Zweifellos trifft dieser Fall auf Personen zu, die in die Kurzzeitpflege gehen. Allerdings kann es passieren, dass Personen sich bereits in der Kurzzeitpflege befinden, wenn der Bescheid eintrifft. Bei negativem Befund hat dann die Person die bereits angefallenen Kosten zu tragen. Problematisch ist die Finanzierung auch bei Personen, bei denen bei Aufnahme ein Antrag auf Höherstufung vorliegt, da diese bis zum Eintreffen des Gutachtens nicht wissen, welche Kosten der Kurzzeitpflege auf sie zukommen.

Eine dritte Gruppe von Personen in der Kurzzeitpflege ist leistungsrechtlich in keiner Weise abgesichert: Dies sind Personen, bei denen lediglich ein vorübergehender, sprich nicht mindestens halbjährlicher, Pflegebedarf besteht. Diese Patienten können lediglich als Selbstzahler in die Kurzzeitpflege gehen oder einen Antrag beim Sozialhilfeträger stellen.

### 3 DIE BERATUNG UND HILFEPLANUNG BEI KURZZEITPFLEGEGÄSTEN NACH KRANKENHAUSAUFENTHALT

Folgt man den Empfehlungen des IGES-Instituts, so sollte die Kurzzeitpflege – auf der strukturellen Basis als eigenständiger Einrichtung mit eigener pflegerischer Leitung<sup>1</sup> – auch sozialarbeiterische Leistungen vorhalten: *„Aufgaben der Beratung von Pflegegästen und Angehörigen, Aufbau und Pflege von Kooperationen mit externen Leistungserbringern und Pflegeberatungsstellen sowie der Entlassungsvorbereitung sollten durch speziell hierfür ausgebildete und vorgesehene Mitarbeiter (z.B. Sozialarbeiter) erbracht werden“* (Deckenbach, Stöppler, & Klein 2013, S. 50). Zur Sicherung der Anschlussversorgung sind demnach nicht nur gute Kenntnisse der lokalen und regionalen Versorgungsstrukturen, sondern auch fundierte Kenntnisse der tangierenden Rechtslagen, sowie *„psychosoziale Fähigkeiten“* erforderlich.

---

<sup>1</sup> Bereits 2002 kam eine vom BMFSFJ initiierte Untersuchung zur Kurzzeitpflege in den Regionen zu der Aussage, dass das Instrument der Kurzzeitpflege zur Sicherung häuslicher Pflege noch nicht ausreichend gefördert und genutzt wird. Aus wirtschaftlichen Gründen werden zunehmend lediglich „eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten, obwohl „eigenständigen“ Kurzzeitpflege angeboten eine höhere Versorgungsqualität, eine bessere Orientierung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen bescheinigt und aus diesem Grunde favorisiert wird (vgl. Heinemann-Knoch, 2002, S. 153).

Ein Teil spezialisierter Kurzzeitpflegeeinrichtungen entspricht diesem Umstand bereits durch die Beschäftigung von Sozialarbeitern (ebd.).

Ein Großteil von Kurzzeitpflegegästen jedoch wird aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht in spezialisierten Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sondern in Einrichtungen der Dauerpflege versorgt, die nur eingestreute Kurzzeitpflegeplätze vorhalten. Wie ist also die Beratung von Kurzzeitpflegegästen unter der Prämisse geregelt, dass es vor Ort keinen Sozialarbeiter gibt?

Im Baden-Württembergischen „Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege und zur Änderung des Landesverwaltungsgesetzes“ (Wohn-, Teilhabe – und Pflegegesetz – WTPG vom 20. Mai 2014) sind unter Abschnitt 3, §§ 10 – 12 WTPG, Vorschriften für stationäre Einrichtungen formuliert. Hier wird in § 10 II Nr. 3 WTPG die Wahrung und Förderung *„der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in und an der Gesellschaft sowie der Lebensqualität der Bewohner“* als Anforderung definiert. Zudem ist gem. § 10 II Nr. 10 WTPG seitens der Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, *„dass für pflegebedürftige Bewohner Pflegeplanungen sowie für Menschen mit Behinderungen Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden“*. Das Thema Beratung ist in den Landesheimgesetzen nicht weiter geregelt und die Situation von Menschen in der Kurzzeitpflege nicht gesondert thematisiert. Es lässt sich somit kein Hinweis auf einen Beratungsauftrag stationärer Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen ermitteln.

Durch wen sollten die Kurzzeitpflegegäste dann beraten werden? Das SGB V benennt in § 11 IV 4 die Pflegeberater nach § 7a SGB XI als Kooperationspartner im gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsmanagement. Dies würde bedeuten, dass der Kliniksozialdienst, wenn bei Entlassung in die Kurzzeitpflege die Versorgungsplanung nicht abgeschlossen werden konnte, an den zuständigen Pflegberater des Versicherten überzuleiten hat. Dessen Aufgabe ist es, die Bedarfe zu erfassen, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, auf dessen Durchführung hinzuwirken und ggf. anzupassen und bei besonders komplexen Fällen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird in Baden-Württemberg von den Pflegekassen *„... als ihre eigene Aufgabe verstanden, die von ihnen auch jeweils selbst wahrgenommen werden soll“* (Klie et al. 2012, S. 136).

In seiner Evaluation der baden-württembergischen Pflegestützpunkte kommt das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2014 u.a. zu dem Ergebnis, dass die in § 7a I 1 SGB XI festgeschriebene Beratung teilweise nicht von Mitarbeitenden der Krankenkassen, sondern von Pflegestützpunkten erbracht wird.

*„In Ermangelung von verbindlichen Regelungen hat sich hier im Laufe der Etablierung von Pflegestützpunkten eine „gelebte Praxis“ herausgearbeitet. Diese sieht so aus, dass die Pflegestützpunkte bei Bedarf auch eine Leistung erbringen, die mit der Pflegeberatung vergleichbar ist (Case Management) und die Kranken- und Pflegekassen erst dann mit hinzuziehen,*

*wenn Leistungsentscheidungen getroffen werden müssen. Diese Praxis wird von den MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte als sehr positiv beschrieben“ (ebd. S. 76).*

Im Folgenden empfiehlt das KDA den politischen Entscheidungsträgern eine Klärung, wie die Pflegeberatung zukünftig geregelt werden soll. Entweder soll dabei die Pflegeberatung ganz oder teilweise an die Pflegestützpunkte delegiert werden, was eine höhere Beteiligung der Kassen bei der Finanzierung der Pflegestützpunkte nach sich ziehen würde, oder es werden verbindliche Vorgaben dazu benötigt, wie Mitarbeitende der Pflegestützpunkte *„zukünftig bei Bedarf dieser Leistung die zuständigen MitarbeiterInnen der Kranken- und Pflegekassen erreichen können und wie sichergestellt werden kann, dass diese die Pflegeberatung zeitnah vor Ort erbringen können“* (ebd.).

Aus Sicht der Evaluatoren des KDA kann derzeit in Baden-Württemberg lediglich die AOK eine derart bedarfsgerechte Beratung sicherstellen, da *„...die MitarbeiterInnen der anderen Kassen ihren Arbeitsplatz oftmals nicht in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte haben und folglich auch nicht über die lokalen Angebote informiert sein können und in der Regel lange Strecken zu den Rat- und Hilfesuchenden zurücklegen müssten“* (ebd.).

Auch die Pflegestützpunkte haben einen umfassenden Beratungsauftrag, der in § 92c II SGB XI festgeschrieben ist<sup>2</sup>. Dieser beinhaltet jedoch kein individuelles CaseManagement.

Der im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführte bundesweite Evaluationsbericht über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Klie et al. 2012) formuliert mit Blick auf die Versorgungsinfrastruktur in Baden-Württemberg: *„Bei der Analyse der Pflegeberatungsstruktur in Baden-Württemberg fällt auf, dass alle Befragten den Prozesscharakter der Implementation betonen, ihn als lernenden Prozess bezeichnen und kaum konkrete Zustandsdaten nennen können. Es fehlt auch an konkreten Zielen für die Weiterentwicklung der Pflegeberatung. Die Pflegekassen in Baden-Württemberg stellen sich der Aufgabe der Pflegeberatung unterschiedlich, ihre Implementationsstrategien sind verschieden“* (ebd. S. 138). Auch dieser Bericht kommt letztlich zu dem Ergebnis, dass die Regelung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Baden-Württemberg nicht abschließend geklärt ist.

---

<sup>2</sup> Den Pflegestützpunkten nach § 92c II 1 SGB XI obliegt die

- *„umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote“,*
- *die „Koordination aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten einschließlich Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“* sowie die
- *„Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“.*

Was heißt dies für die Beratung von Kurzzeitpflegegästen mit umfassendem Beratungs- und Hilfeplanungsbedarf? Der Kliniksozialdienst, der die pflegeberaterische Anschlussversorgung eines Klinikpatienten sichern soll, hat es theoretisch auf Seiten des nachsorgenden Systems nicht mit einem festen Ansprechpartner zu tun, sondern mit einer Vielzahl von Pflegeberatern entsprechend der Kassenzugehörigkeit des Patienten. Folgt man der Einschätzung des KDA, so ist fraglich, inwieweit eine qualifizierte Pflegeberatung nach §7a, SGB 11 überhaupt flächendeckend etabliert ist. Um die zuständige Person zu kontaktieren, ist weiterhin das Einverständnis des Patienten erforderlich, das möglicherweise nicht immer sofort gegeben wird. Angesichts des kurzen Zeitfensters, das Kliniksozialdiensten bei limitierten Liegezeiten für ihre Arbeit zur Verfügung steht, stellt sich die Frage, inwieweit in der Praxis tatsächlich bei Bedarf regelhaft an den Pflegeberater der Krankenkassen übergeleitet wird, oder ob im Zweifel nicht doch der Pflegestützpunkt kontaktiert wird. Auf jeden Fall stehen der Überleitung von Klinikpatienten an die nachsorgender Pflegeberatung zahlreiche potenzielle Barrieren entgegen, sowohl hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen als auch auf Ebene des Patienten. Es wäre ein lohnender Gegenstand einer eigenen Untersuchung, hier weitere Klarheit zu schaffen.

Nach § 11 IV 4 SGB V sind die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement der Krankenhäuser mit einzubeziehen. Das heißt, dass die mit dem Entlassmanagement in der Klinik betrauten Kliniksozialdienste Kontakt mit den Pflegeeinrichtungen aufnehmen müssen, um einen Patienten in die Kurzzeitpflege überzuleiten. Erfolgt die Einschaltung des Pflegeberaters durch den Kliniksozialdienst nicht, so findet zwar eine Pflegeüberleitung an die Kurzzeitpflege statt, jedoch keine Überleitung mit Blick auf häusliche Hilfeplanung, da in der Kurzzeitpflege meist kein entsprechendes Personal vorhanden ist. Die professionelle Planungskette reißt dann ab und muss vom Betroffenen oder seinen Angehörigen bzw. ggf. dem gesetzlichen Betreuer wieder aufgenommen werden, indem diese – vorausgesetzt, sie sind über entsprechende Angebote informiert – sich entweder an den lokalen Pflegestützpunkt oder den zuständigen Berater der Pflegekasse wenden. Und gleichzeitig hat der Betroffene unter Umständen nicht nur die Frage zu klären, wie es nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt weitergehen soll, sondern auch, im Falle der oben aufgeführten Finanzierungsspezifitäten, auf welchem Weg die bereits angetretene Kurzzeitpflege bezahlt werden kann oder muss.

Die Initiative für das Projekt „Vom Heim nach Hause“ basiert auf den Beobachtungen von Mitarbeitenden der Evangelischen Altenhilfe der Stadtmission gGmbH, die erkannten, dass die beschriebene Eigenleistung des Kurzzeitpflegegastes und seines Umfeldes häufig nicht gelingt, dass also Personen mit Beratungs- und Hilfeplanungsbedarfen in der Kurzzeitpflege nicht entsprechend versorgt sind.

## DAS PROJEKT „VOM HEIM NACH HAUSE“

---

Zielsetzung des Projekts „Vom Heim nach Hause“ war die *„Verwirklichung des Wunsches [vieler Kurzzeitpflegegäste], trotz gesundheitlicher Einschränkungen nach Hause zurückzukehren und dort so lange wie möglich selbstbestimmt zu leben, professionell und umfassend unterstützt werden“* (vgl. Projektantrag S. 1).

Projektträger war die Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH. Dieser Altenhilfeträger verfügt über insgesamt fünf Einrichtungen mit 40 bis 163 vollstationären Heimplätzen. In vier Einrichtungen wird Kurzzeitpflege in kleinem Umfang angeboten (zwei bis fünf eingestreute Plätze). Im Haus Philippus werden insgesamt 20 Kurzzeitpflegeplätze angeboten, 17 davon als ständige Kurzzeitpflegeplätze. Das Haus Philippus ist offizieller Anbieter von Kurzzeitpflege in der Stadt Heidelberg, das Belegungsmanagement erfolgt über den Pflegestützpunkt.

Im Rahmen von Alltagsbeobachtungen und einer dem Projektantrag vorgeschalteten Bedarfsanalyse wurde eine Subgruppe der insgesamt betreuten Kurzzeitpflegegäste identifiziert, bei der ein Bedarf an Beratung und Hilfeplanung zu vermuten war. Diese Projektzielgruppe war wie folgt beschrieben: *„Kurzzeitpflege-Gäste (...), deren Allgemeinzustand sich krankheitsbedingt, z.B. nach Schlaganfall oder Schenkelhalsbruch, derart verändert hat, dass sie auch nach Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme und Kurzzeitpflege-Aufenthalt nur bei Inanspruchnahme von individuell angepassten ambulanten Dienstleistungen und Beratungsangeboten nach Hause zurückkehren können“* (ebd. S. 3). Vom Projekt ausgeschlossen wurden jene Kurzzeitpflegegäste, die die Kurzzeitpflege wegen Verhinderung der Pflegeperson in Anspruch nahmen, sowie jene Gäste, bei denen von Beginn an feststand, dass diese in stationäre Dauerpflege gehen würden.

Um die Projektzielgruppe bei ihrem Bemühen, ein tragfähiges häusliches Versorgungssetting zu etablieren, zu unterstützen, wurde im Rahmen des Projekts eine Fachkraft mit doppelter Qualifikation als Sozialarbeiterin und Pflegefachperson mit einer 3/4 –Stelle beschäftigt. Diese Fachkraft (im Folgenden Projektkoordinatorin) war für alle fünf Einrichtungen zuständig, hatte ihr Büro aber – aufgrund der hohen Anzahl an Kurzzeitpflegegästen - im Haus Philippus (vgl. Abschlussbericht der Projektkoordinatorin).

---

## DIE WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

---

### 1 FRAGESTELLUNGEN

Aus der Zielsetzung des Projekts ergaben sich für die wissenschaftliche Begleitung folgende Fragestellungen:

- Inwieweit gelingt es, das angestrebte Projektziel auf individueller Ebene (Kurzzeitpflegegäste) zu realisieren? Welche Faktoren beeinflussen die Chance einer dauerhaften Rückkehr in die häusliche Wohnsituation?
- Welche Tätigkeiten der Projektkoordinatorin sind hierfür erforderlich? Welche Herausforderungen stellen sich in der Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt?
- Inwieweit ist eine Überleitung an nachfolgende Beratungsakteure notwendig und wie gelingt diese? Inwieweit ist die lokale Versorgungsinfrastruktur ausreichend, um ein tragfähiges häusliches Hilffarrangement zu etablieren?

### 2 AUFGABEN

Zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung innerhalb des Projekts gehörte (a) die Entwicklung eines methodischen Vorgehens und eines Instrumentariums zur Evaluation des Projekts, (b) die Übernahme von Erhebungen, die nicht durch den Projektträger selbst durchgeführt werden konnten, (c) die Beratung des Projektträgers hinsichtlich der Detailkonzeption, gemeinsames Monitoring des Projektprozesses sowie (d) die Auswertung der erhobenen Daten und die Berichterstellung.

### 3 METHODISCHES VORGEHEN

Die wissenschaftliche Begleitung nahm drei relevante Untersuchungsfelder in den Blick:

- 1 Die beratene Personengruppe (Kurzzeitpflegegäste)
  - Erhebung quantitativer und qualitativer Verlaufsdaten (vgl. Ergebnisteil, Kapitel 2)
  - Falldokumentationen (vgl. Ergebnisteil, Kapitel 3)

- 2 Die Beraterin (Projektkoordinatorin), ihr Tätigkeitsspektrum sowie ihre Erfahrungen im Projektzeitraum (vgl. Kapitel 4 im Ergebnisteil)
- 3 Den Beratungskontext. Dazu zählt zum einen
  - das umgebende Beratungsfeld (vgl. Kapitel 5.1, Ergebnisteil) und zum anderen
  - die Einrichtungen, in denen die Kurzzeitpflegegäste beraten wurden (vgl. Kapitel 5.2, Ergebnisteil).

Zwei Einrichtungen der Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg liegen im Stadtgebiet Heidelberg, eine weitere im angrenzenden Dossenheim, die beiden übrigen Häuser (Haus Stammberg und Haus Erlbrunner Höhe) sind im nördlichen Rhein-Neckar-Kreis gelegen. Der infrastrukturelle Projekttraum umfasste somit das Stadtgebiet Heidelberg sowie den nördlich angrenzenden Teil des Rhein-Neckar-Kreises.

Der für die wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung stehende Kostenrahmen machte es unmöglich, die Daten der Kurzzeitpflegegäste selbst zu erheben. Daher wurde dieser Teil von der Projektkoordinatorin übernommen. Es ist natürlich bei den offenen Fragen möglich, dass diese von deren Tätigkeit und Perspektive beeinflusst sind. Deshalb wird in der Ergebnisdarstellung an jenen Stellen, wo es sich um Einschätzungen handelt, dies transparent gemacht.

Die evaluativen Anteile der wissenschaftlichen Begleitung hatten neben dem summativen einen formativen Schwerpunkt: Erkenntnisse über gelingende problematische Entwicklungen wurden im Projektverlauf direkt an die Projektkoordinatorin zurückgemeldet, um Strategien entsprechend adjustieren zu können. Umgekehrt führten Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit zur Anpassung bei der Erhebungsmethodik, wie im kommenden Abschnitt darzulegen sein wird.

#### 4 ANPASSUNG DER ERHEBUNGSMETHODIK

Die im vorherigen Abschnitt dargestellten Erhebungsbereiche sind das Ergebnis mehrerer Anpassungen, die sich kurz nach Beginn der Datenerhebung als notwendig herausgestellt hatten.

Die Einbeziehung von Kurzzeitpflegegästen als Studienteilnehmer folgte der Beschreibung der Projektzielgruppe des Antrags. Demnach sollte die Beratung für Personen angeboten werden, die (a) aus dem Krankenhaus kamen, (b) einen veränderten Pflegebedarf aufwiesen, und die (c) beabsichtigten, wieder nach Hause zurückzukehren. Die real beratene Personengruppe, dies stellte sich mit der Zeit heraus, erfüllte diese Kriterien nicht. Es kam vereinzelt

vor, dass auch Personen Beratungsbedarfe hatten, die von daheim in die Kurzzeitpflege kamen, in einem Fall handelte es sich sogar um eine Person aus der Dauerpflege. Weiterhin lag bei einem Teil der Personen nur vorübergehende oder überhaupt keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor. Dennoch hatten auch diese Personen Beratungsbedarfe. Und schließlich hatten auch jene Personen Bedarfe, bei denen das Zuhause nicht der unmittelbar anschließende Entlassungsort war. Da bei strikter Orientierung an den ursprünglichen Einschlusskriterien wertvolle Informationen über außergewöhnliche Bedarfe in der Kurzzeitpflege verloren gegangen wären, entschied sich das Projektteam im Konsens zur beschriebenen Erweiterung der Zielgruppe.

Außerdem stellte sich heraus, dass von den potenziell einschussfähigen Personen nur wenige dazu zu motivieren waren, an einer Studie teilzunehmen, die zusätzliche Befragungen sowie mehrere Nacherhebungen im poststationären Feld vorsah.

In Folge dieser Erfahrungen wurde die Erhebungsweise der Verlaufserhebung wie folgt angepasst: Einziges Einschlusskriterium zur Fallerfassung war die Beratung durch die Projektkoordinatorin. Die Befragungen und festen Erhebungszeitpunkte wurden aufgegeben. Informationen, die die Projektkoordinatorin nicht ohnehin im Rahmen ihrer Tätigkeit erhob, wurden nicht mehr vom Kurzzeitpflegegast erfragt, sondern – soweit wie möglich – durch Einschätzung von der Projektkoordinatorin. Um datenschutzrechtlichen Bestimmungen Genüge zu tun, wurden die Fälle nicht nur namentlich anonymisiert, sondern es wurde auch auf die Weitergabe des Geburts- sowie des Aufnahmedatums verzichtet.

Die Anpassung der Datenerhebung führt allerdings dazu, dass sich zum einen erhobene Daten aus den poststationären Kontakten nicht einheitlich bestimmten Zeitabständen zuordnen lassen ( bei einigen Kurzzeitpflegegästen findet der letzte Kontakt der Projektkoordinatorin wenige Tage nach Entlassung statt, in anderen Fällen mehrere Monate nach Entlassung). Zum anderen sind jene Informationen, die auf Einschätzungen der Projektkoordinatorin beruhen, notwendigerweise von deren Deutungen mitbeeinflusst. Doch sind diese Einschränkungen in Kauf zu nehmen, um das eigentliche Ziel – zu erfahren, welche Personen in der Kurzzeitpflege einen Beratungsbedarf haben – weiter verfolgen zu können.

Eine zweite Anpassung wurde erforderlich, nachdem die Falldarstellung in den Projektsitzungen einen immer größeren Raum einnahm. Viele Phänomene, die sich in der Beratung der Kurzzeitpflegegäste zeigten, waren sehr spezifisch, und wurden durch den Verlaufsbogen nicht abgebildet. Eine tiefere Analyse konnte solche Phänomene sichtbar machen. Daher wurden jene Beratungsfälle, die (a) komplexerer Natur waren, oder die (b) aus Sicht der Projektkoordinatorin besondere Phänomene enthielten, im Rahmen von Fallvignetten dokumentiert.

Durch die Veränderungen kamen neue Arbeitsschritte hinzu, die Einschränkungen in anderen Erhebungsbereichen erforderlich machten. Eine ursprünglich für das Projektende vorgesehene zweite Befragung der Experten, in der diese das Projekt auf der Basis der im Umsetzungszeitraum erlebten Kooperationen bewerten sollten, konnte deshalb nicht durchgeführt werden. Sie erschien auch nicht mehr besonders sinnvoll, nachdem deutlich wurde, dass die Projektkoordinatorin überwiegend fallabschließend arbeitete und es deshalb nur in Einzelfällen zu Überleitungen kam.

Projektquartale	02/ 2013	03/ 2013	04/ 2013	01/ 2014	02/ 2014	03/ 2014	04/ 2014	01/ 2015
<b>Tätigkeitsbereiche</b>								
<b>Erhebungskonzeption und Instrumentenentwicklung</b>	■							
<b>Verlaufsdaten-Erhebung</b>		■	■	■	■	■		
<b>Fallvignettendokumentation</b>			■	■	■	■	■	
<b>Expertenbefragung</b>		■	■					■
<b>Datenauswertung</b>							■	■
<b>Projektsitzungen</b>	■	■	■	■	■	■	■	■

ABBILDUNG 2: ZEITPLAN DER DATENERHEBUNGEN

Für die nachfolgende Ergebnisdarstellung sind einige Bezeichnungen zu erklären:

- Die Beratung der Kurzzeitpflegegäste wurde durch eine Fachkraft mit doppelter Qualifikation (Pflegerin, Sozialarbeiterin) durchgeführt. Um diesem besonderen Kompetenzprofil gerecht zu werden, verzichten wir auf die Bezeichnung „Sozialarbeiterin“, auch wenn die in der Beratung geforderten Kompetenzen hauptsächlich aus diesem Feld stammen. Sie selbst hat sich als „Projektkoordinatorin“ bezeichnet und wir schließen uns dieser Formulierung an.
- Für verschiedene Bezeichnungen werden der besseren Lesbarkeit halber die folgenden Abkürzungen verwendet: KZP (Kurzzeitpflege)KH (Krankenhaus), DP (Dauerpflege), KSD (Kliniksozialdienst).

## ERGEBNISSE

### 1 STICHPROBE

#### Statistik der Gästeentwicklung in der KZP

(Anteil der Einzüge nach KH-Aufenthalt)

Um eine Aussage darüber treffen zu können, welche Bedeutung die Nachsorge nach KH in der KZP hat, wurde eine Statistik der Gästeentwicklung in der KZP erstellt und der Anteil der Personen in einer Nachsorgesituation gesondert dargestellt. Datengrundlage bildeten die von der Projektkoordinatorin recherchierten Belegungszahlen und eigene Berechnungen des Zeitraums zwischen 3. Quartal 2013 (01.07.2013) bis 31.03.2015 – d.h. einen Zeitraum von 21 Monaten. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 919 Einzüge in die KZP registriert – im Schnitt waren dies 131, 29 (+/- 23,98; 93-152) Einzüge pro Quartal. Von diesen KZP-Gästen kamen insgesamt 586 Gäste direkt aus dem KH in die KZP – im Schnitt waren es (83,71 +/- 18,25; 60-112).

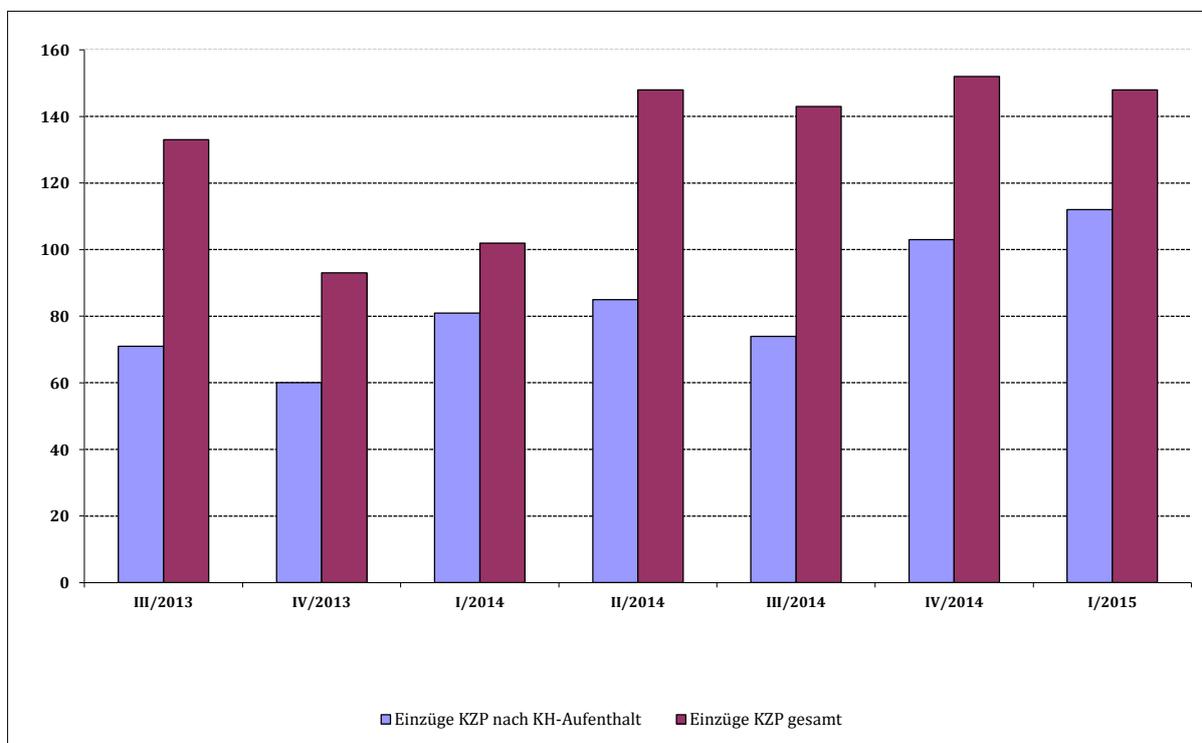


ABBILDUNG 3: ABSOLUTE HÄUFIGKEITSENTWICKLUNG DER KZP-EINZÜGE ÜBER DIE PROJEKTLAUFZEIT

Der prozentuale Anteil von KZP-Gästen in der Nachsorge bewegte sich zwischen 51,7 % im 3. Quartal 2014 und 79,4 % im 1. Quartal 2014. Im Schnitt waren es 64,3 % der KZP-Gäste (+/- 10,8; 52-79), die einen besonderen Nachsorgebedarf aufwiesen.

Der dargestellte Zeitraum ist in etwa kongruent mit dem Beratungszeitraum. Nach Angaben der Projektkoordinatorin hat diese insgesamt etwas über 200 KZP-Gäste beraten, mit wenigen Ausnahmen kamen diese alle aus dem KH. Es lässt sich somit ein ungefährender Anteil von einem Drittel der KZP-Gäste nach KH-Aufenthalt ausmachen, bei denen die Projektkoordinatorin in irgendeiner Weise tätig war.

Von diesen wurden 170 in die Datenerhebung einbezogen. Für die Differenz zwischen dieser Gruppe und der Gruppe der insgesamt beratenen KZP-Gäste lassen sich mehrere mögliche Gründe finden: Zum einen hat die Projektkoordinatorin nach Abschluss der Datenerhebung noch ein volles Quartal weitere KZP-Gäste beraten, zum anderen sind zu Beginn der Datenerhebung KZP-Gäste (wie oben erläutert) nicht einbezogen worden, da sie den damaligen Einschlusskriterien nicht entsprachen.

## 2 VERLAUFSUNTERSUCHUNG

Hier wird der Untersuchungsteil dargestellt, in dessen Fokus die individuellen Verläufe der Teilnehmer der Intervention standen. Zielgruppe der Intervention waren Gäste der KZP, die aus dem KH in die Einrichtung gekommen waren und bei denen ein Anpassungsbedarf des Hilfesystems abgeklärt und ggf. Veränderungen eingeleitet werden mussten (vgl. Projektantrag). Im Laufe des Projekts wurde deutlich, dass auch einzelne Personen, die nicht aus dem KH gekommen waren, einen veränderten Hilfebedarf und damit einen Beratungsbedarf im Sinne der Projektintervention aufwiesen. Diese Personen wurden zusätzlich in die Studie mit aufgenommen.

Im Folgenden wird die Erhebungsmethodik dieses Untersuchungsteils erläutert, die Ergebnisse dargestellt und vor dem Hintergrund vergleichbarer Studien diskutiert.

### 2.1 ERHEBUNGSMETHODIK

Die Einzelverläufe der ausgewählten KZP-Gäste wurden von der Projektkoordinatorin im Rahmen ihrer Beratungsarbeit anhand von Fragebögen dokumentiert. Einzelne Daten wurden retrospektiv nacherhoben.

Die Erhebung umfasst Informationen zum KZP-Gast und dessen Versorgung vor dem Klinikaufenthalt, den Grund für den Klinikaufenthalt, Angaben zur Situation des Gastes während der KZP, der Intervention durch die Projektkoordinatorin und die Situation nach einigen Wochen zu Hause. Im Folgenden sind die Erhebungsvariablen und deren Ausprägungen [in eckigen Klammern] kurz beschrieben.<sup>3</sup>

#### **Sozio-demografische Variablen zum KZP-Gast:**

- Wohnort des Gastes [offen]
- Einzugsgebiet des zuständigen PSP [Heidelberg / Rhein-Neckar-Kreis / sonstiges]
- Geschlecht [männlich / weiblich]
- Alter [Geburtsjahrgang und Altersgruppen: < 65 / 65-74 / 75-84 / 85-94 / ≥ 95 Jahre]
- Familienstand [verheiratet / verwitwet / geschieden oder getrennt lebend / ledig]
- Kinder [ja / nein / nicht bekannt]

#### **Angaben zur Situation vor dem Klinikaufenthalt:**

- Lebenssituation [seit langem alleine / seit kurzem (< 1 Jahr) allein lebend / bei rüstigem Angehörigen oder Partner / mit hilfebedürftigem Partner / sonstiges]

---

<sup>3</sup> Die **Informationen zur Beratungsintervention durch die Projektkoordinatorin** sind in dem Kapitel „Tätigkeiten der Projektkoordinatorin“ dargestellt.

- Informelle Unterstützungsressourcen [durch Angehörige / Nachbarn / Bekannte / sonstige / keine soziale Unterstützung; Mehrfachnennungen möglich]
- Pflegestufe [keine / 0 / I / II / III]

### **Informationen zum Grund des Klinikaufenthaltes**

- Einweisungsdiagnosen [offen, Kategorisierung]

### **Angaben zum KZP-Aufenthalt**

- Direkter Herkunftsort [KH / Rehabilitationseinrichtung / sonstiges]
- Aufenthaltsdauer in der KZP [in Tagen]
- Pflegestufe [0 / I / II / III / keine]
- laufender Antrag auf Ein- oder Höherstufung bzw. Widerspruch [ja, im Vorfeld der KZP / ja, während KZP-Aufenthalt / nein, keine Anpassung der Pflegestufe]
- Psychiatrische Auffälligkeiten [offene Erhebung von „Einschränkungen und Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich, die zu Schwierigkeiten des KZP-Gastes in der Alltagsbewältigung oder zu Schwierigkeiten im Umgang mit ihm führten“, dann Kategorisierung]
- Entlassungsort [eigene Wohnung oder Haus / in Wohnung oder Haus von Angehörigen / Betreutes Wohnen / Rehabilitation / Pflegeheim / sonstiges]

### **Einschätzung der Situation nach der KZP**

Infolge ihrer Kontaktaufnahme nach Beendigung des KZP-Aufenthalts (siehe Kapitel 4) konnte die Projektkoordinatorin bei einem Großteil der Teilnehmer Angaben zu ihrem aktuellen Aufenthaltsort und ggf. dem Weg dorthin machen. Außerdem erhielt sie Einsicht in die aktuelle Lebenssituation. Auf dieser Basis wurde sie gebeten, eine Einschätzung über mögliche Einschränkungen in der Lebenssituation vorzunehmen.

- Verlauf [offene Erhebung, dann Clustern in typische Verlaufswege; Kriterien der Verlaufstypen s.u.]
- Einschätzung der Lebenssituation zu Hause [Mehrfachnennungen möglich; Einschränkungen der Wohnsituation hinsichtlich der Versorgungssituation / Sicherheit / sozialer Kontakte / Zufriedenheit des KZP-Gastes mit der Wohnsituation / keine Einschränkungen]

Die Auswertung der Verlaufsdaten erfolgte mit Hilfe des Datenverarbeitungsprogrammes SPSS (Version 20). Die Auswertung bezieht sich damit auf eine Grundgesamtheit von 170 Personen; wenn fehlende Werte die Stichprobe dezimieren, wird dies im Folgenden explizit dargestellt. Prozentuale Zahlen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit gerundet dargestellt.

Bei der Kategorisierung der offenen Variablen wurde auf das qualitative Datenverarbeitungsprogramm MAXQDA (Version 11) zurückgegriffen.

## 2.2 ERGEBNISSE DER VERLAUFSUNTERSUCHUNG

### Sozio-demografische Angaben zu den KZP-Gästen

Die teilnehmenden Gäste stammen zum Großteil (105; 62,9 %) aus dem Einzugsgebiet Heidelberg, knapp ein Drittel (53; 31,7 %) wohnt im Rhein-Neckar-Kreis. Der Herkunftsort von neun Personen (5,4 %) liegt außerhalb der beiden Einzugsgebiete. Bei drei Personen lagen keine Information dazu vor.

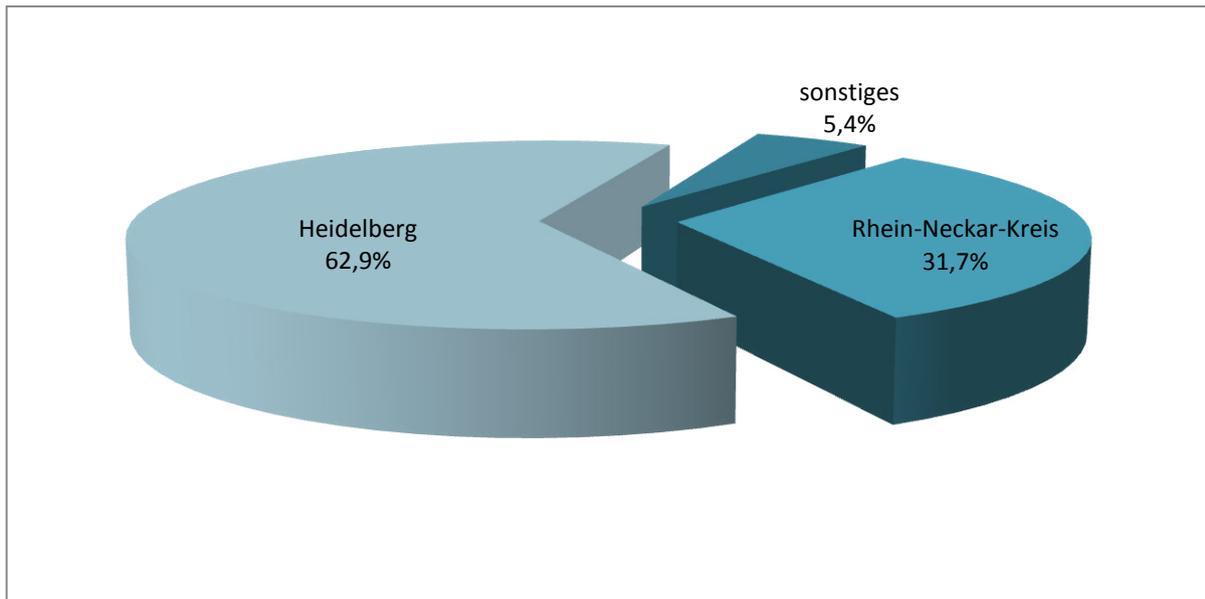


ABBILDUNG 4: WOHNORTE DER KZP-GÄSTE (RELATIVE HÄUFIGKEITEN IN PROZENT; N = 167)

Mit fast genau zwei Dritteln (112; 65,9 %) ist der überwiegende Anteil der KZP-Gäste weiblich, 58 Gäste (34,1 %) sind männlichen Geschlechts. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen entspricht ziemlich genau der allgemeinen Geschlechterverteilung bei Menschen mit Pflegebedarf und ist daher als unauffällig zu werten (vgl. Rothgang et al., 2012, S. 197).

Von erstaunlicher Breite ist die Altersverteilung, die sich von 35 bis 101 Jahren erstreckt. Im Mittel sind die Gäste knapp 79 Jahre alt (78,95), die Standardabweichung liegt bei 11,57 Jahren.

Eine Darstellung nach Altersgruppen zeigt, dass 23 Personen (13,5 %) der Stichprobe unter 65 Jahre alt sind, 25 Personen (14,7 %) zwischen 65 und 74 Jahren, 59 Personen (34,7 %) 75-84 Jahre, 58 Gäste (34,1 %) gehören zur Altersgruppe 85-94 Jahre und fünf Gäste (2,9 %) sind 95 Jahre oder älter. Insgesamt 63 Personen (37 %) besetzen demnach die Gruppe der Hochaltrigen (85+).

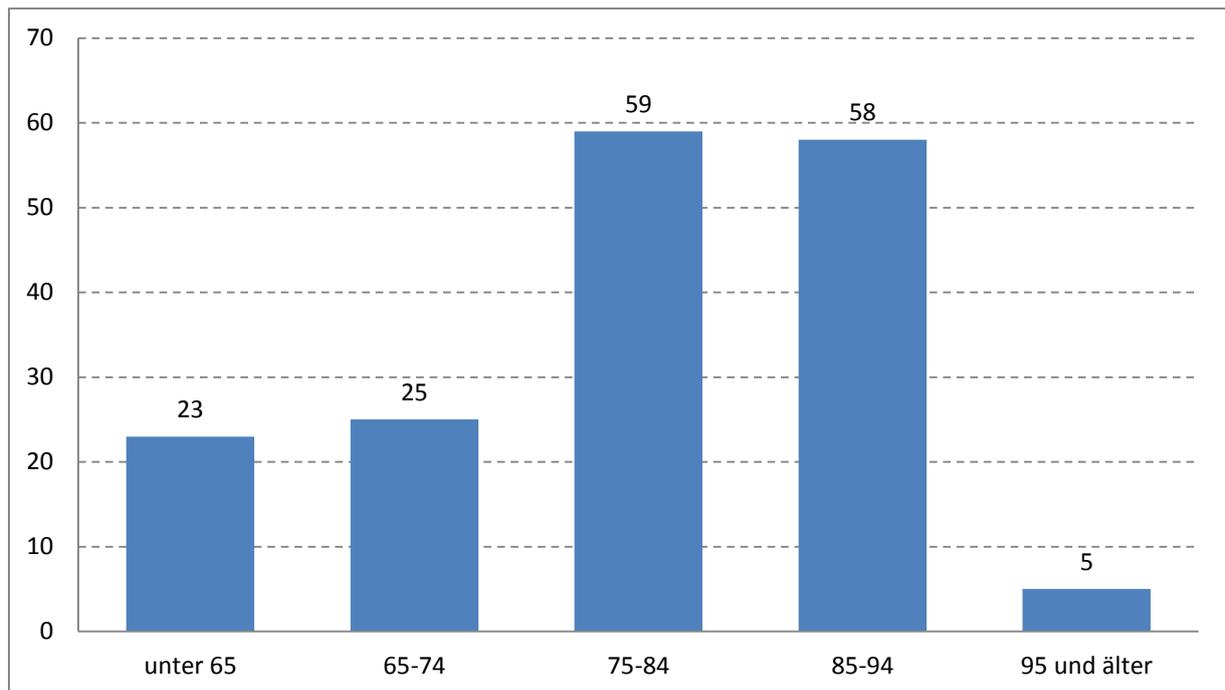


ABBILDUNG 5: ALTER DER KZP-GÄSTE IN JAHREN (ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN NACH ALTERSGRUPPEN)

Verglichen mit dem Anteil pflegebedürftiger Personen insgesamt zeigt sich eine deutlich überproportionale Besetzung der Altersgruppe unter 65 Jahren: Während der relative Anteil Deutschlandweit unter einem Prozent liegt (Statistisches Bundesamt, 2013)<sup>4</sup>, sind es in der vorliegenden Stichprobe 13,5 %.

Die familiäre Situation der KZP-Gäste unserer Studie stellt sich folgendermaßen dar: Der Großteil der Gäste ist verwitwet (75; 44,9 %), jeweils ein knappes Viertel ledig (41; 24,6 %) oder verheiratet (39; 23,4 %)<sup>5</sup>. Zwölf Personen (7,2 %) sind geschieden oder leben getrennt von ihrem Partner. Von drei Personen liegen diesbezüglich keine Angaben vor.

Eigene Kinder hat der Großteil der Gäste (105; 63,3 %), ein gutes Drittel (61; 36,7 %) hat jedoch keine Kinder. Von vier Personen gibt es keine Informationen darüber. Die Zahlen lassen allerdings keine Aussage darüber zu, ob und inwieweit Kontakte zu diesen Kindern bestehen.

### Situation vor dem Klinikaufenthalt

Die Wohnsituation, aus der die KZP-Gäste in die Klinik und dann die KZP kamen, war überwiegend die private häusliche. So lebten 147 Gäste unserer Stichprobe (86,5 %) vor dem Klinikaufenthalt in der eigenen Wohnung oder einem eigenen Haus. Neun Personen (5,3 %) lebten vor dem KZP-Aufenthalt bei oder im Haus von Angehörigen, je vier Gäste (2,4 %) in

<sup>4</sup> Download im Internet unter [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Bilder/Informieren/ZahlenFakten/Pflegequote\\_Alter\\_Geschlecht\\_2011.png%3F\\_\\_blob%3Dnormal%26v%3D7](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Bilder/Informieren/ZahlenFakten/Pflegequote_Alter_Geschlecht_2011.png%3F__blob%3Dnormal%26v%3D7). Zugriff am 29.4.2015

<sup>5</sup> Zum Vergleich: die Quote der verheirateten KZP-Gäste lag in der Untersuchung von Rothgang et al. (2012) bei 40 %.

einer Einrichtung des betreuten Wohnens oder in einer Wohngruppe für psychisch Erkrankte. Eine (0,6 %) Person lebte bereits seit längerem in der DP, wurde jedoch in das Projekt involviert, weil seitens der Ehefrau Bemühungen bestanden, ihren Ehemann wieder nach Hause zu nehmen. Die Projektkoordinatorin sollte in diesem Fall die Ressourcen dort einschätzen und über mögliche Hilfen beraten.

Fünf Personen (2,9 %) hatten vor dem Klinik- bzw. KZP-Aufenthalt keinen festen Wohnsitz, sondern waren obdachlos.

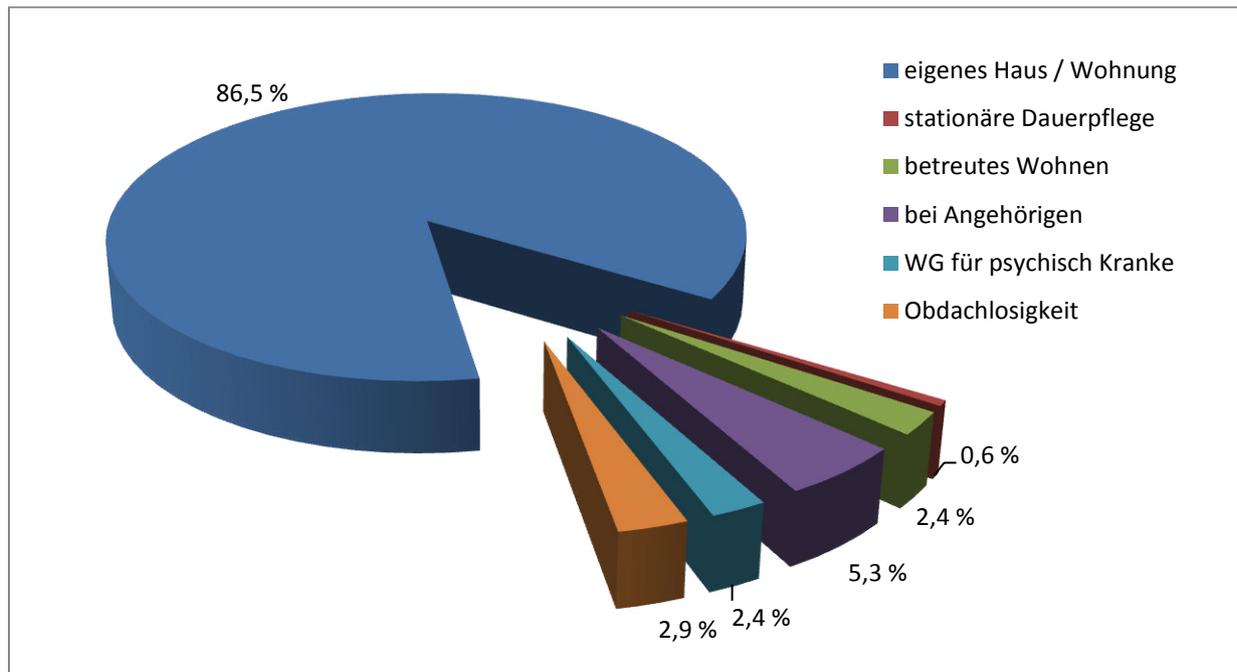


ABBILDUNG 6: WOHN-SITUATION DER GÄSTE VOR DEM KH-AUFENTHALT (HÄUFIGKEITEN IN PROZENT)

Die soziale Situation zu Hause stellte sich wie folgt dar: 98 Personen (57,6 %) lebten schon lange alleine, 58 Personen (34,1 %) <sup>6</sup> lebten mit einem rüstigen Partner oder Angehörigen zusammen – teilweise auch in der eigenen Wohnung im Haus von Angehörigen, vier Personen (2,4 %) mit einem hilfebedürftigen Partner. Zehn Personen (5,9 %) waren in keine der genannten Kategorien einzuordnen, denn sie waren ohne festen Wohnsitz (n= 4), lebten in einer Notunterkunft (n= 2) oder einer Wohngruppe für psychisch kranke Menschen (n = 2) oder der stationären DP (n=1).

<sup>6</sup> Die Quote der Alleinlebenden entspricht fast genau derjenigen der Untersuchung von Rothgang et al. (35 %, 2012, S. 196).

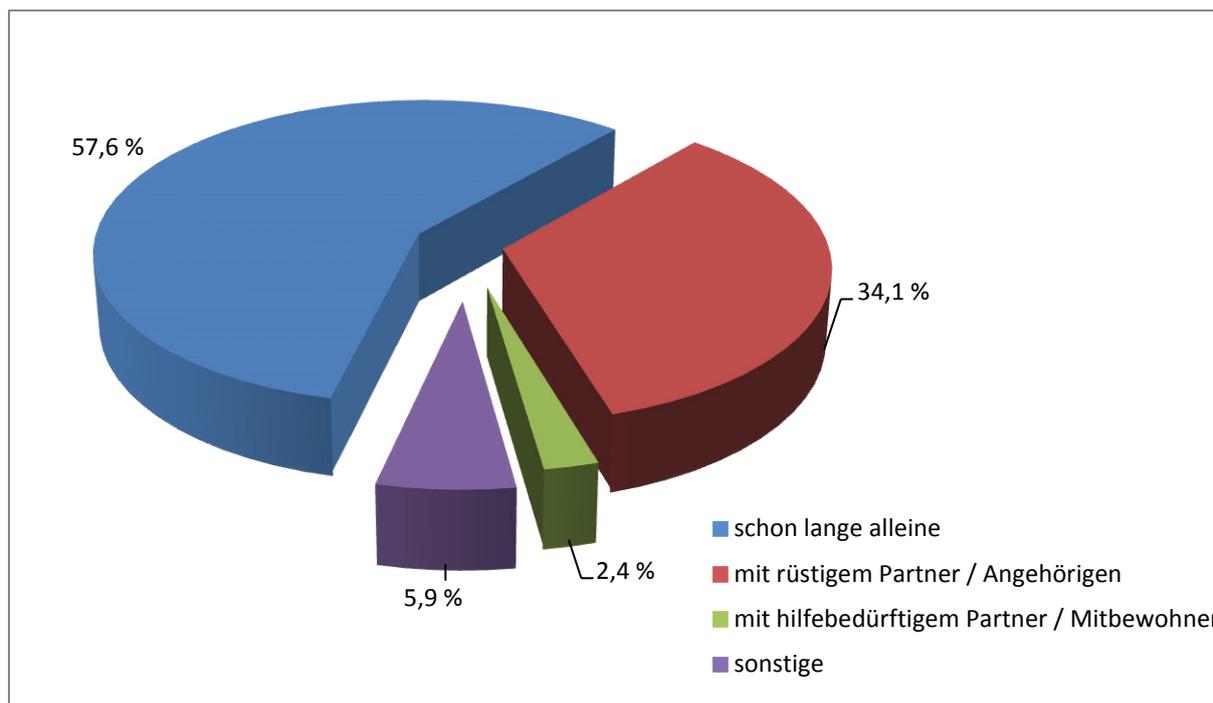


ABBILDUNG 7: SOZIALE SITUATION DER GÄSTE VOR DEM KH-AUFENTHALT HÄUFIGKEITEN IN PROZENT)

Neben der Unterstützung durch Angehörige wurde von der Projektkoordinatorin eingeschätzt, in wieweit die KZP-Gäste auf die informelle Unterstützung von Angehörigen, Nachbarn, Bekannte oder sonstigen Personen zuverlässig zugreifen könnten. Als informelle Unterstützung wurden unbezahlte und in der Regel nicht organisierte Dienste definiert.

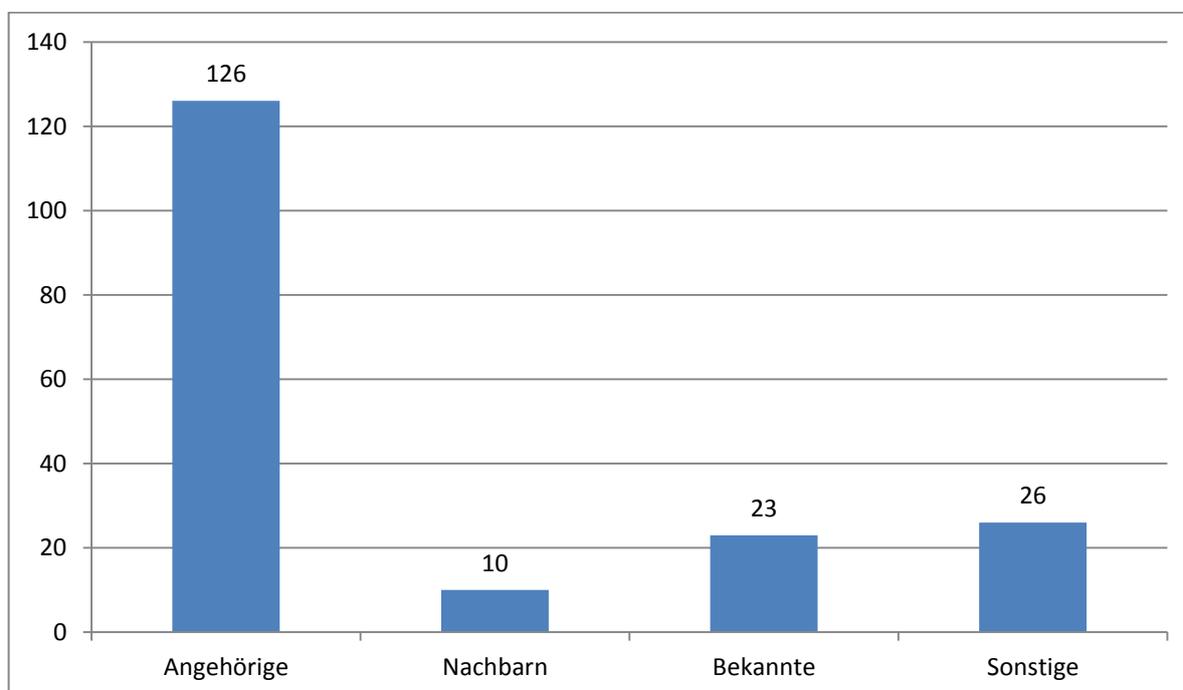


ABBILDUNG 8: INFORMELLE UNTERSTÜTZUNG (HÄUFIGKEITEN; MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)

Wie in der Abbildung ersichtlich können fast drei Viertel (126; 74,1 %) der KZP-Gäste in irgendeiner Form auf die Unterstützung von Familienangehörigen zurückgreifen. Zehn Perso-

nen (5,9 %) äußerten, sich auf die Hilfe von Nachbarn verlassen zu können und 23 (13,5 %) auf Bekannte, sollten sie Hilfe benötigen. 26 Personen (15,3 %) werden durch sonstige Personen unterstützt, darunter Sozialstation /ambulante Pflegedienste (acht Nennungen)<sup>7</sup>, gesetzliche Betreuer (fünf Nennungen – ein Mal davon die des Sohnes), Nachbarschaftshilfe (vier Nennungen), Putzfrau (2x), Wohngruppe für psychiatrisch Erkrankte (2x), Betreuungsdienst im betreuten Wohnen (2x) und Seniorenzentrum, Arbeitgeber, Hauswirtschaftsdienst, Katholischer Verein für soziale Dienste und 24h-Kraft (je eine Nennung).

Insgesamt gibt es zehn Personen (5,9 % der Stichprobe), die auf keinerlei informelle soziale Unterstützung zurückgreifen können. 135 (79,4 %) Gäste haben mindestens eine Unterstützungsform und 25 Personen (14,7 %) können auf mindestens zwei unterschiedliche Unterstützungsarten zurückgreifen.

In wieweit können die KZP-Gäste bereits auf Leistungen der Pflegeversicherung zurückgreifen? Die Auswertung der Pflegestufe vor dem Klinikaufenthalt gibt Aufschluss darüber. Von allen 170 KZP-Gästen liegen Angaben über deren aktueller Pflegestufe nach SGB XI bei Aufnahme vor.

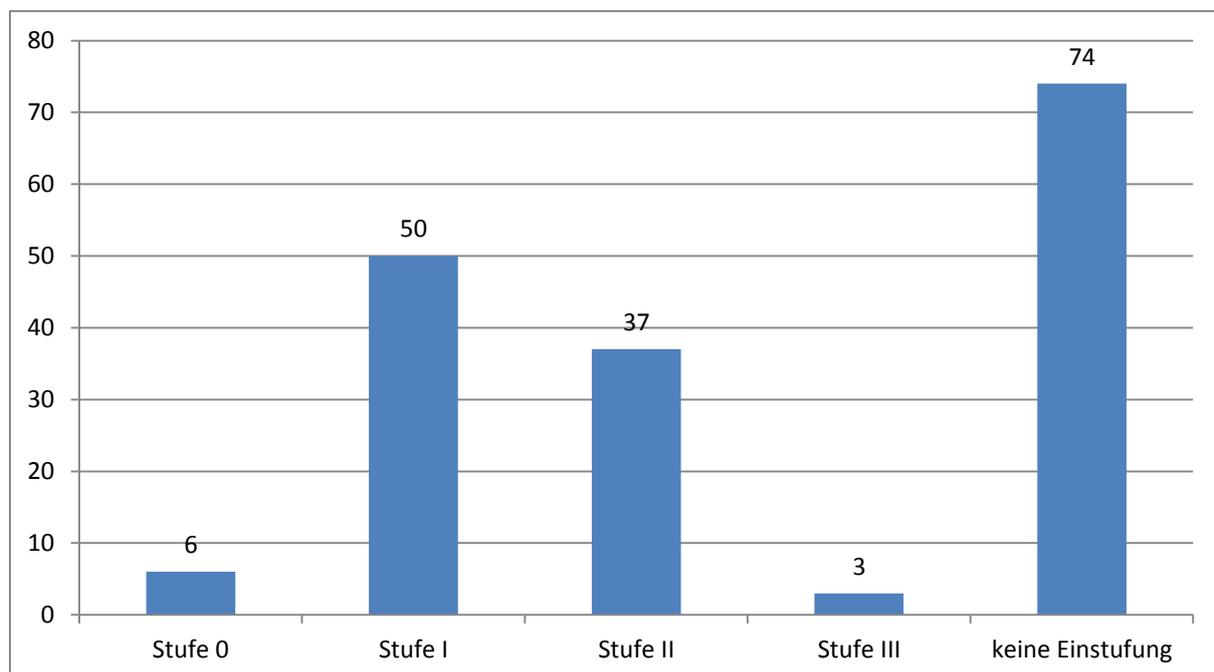


ABBILDUNG 9: PFLEGESTUFEN NACH SGB XI ZU BEGINN DER KZP (HÄUFIGKEITEN)

Demnach sind 43,5 % der Gäste (74) zu Beginn der KZP keiner Stufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz zugeordnet; 56,5 % beziehen Leistungen nach dem SGB XI: Ein knappes Drittel (50; 29,4 %) ist der ersten Stufe zugeordnet, 21,8 % der Pflegestufe II (n=37) und drei Per-

<sup>7</sup> Die Tatsache, dass mitunter auch Professionelle als informelle Unterstützungspersonen genannt werden, lässt vermuten, dass die hier aufgeführten Dienstleister sich über das bezahlte Maß hinaus engagieren.

sonen (1,8 %) erhalten Pflegeleistungen für die Pflegestufe III. Insgesamt sechs Personen (3,5 %) sind in die Pflegestufe 0 eingeteilt und haben damit immerhin noch einen „erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf“.

An welcher Stelle findet eine Anpassung der Pflegestufe, also ein Antrag auf Höherstufung bzw. Widerspruch gegen die Ablehnung einer Pflegestufe statt, wenn dies notwendig ist? Bei 81 Personen (47,6 %) lag kein Antrag auf Anpassung vor. Bei 78 Gästen (45,9 %) war das Verfahren bereits im KH durch den dortigen Sozialdienst eingeleitet worden, elf Mal (in 6,5 % der Fälle) wurde das Verfahren zur Anpassung einer Pflegestufe in der KZP durch die Projektkoordinatorin initiiert.

Die insgesamt 89 Verfahren waren vorwiegend (64x) Ersteinstufungen, die überwiegend in den Kliniken eingeleitet worden waren. Höherstufungen betrafen überwiegend Personen mit Pflegestufe I (17x), fünf Mal die Pflegestufe II und drei Mal wurde eine Höherstufung bei aktueller Stufe „0“ beantragt. Lediglich 10 KZP-Gäste haben weder eine Pflegestufe noch einen laufenden Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Der Herkunftsort der KZP-Gäste ist erwartungsgemäß vorwiegend das Akutkrankenhaus (142; 83,5 %) oder einer Rehabilitationseinrichtung (14; 8,2 %). 13 Personen kamen aus dem häuslichen Umfeld in die KZP (13; 7,6 %) und eine Person (0,6 %) wurde als Bewohner der DP in die Stichprobe aufgenommen.

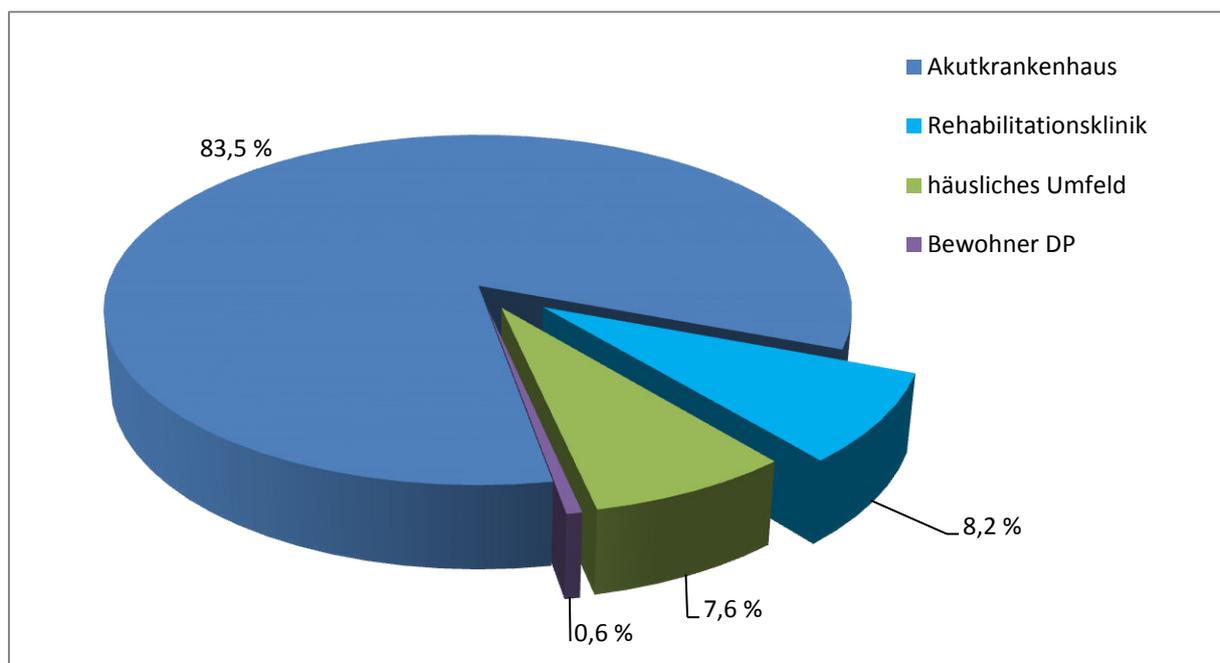


ABBILDUNG 10: DIREKTE HERKUNFTSORTE DER KZP-GÄSTE (RELATIVE HÄUFIGKEITEN IN PROZENT)

## Informationen zum Klinikaufenthalt

Die Einweisungsdiagnose für den KH-Aufenthalt (Akuthaus bzw. Rehabilitationsklinik) wurde so weit wie möglich aus den Pflege- und Überleitungsunterlagen recherchiert und kategorisiert. Angaben liegen für 155 Personen vor.

Unter den Gründen für die KH-Einweisung wurden acht Hauptgruppen identifiziert:<sup>8</sup>

1. Sturz mit Fraktur
2. Sturz ohne Fraktur
3. Koronare Herzerkrankung
4. Internistisches Problem
5. Krebserkrankung
6. Apoplex
7. Zustand nach medizinischem Eingriff (z.B. Amputation, Prothesenanpassung, Operation)
8. Sonstiger Einweisungsgrund (zumeist komplexe Konstellationen aus somatischen und sozialen Problemstellungen und extreme Schwächezustände)<sup>9</sup>

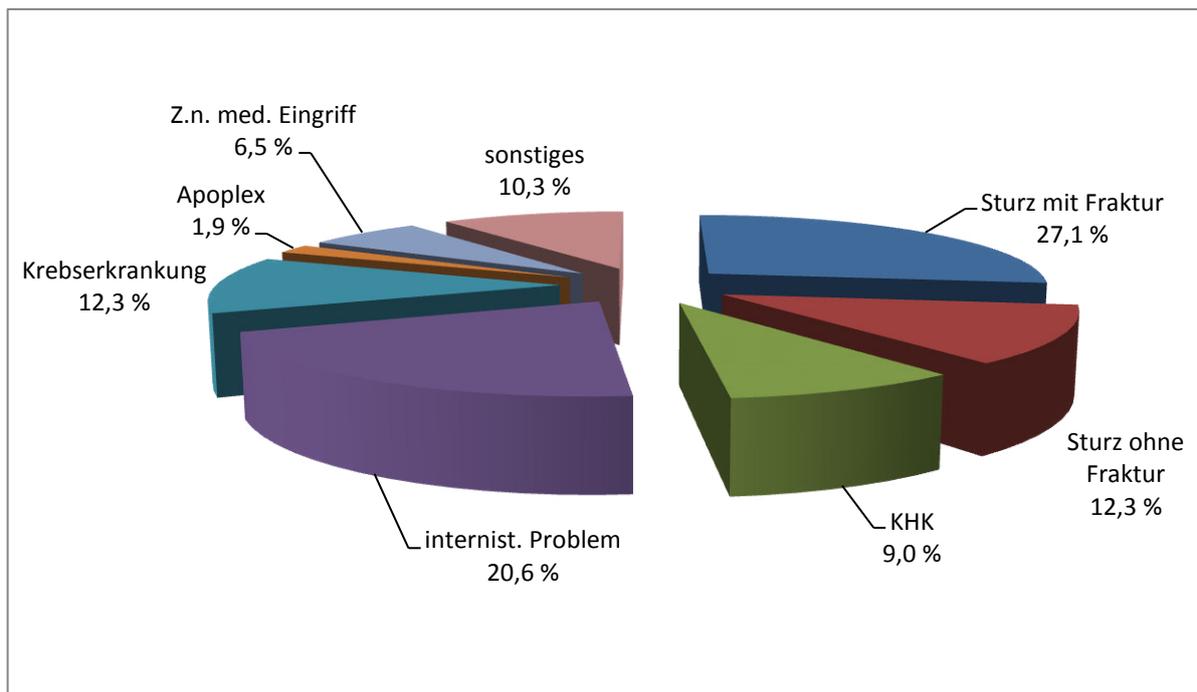


ABBILDUNG 11: EINWEISUNGSDIAGNOSEN (RELATIVE HÄUFIGKEITEN IN PROZENTKATEGORISIERT; N = 155)

<sup>8</sup> Bei Multimorbidität wurde jeweils die von der Projektkoordinatorin als vordringendste Diagnose gerated(?).

<sup>9</sup> Fallbeschreibungen waren z.B.

- Exsikkose bei Dysphagie, Demenz, häusliche Versorgung nicht möglich, da Ehemann ebenfalls erkrankt
- Entgleisung Alkoholproblem, drohende Verwahrlosung, unbefriedigende Wohnsituation
- Epileptischer Anfall, parallel pflegende Ehefrau selbst im Krankenhaus wg. Brustkrebsdiagnose
- Mobilitätseinschränkung, offene Beine, Wassereinlagerungen, Wundversorgung zu Hause nicht gewährleistet, soziale Indikation

Der am häufigsten genannte Grund für den KH-Aufenthalt war die Behandlung einer sturzbedingten Fraktur (42; 27,1 %), gefolgt von internistischen Problemstellungen (32; 20,6 %) und jeweils 19 Mal genannt (12,3 %) die Behandlung von Sturzfolgen ohne Frakturen sowie die Behandlung einer malignen Erkrankung in der Klinik. 16 Personen (10,3 %) konnten keiner der spezifischen Gruppen zugeordnet werden und wurden der Rubrik „sonstiges“ zugeteilt. 14 Personen (9 %) waren aufgrund einer koronaren Herzerkrankung in der Klinik, in zehn Fällen (6,5 %) war zuvor ein medizinischer Eingriff – meist eine Operation oder Amputation vorgenommen worden und drei Personen (2 %) waren aufgrund eines Schlaganfalls in der Klinik.

### **Psychischer Status der KZP-Gäste und Einschränkungen in der Kommunikation**

Die retrospektive Erfassung psychiatrischer Symptome umfasste offensichtliche Zeichen einer psychischen Erkrankung und das Vorliegen besonderer Verhaltensauffälligkeiten<sup>10</sup>.

Demnach litten 77 Personen (46,1 %) unter einer psychiatrischen Symptomatik (Depressivität, Demenzsymptomatik, Wahnsymptome).

Weitere 21 Personen (12,6 %) zeigten Verhaltensweisen wie ausgeprägte Rigidität, Verwahrlosungstendenzen, extremen sozialen Rückzug oder ein sehr forderndes Verhalten. Solche Verhaltensweisen wurden mit in die Erhebung aufgenommen, weil sich hier die Beratung in der Regel als besonders herausfordernd erwies.

Weniger als die Hälfte der KZP-Gäste (69; 41,3 %) zeigten diesbezüglich keine besonderen Auffälligkeiten.

---

<sup>10</sup> Diese Verhaltensauffälligkeiten hatten zum Teil einen erheblichen Einfluss auf die Beratungsarbeit, wie auch in dem Kapitel zur Tätigkeit der Projektkoordinatorin dargestellt ist.

Die offenen Angaben zu kognitiven Einschränkungen wurden nachträglich kategorisiert und verteilen sich wie folgt:

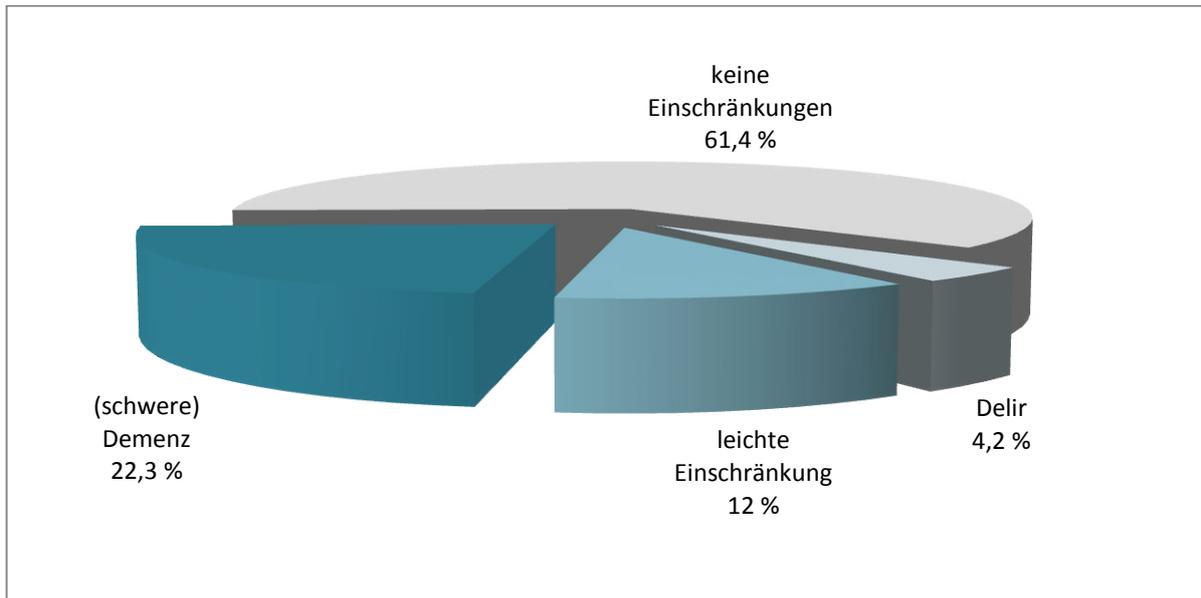


ABBILDUNG 12: KOGNITIVE EINSCHRÄNKUNGEN DER KZP-GÄSTE (HÄUFIGKEITEN IN PROZENT; N = 166)

Demnach weist der Großteil (102; 61,4 %) der KZP-Gäste keine kognitiven Einschränkungen auf. Sieben Personen (4,2 %) zeigten zu Beginn des Aufenthaltes Zeichen von Verwirrtheit, die sich dann aber als reversibel darstellten. 20 Personen (12 %) zeigten leichtere Anzeichen einer (beginnenden) Demenz und 37 Personen (22,3 %) ließen deutliche bis schwere Demenzsymptome erkennen.

Anzeichen einer depressiven Verstimmung zeigten sich bei 13 von 167 Personen (7,8 %) und eine wahnhafte Symptomatik wiesen fünf Personen (3 %) auf. Teilweise hatte eine Person auch Zeichen unterschiedlicher Erkrankungssymptomatiken.

Bei sieben Personen (von 167, 4,2%) lagen (ohne Einschränkungen der Kognition) Einschränkungen der Kommunikation vor, z.B. aufgrund fehlender Deutschkenntnisse, Aphasien oder extremer Schwerhörigkeit.

### **Aufenthaltsdauer in der KZP**

Die Angabe über die Dauer des KZP-Aufenthaltes lag bei 169 Personen vor. Im Mittel lebten die Gäste 36,7 Tage (+/- 25,5 Tage), also gut fünf Wochen in der Einrichtung. Die Aufenthaltsdauer der Gäste in der KZP variierte zwischen zwei und 168 Tagen beträchtlich, wie folgende Abbildung zeigt.

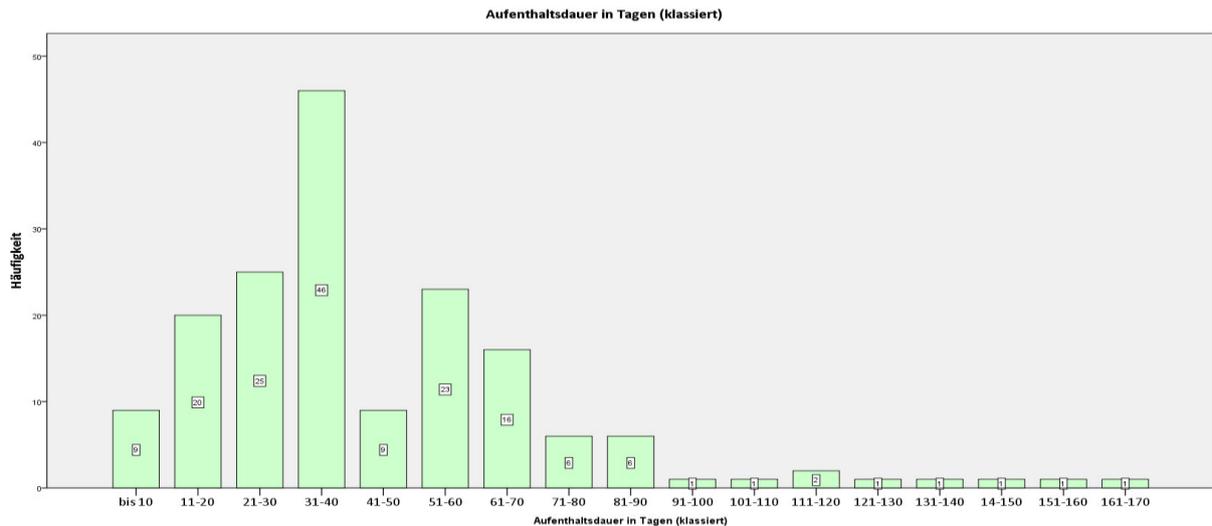


ABBILDUNG 13: AUFENTHALTSDAUER IN DER KZP IN TAGEN (HÄUFIGKEITEN GRUPPIERT, N= 169)

In einem zweiten Schritt wurden drei Gruppen gebildet, die sich an der Finanzierungsgrundlage der KZP im SGB XI orientierte: Die erste Gruppe umfasste diejenigen, die max. 28 Tage in der KZP blieben, die zweite diejenigen, die 29-56 Tage blieben (Verlängerung durch Verhinderungspflege) und die dritte Gruppe bestand aus Gästen, die mehr als 56 Tage in der KZP waren (über den in der Pflegeversicherung abgedeckten Finanzierungsrahmen hinaus).

Demnach begrenzte sich die Aufenthaltsdauer von 99 Personen (58,6 %) auf die im Rahmen der Pflegeversicherung festgelegte maximale Finanzierungsdauer bis 28 Tage, der Aufenthalt von 49 Personen (29 %) in der zweiten Gruppe könnten theoretisch durch Verhinderungspflege finanziert worden sein, und 21 Personen (12,4 %) blieben über 56 Tage in der Einrichtung, also weit über die theoretisch möglichen Finanzierungsgrenzen der Pflegeversicherung hinweg.

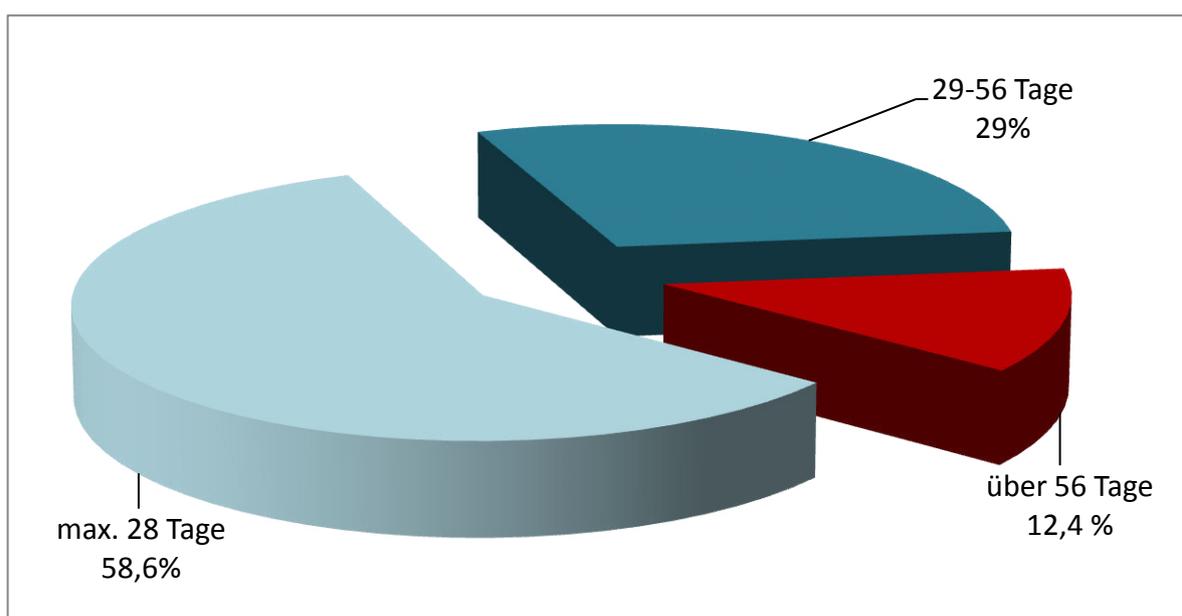


ABBILDUNG 14: BESETZUNG DER GRUPPEN NACH AUFENTHALTSDAUER (HÄUFIGKEITEN IN PROZENT; N = 169)

Die drei Gruppen unterscheiden sich dahingehend, dass unter den am längsten in der KZP Verweilenden (Gruppe C) der Altersdurchschnitt mit 71,36 Jahren (+/- 10,581) signifikant niedriger ist als in den Gruppen A (79,94 +/- 11,628) und B (80,34 +/- 10,779) ( $F = 5,756$ ;  $p = 0,004$ ).

Um herauszufinden, mit welchen Variablen diese Dauer nach SGB XI-Grenzen zusammenhängt, wurde eine Korrelationsanalyse nach Pearsons gerechnet.

Demnach ist das Geschlecht des KZP-Gastes, die Tatsache, ob eine (rüstige) Unterstützungsperson zu Hause wohnt, die Anzahl informeller sozialer Unterstützungsformen, der KH-Grund, die bestehende Pflegestufe, kognitive Einschränkungen sowie die rückblickende Beratung der Projektkoordinatorin hinsichtlich der Compliance unabhängig von dieser Gruppeneinteilung zu betrachten – diese Faktoren haben also auch keinen Einfluss auf die Dauer des KZP-Aufenthaltes.

Demgegenüber zeigen sich drei Variablen als signifikant mit der Aufenthaltsdauer zusammenhängend: Personen mit besonders langer Aufenthaltsdauer sind tendenziell jünger ( $r = -0,19^*$ ), sind besonders häufig ledig ( $r = 0,26^{**}$ ) und haben seltener Kinder ( $r = -0,21^{**}$ ).<sup>11</sup>

### Die Situation nach der Entlassung aus der KZP

Die Häufigkeit der Entlassungsorte ist in folgender Darstellung abgebildet.

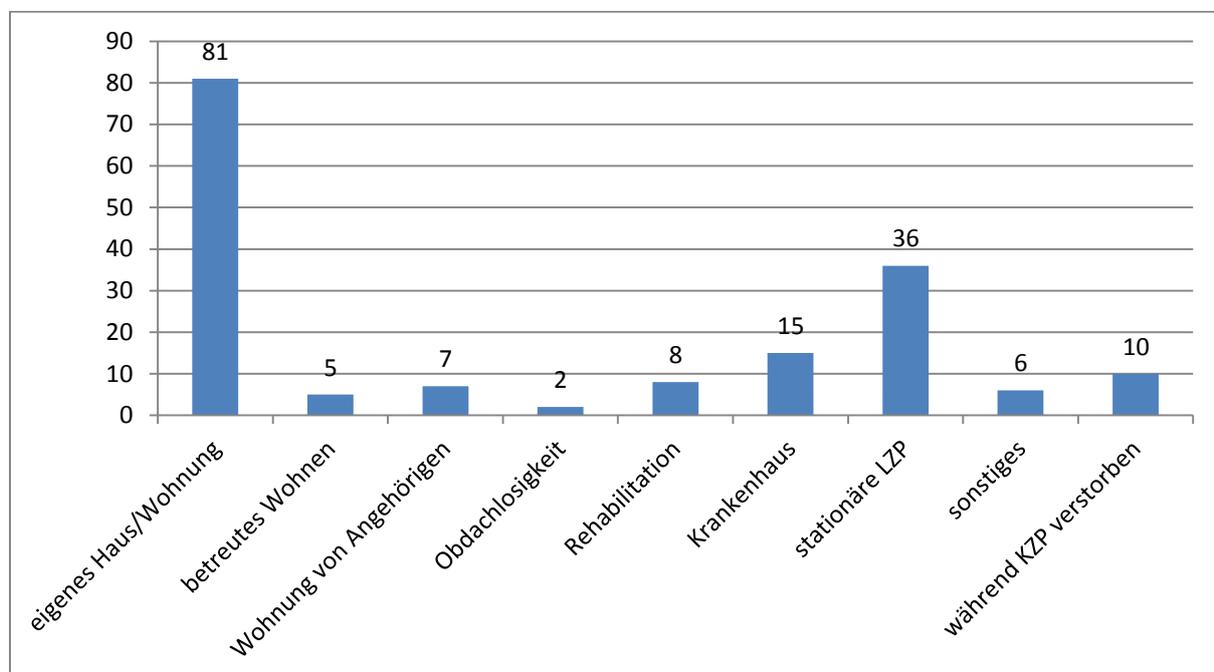


ABBILDUNG 15: ENTLASSUNGSRORTE DER KZP-GÄSTE (ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN)

<sup>11</sup> Eine multivariate Analyse könnte weitere Hinweise auf diese Zusammenhänge, Regressionsanalysen auf die Wirkungen der Zusammenhänge geben, sind aber im Kostenrahmen der wissenschaftlichen Evaluation nicht durchführbar.

Demnach erfolgten die meisten Entlassungen (81; 47,6 %) zurück in die eigene Wohnung bzw. ins eigene Haus – teilweise zogen Angehörige übergangsweise mit ein. Weitere sieben Personen (4,1 %) zogen in die Wohnung bzw. das Haus eines Angehörigen und fünf Personen in betreutes Wohnen (2,9 %). Insgesamt konnten demnach über die Hälfte der Gäste in eine Privatwohnung entlassen werden.

Sechs Gäste (3,5 %) konnten z.B. in Notunterkünften oder Wohngruppen für psychisch Kranke untergebracht ziehen. Zwei Personen verließen das Pflegeheim selbstständig, ohne einen festen Wohnsitz zu haben, in die Obdachlosigkeit.

Acht Personen (4,7 %) konnten nach dem KZP-Aufenthalt eine stationäre Rehabilitation antreten. 15 Gäste (8,8 %) mussten während des KZP-Aufenthaltes in ein KH eingewiesen werden, zehn (5,9 %) verstarben während des Aufenthaltes in der KZP.

36 Personen, also etwa jeder fünfte KZP-Gast (21,2 %), wurden in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen.

In wieweit der Entlassungsort aus der KZP dem ursprünglichen Wohnort der Gäste entsprach, konnte in 160 Fällen eingeschätzt werden. Demzufolge wurden knapp zwei Drittel (96; 60 %) der Gäste in ihre ursprüngliche Wohnsituation entlassen, bei jedem vierten KZP-Gast (64; 40 %) änderte sich die Wohnsituation nach dem KZP-Aufenthalt.

Wie stellt sich die Lebenssituation im häuslichen Umfeld nach der Entlassung im Eindruck der Projektkoordinatorin dar? Die Projektkoordinatorin nahm bei allen Personen, die in eine Privatwohnung entlassen worden waren, nach einigen Tagen telefonisch Kontakt auf und fragte, wie sich der Alltag zu Hause gestalte. Eine Einschätzung der Versorgungssituation der Gäste, die nach dem KZP-Aufenthalt in eine Privatwohnung (auch betreutes Wohnen) entlassen werden konnten, war bei 82 Personen möglich.

Die Aspekte der Versorgung, der Sicherheit, der sozialen Teilhabe, der Zufriedenheit des Gastes und der finanziellen Situation wurden einzeln abgeschätzt, so dass teilweise auch mehrere Einschränkungen pro Gast genannt wurden.

Nach Einschätzung der Projektkoordinatorin lagen bei 45 Personen (54,9 %) – also über der Hälfte - keine Einschränkungen nach der Entlassung aus der KZP vor. Umgekehrt konstatierte die Projektkoordinatorin bei 37 Personen (46,1 %) Einschränkungen in Aspekten der Versorgung, Sicherheit, Teilhabe oder Zufriedenheit – teilweise auch in mehreren Bereichen .

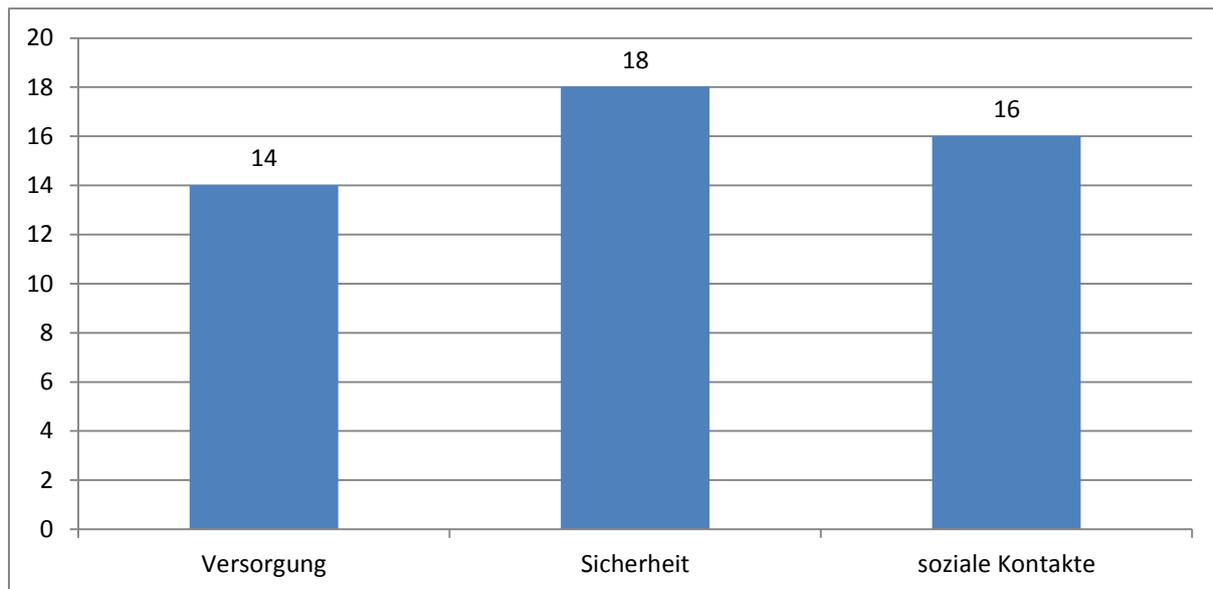


ABBILDUNG 16: EINSCHRÄNKUNGEN IN DER LEBENSITUATION NACH ENTLASSUNG (HÄUFIGKEITEN, MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH, N = 37)

Die genannten Einschränkungen beziehen sich jeweils zu etwa einem Drittel auf die Bereiche Sicherheit (18; 37,5 %), soziale Einbindung (16; 33,3 %) und die Versorgungssituation (14; 29,2 %).

Lediglich drei von 82 Personen (3,7 %) äußerten bei der Nachbefragung, mit der Situation zu Hause nicht zufrieden zu sein. Die restlichen 96,3 % der nachbefragten Gäste äußerten sich im Sinne einer Zufriedenheit in ihrer Situation zu Hause.

### Verlaufstypen

Eine Kategorisierung der Verläufe war durch eine Verknüpfung des ursprünglichen Wohnortes und des Entlassungsortes möglich. Berücksichtigt wurden auch bekannte Informationen zu weiteren Verlegungen und Umzügen der ehemaligen KZP-Gäste. Folgende Kriterien wurden dabei für die Einteilung zu Grund gelegt:

- direkte vs. indirekte Verlegung / Entlassung
- Private Wohn- bzw. ambulante Versorgungssituation vs. stationäre Versorgung
- stabile vs. instabile Versorgungssituation (instabile Wohnsituation: Umzug innerhalb weniger Tage nach Rückkehr)

Es konnten sieben unterschiedliche Cluster gefunden werden, die sich nach KH und KZP-Aufenthalt anschlossen:

[1] ambulant stabil:

Gast geht nach KZP direkt in ambulante Wohnumgebung und ist dort stabil, d.h.

- kehrt zurück in eigene alte Wohnung (oder Zimmer bei Angehörigen), ggf. mit angepasstem Unterstützungssystem (24h-Kraft, PD, Angehörige mit eingezogen) oder
- zieht in neue, barrierefreie Wohnung oder betreutes Wohnen oder
- kehrt zurück in Zimmer bei Angehörigen oder
- zieht wieder in WG für psychisch Erkrankte zurück.

[2] indirekt ambulant stabil:

Gast kehrt über Umweg (KH, Rehabilitation, Verhinderungspflege, zwischenzeitliches Wohnen bei Kindern etc.) nach Hause zurück und lebt dort (mind. mehrere Wochen lang).

[3] ambulant instabil:

Gast zieht nach der Entlassung aus der KZP direkt nach Hause, die Situation dort ist zeitnah nicht mehr tragfähig und der Gast muss in eine stationäre Einrichtung ziehen bzw. verstirbt.

[4] indirekt in DP:

KZP-Gast wird zunächst in Klinik entlassen, kommt von dort in die DP.

[5] direkt in DP oder Hospiz:

Gast kommt nach der KZP direkt in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein Hospiz.

[6] verstorben:

Gast verstirbt noch während der KZP oder diese wird abgebrochen, weil der Gast in KH verlegt wird und dort stirbt. Kein abgeschlossener Entlassungs-/ Verlegungsprozess.

[7] atypischer Verlauf:

In diesem Verlaufscluster sind besondere atypische Verläufe subsummiert – z.B. Aufnahme aus und nach KZP zurück in Obdachlosigkeit oder Notunterkunft bzw. langwierige palliative Wege mit mehreren Verlegungen (Pflegehotel, Palliativstationen, Hospiz).

Folgende Abbildung zeigt die Besetzung der unterschiedlichen Verlaufscluster in der Stichprobe:

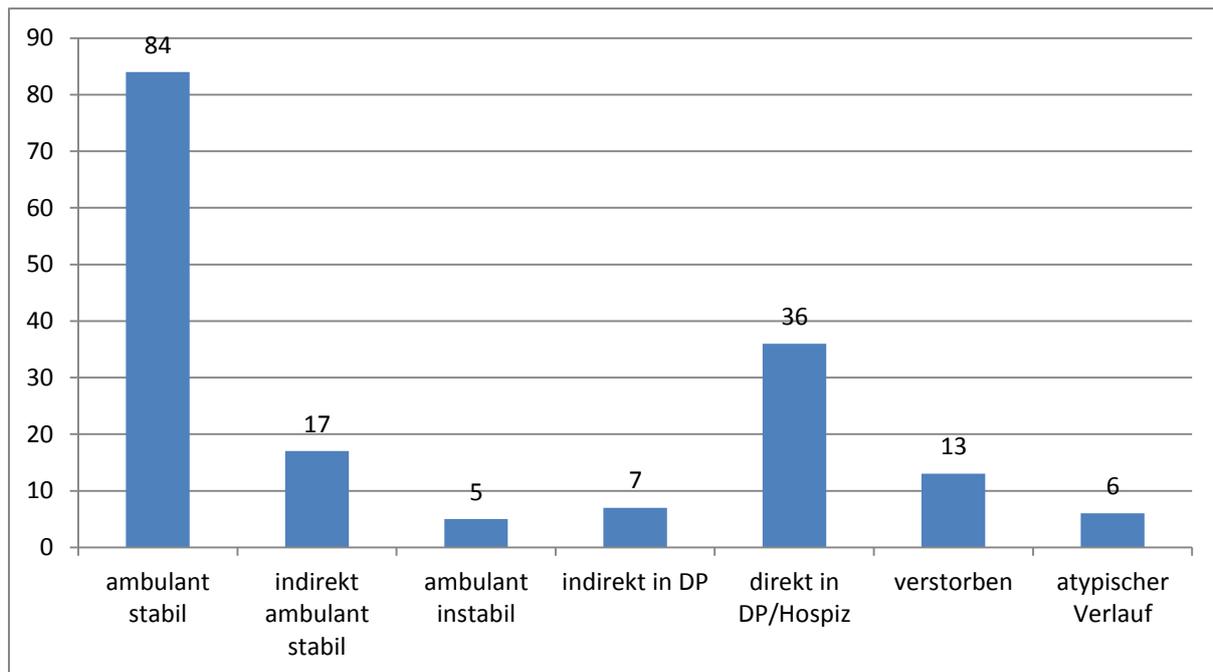


ABBILDUNG 17: BESETZUNG DER UNTERSCHIEDLICHEN VERLAUFSCUSTER (HÄUFIGKEITEN; N = 169)

Nach Berücksichtigung des Entlassungsortes und der Stabilität der Lebenssituation dort kann konstatiert werden, dass genau die Hälfte (84; 50 %) der KZP-Gäste in eine stabile ambulante Versorgungssituation entlassen werden konnte, und weitere 10,1 % (17) nach einem Umweg in einer stabilen häuslichen Situation lebt.

Fünf Personen (3 %) wurden zunächst zurück in ihre angestammte Wohnung entlassen, die Situation eskalierte dann dort jedoch innerhalb kürzester Zeit und die Person wurde in eine Klinik eingewiesen oder zog dann doch in eine stationäre DP. Sieben weitere Personen (4,2 %) wurden über einen Umweg (KH, Reha) in die DP verlegt und 36 Personen (21,4 %) gingen direkt von der KZP in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

13 Personen (7,7 %) waren während der KZP (teilweise im KH) verstorben. Sechs Personen (3,6 %) wurden dem Cluster „atypischer Verlauf“ zugeordnet.

Ganz grob gesagt – ohne Berücksichtigung der unterbrochenen Verläufe - kehren zwei Drittel der KZP-Gäste – teils über Umwege - in ihre Privatwohnung zurück. Ein knappes Drittel gelangt, teilweise auf Umwegen, in die DP.

### 2.3 ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Wenige Studien befassen sich explizit mit der Situation von Menschen in einer KZP. Die Untersuchungen die vorliegen befassen sich jedoch alle auch explizit mit der Subgruppe derer, die nach einem KH-Aufenthalt in die KZP einziehen.

Die aktuellsten Vergleichswerte entstammen dem BAMER GEK Pflegereport 2012, in dem Rothgang et al. (2012) für den Bereich der KZP vorwiegend auf die 2008er Pflegestatistik nach § 109 SGB XI zurückgriffen und etwa 2,34 Mio. Versicherte mit einbezogen. Einschränkung ist zu sagen, dass in dieser Stichprobe nur Bezugsberechtigte von PfV-Leistungen eingeschlossen sind (Pflegestufen 0-III) und keine Personen ohne Pflegeeinstufung.

Die Untersuchung von *Kolip & Güse* (2004) stützt sich auf 325 Pflegedokumentationen von Klientinnen aus fünf eigenständigen KZP-Einrichtungen der Stadt Bremen. Die Untersuchung bezog sich auf Zahlen des Jahres 2001.

*Hartmann & Heinemann-Knoch* (2002) werteten in Teil II des vom BMFSFJ initiierten Modellprojektes „Kurzzeitpflege in der Region“ die Nutzerstruktur von KZP-Gästen aus. Die Studie bezieht sich auf 294 Bewohner der KZP, eine gesonderte Auswertung der aus einem KH kommenden Gäste auf eine Substichprobe von 179 Personen. Erhebungszeitraum waren die Jahre 1999 und 2000.

Die vorliegende Studie (*Bär & Schönemann-Gieck*, 2015) ist zwar von der Stichprobengröße her vergleichsweise klein, es liegt jedoch eine breite Datensammlung zu den 170 KZP-Gästen vor. Die Daten erstrecken sich über unterschiedliche Bereiche vor, während und nach dem KZP-Aufenthalt. Einzigartig sind die Verlaufsdaten, die es erlauben, die Wege der Gäste nach deren Entlassung über mehrere Stationen nachzuzeichnen und deren Stabilität zu beurteilen.

In der folgenden Tabelle sind die zentralen Variablen aus genannten Untersuchungen denen der vorliegenden Studie gegenüber gestellt.

	<b>Hartman &amp; Heinemann-Knoch (2002)</b>	<b>Kolip &amp; Güse (2004)</b>	<b>Rothgang et al. (2012)</b>	<b>Bär &amp; Schönemann-Gieck (2015)</b>
<b>N</b>	179 KZP-Gäste, die aus KH kommen (entspricht 16 % aller KZP-Gäste)	325	2,34 Mio. Versicherte (Anzahl Versicherte in KZP n. b.)	170 KZP-Gäste nach KH-Aufenthalt
<b>Frauenanteil</b>		80,3 %	65 % Frauen	65,9 %
<b>Alter</b>	M = 83,3 Jahre ** 4,9 % unter 65 Jahre 11,2 % 65-74 Jahre 35,3 % 75-84 Jahre 43 % 85-94 Jahre 5,5 % 95 Jahre und älter	M = 82,9 Jahre 12,9 % unter 75 Jahre 17,5 % 75-79 Jahre 22,2 % 80-84 Jahre 25,2 % 85-89 Jahre 22,2 % 90 Jahre und älter Frauen signifikant älter (M=83,7 vs. 80,2 bei Männern)	7 % unter 65 Jahre 12 % 65-74 Jahre 36 % 75-84 Jahre 45 % 85 Jahre und älter	M = 78,9 Jahre (+/- 11,6; 35-101 Jahre) 13,5 % unter 65 Jahre 14,7 % 65-74 Jahre 34,7 % 75-84 Jahre 34,1 % 85-94 Jahre 2,9 % 95 Jahre und älter
<b>Pflegestufe</b>	13 % keine Pflegestufe* 13 % Pflegestufe III  Mittlere Pflegestufe 1,03	54,2 % keine Pflegestufe* 24,9 % Pflegestufe I 19,4 % Pflegestufe II 1,5 % Pflegestufe III Keine Geschlechtsunterschiede		43,5 % keine Pflegestufe 3,5 % Pflegestufe 0 29,4 % Pflegestufe I 21,8 % Pflegestufe II 1,8 % Pflegestufe III
<b>Aufenthaltsdauer in der KZP</b>	M= 22,9 Tage	M = 26,1 Tage 1-138 Tage Keine Geschlechtsunterschiede 78,8 % 22-28 Tage*** 18,2 % 29-56 Tage 3 % über 56 Tage		M = 36,7 Tage (+/- 25,5) 2-168 Tage 57,6 % bis 28 Tage 29,4 % bis 56 Tage 29,4 % über 56 Tage
<b>Entlassungs-ort</b>	32 % in eigene Wohnung 55 % Pflegeheim 10 % KH	39,1 % in Pflegeheim 36 % Rückkehr in eigene Wohnung 10,2 % in KZP verstorben 12 % Einweisung in KH 1,8 % Überweisung in Geriatrie 0,3 % Rehabilitation 0,3 % andere KZP 0,3 % nicht bekannt	4 % Einweisung in ein KH 21 % informelle Pflege 27 % formell-ambulante Pflege 30 % stationäre Pflege keine Person in eine Einrichtung der Behindertenhilfe oder ohne Versorgung entlassen. 17 % der Gäste waren im Anschluss an die KZP verstorben.	47,6 % eigenes Haus / Wohnung 4,1 % Haus/Wohnung von Angehörigen 2,9 % Betreutes Wohnen 4,7 % Rehabilitation 8,8 % KH 21,2 % stationäre DP 4,7 % sonstiges 5,9 % während KZP verstorben

\* Einführung PSt 0 in 2008; \*\*z.T. eigene Berechnungen aus den angegebenen Zahlen

Die vorliegende Studie offenbart einige interessante Ergebnisse. Herauszuheben ist hier:

- der hohe Anteil junger KZP-Gäste
- ein erstaunlich hoher Anteil von Gästen, die noch keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen (KH/KZP als erster Kontakt mit Hilfesystem!)
- teilweise sehr lange KZP-Aufenthalte – weit in den nicht über die Pflegeversicherung finanzierbaren Bereich.

Insgesamt – unter Berücksichtigung der in der Tabelle dargestellten früheren Studien von *Hartmann & Heinemann-Knoch* (2002), *Kolip & Güse* (2004) und *Rothgang et al.* (2012) sind folgende Entwicklungen zu konstatieren:

Das Durchschnittsalter der KZP-Bewohner sinkt kontinuierlich, was am starken Anwachsen der jungen Altersgruppen in der KZP liegt.

Der Anteil an Rückkehrern in die eigene Wohnung steigt, während der Anteil der in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassenen Bewohner sinkt. Dieses Ergebnis könnte als Hinweis auf eine erfolgreiche Ambulantisierung des Pflegesystems gewertet werden.

### 3 VERTIEFENDE ANALYSE EINZELNER PHÄNOMENE ANHAND DER FALLDOKUMENTATIONEN

#### 3.1 ZIELSETZUNG UND VORGEHENSWEISE

Um einen vertiefenden Einblick in die Entwicklung der Beratungsfälle zu erhalten, wurde zusätzlich zur bereits durchgeführten Verlaufserhebung eine qualitative Falldokumentation eingeführt. Darin fanden all jene Beratungsfälle Eingang, bei denen (a) die Projektkoordinatorin besonders intensiv eingebunden war, weil umfassender Beratungsbedarf bestand oder die Situation komplex war, oder (b) Phänomene auftraten, die im Kontext der Beratungsarbeit als bedeutsam erschienen.

Die Dokumentation erfolgte monatlich im Anschluss an die Projektsitzungen. In offener, d.h. nicht fragegeleiteter Form berichtete die Projektkoordinatorin für jeden, für die Dokumentation geeigneten laufenden Fall, (a) wie sich die Situation des KZP-Gastes zum jeweiligen Zeitpunkt darstellte, (b) mit welchen Aufgaben sie bei diesem Fall aktuell befasst war.

Die Dokumentation der Fälle wurde bis zum jeweils letzten Kontakt durchgeführt. Da dieser in Einzelfällen noch Monate nach Entlassung stattfand bzw. mehrere Kontakte nach Entlassung stattfanden, ist die Anzahl der Erhebungszeitpunkte sehr unterschiedlich.

Insgesamt liegen 80 Falldokumentationen vor, qualitatives Material, mithilfe dessen sich eine Vielzahl relevanter Phänomene bei der Beratung von KZP-Gästen erschließen lassen. Für den vorliegenden Bericht wurden die Falldokumentationen verwendet, um zwei Fragestellungen nachgehen zu können, die sich im Rahmen der Auswertung der Verlaufsdaten besonders dringlich stellten:

#### 1. *Lange Verweildauern in der KZP*

Bei der quantitativen Auswertung fällt die Gruppe von 21 Personen auf, die länger als die über SBG XI-Leistungen finanzierbare Zeit hinaus in der KZP bleibt. Es wurde ermittelt, dass diese Personen im Schnitt jünger, besonders häufig ledig sind und seltener Kinder haben. Doch was genau führte dazu, dass diese Personen derart lange in stationärer Versorgung blieben? Und hätte der Aufenthalt verkürzt werden können?

Bei 13 dieser 21 KZP-Gäste liegen Falldokumentationen vor, die zur Beantwortung dieser Frage herangezogen werden können.

## **2. Prognosemöglichkeiten über den Entlassungsort zu Beginn der KZP und Prozesse der Entscheidungsfindung**

Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung geben Aufschluss über den tatsächlichen Entlassungsort des KZP-Gastes,- nicht aber darüber, ob es innerhalb der KZP einer Entscheidungsfindung über diesen Entlassungsort bedurfte. Ließ sich schon zu Beginn der KZP absehen, wohin der KZP-Gast entlassen werden kann, oder kristallisierte sich dies erst im Verlauf heraus?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden alle 80 Falldokumentationen einer Analyse unterzogen.

### 3.2 ERGEBNISSE

#### ***Lange Verweildauern***

Bei der Analyse der Falldokumentationen zeigte sich, dass die Gründe für die lange Verweildauer sehr unterschiedlich sind. Neun der Fälle, die diese Vielfalt zeigen, sollen im Folgenden vorgestellt werden.

#### **Fall 1: Ambulante Chemotherapie**

Ein 50 Jahre alter Herr befindet sich in der KZP während einer ambulanten Chemotherapie. Da der Wohnort weiter weg liegt, kann eine Anreise zu jeder einzelnen Behandlungseinheit nicht zugemutet werden. Der Herr kann sich zugleich aufgrund seiner Erkrankung sowie einer gleichzeitig bestehenden leichten geistigen Behinderung nicht selbst versorgen. Zwischenzeitlich wurde der Herr mehrfach stationär im KH aufgenommen, kam dann aber jeweils wieder in die KZP und wurde von dort nach Hause entlassen.

In diesem Fall bestand für die Dauer der Behandlung die Notwendigkeit einer Versorgung. Die Aufenthaltsdauer richtete sich nach der Behandlungsdauer und hätte nicht verkürzt werden können.

#### **Fall 2: Langwieriger Prozess der Mobilisierung**

Eine stark adipöse, schwer herzkrankte Dame kommt nach Handgelenksfraktur mit starker Mobilitätseinschränkung aus der Klinik in die KZP: Bei der Aufnahme war sie nicht in der Lage, vom Bett selbständig zur Toilette zu gelangen. Genau dies aber war Voraussetzung dafür, wieder Heim zu können, da der Sohn, mit dem sie zusammen lebt, nicht in der Lage ist, die Mutter zu unterstützen. Trotz guter Motivationslage der Dame dauert es lange, bis sie das nötige Minimum an Mobilität wiedererlangt hat und wieder nach Hause zurückkehren kann.

Hier hängt die Rückkehr davon ab, dass die Dame ein Minimum an Wegstrecke innerhalb der eigenen Wohnung selbständig zurücklegen kann. Dies wird durch die Mobilisierung schließlich erreicht. Allerdings bietet die Falldokumentation, da diese nicht auf Details der pflegerisch-therapeutischen Interventionen Bezug nimmt, nicht die Möglichkeit, einzuschätzen, ob durch eine Intensivierung der Maßnahmen die Mobilisierung hätte beschleunigt werden können.

### **Fall 3: Verzögerungen bei der Kostenübernahmeklärung zur Wiederherstellung der häuslichen Wohnsituation**

Ein 66-jähriger Herr kommt nach einer Hüft-Operation in die KZP. Grund seines Aufenthaltes ist aber maßgeblich eine soziale Problematik: Die Wohnung ist verwahrlost, außerdem findet sich in seiner Vorgeschichte ein Alkoholabusus. Bevor der Herr nach Hause kann, muss zunächst die Wohnung entmüllt und grundgereinigt werden. Da der Herr in prekärer finanzieller Lage lebt, ist hierzu die Kostenübernahme durch den örtlichen Sozialhilfeträger erforderlich. Die Genehmigung ließ lange auf sich warten. Der Herr selbst wollte unbedingt entlassen werden und war nur mit Mühe dazu zu bewegen, in der KZP zu bleiben.

Hier war eine Rückkehr nach Hause abhängig von der Wiederinstandsetzung der häuslichen Wohnsituation. Diese wiederum konnte erst veranlasst werden, nachdem der Kostenübernahmebescheid eingetroffen war. In diesem Fall hätte die lange Verweildauer durch eine raschere Bearbeitung der Unterlagen wahrscheinlich verkürzt werden können.

### **Fall 4: Langwieriger Entscheidungsprozess über die endgültige Wohnsituation**

Eine 84-jährige, alleinstehende Dame mit einer Krebserkrankung kam nach Klinikaufenthalt zur Rekonvaleszenz in die KZP. Ihr Zustand besserte sich dort und sie wollte wieder nach Hause gehen. Sowohl der Projektkoordinatorin, als auch der behandelnden Hausärztin und die im Ausland lebende Schwester erschien diese Rückkehr jedoch als risikoreich. Neben den Karzinom-bedingten Einschränkungen lagen bei der Dame depressive Symptome vor, und eine Nachbarin, die sich bisher um die Dame gekümmert hatte, deutete an, dass sie sich in Zukunft eher zurücknehmen würde. Dennoch blieb die Dame lange bei ihrem Wunsch. Erst als die Schwester anreiste, konnte diese sie überzeugen, in ein Pflegeheim nahe ihrer ehemaligen Wohnung überzusiedeln.

In diesem Fall wurde die Dauer der KZP durch ein langwieriges Ringen um eine tragfähige Lösung bedingt. Lange Zeit bestand eine „Patt-Situation“ zwischen dem Wunsch der Dame und der Sorge der Anderen, die die Dame jedoch nicht zu überzeugen vermochten. Erst die Schwester konnte entsprechend auf sie einwirken.

**Fall 5: Komplikationen bei Prozess der Hüftgelenksimplantation**

Einer 64-jährigen Dame wurde ein Hüftgelenk entfernt, aufgrund massiver Entzündungsprozesse aber zunächst kein neues eingesetzt. Mehrere Wochen verbrachte sie mit hoher Mobilitätseinschränkung in der KZP, bevor die zweite Operation stattfand. Im Anschluss war sie wieder in der KZP, bevor sie ihre Rehabilitation antreten konnte.

Der Ausheilungsprozess sowie der für die Erlangung der Rehabilitationsfähigkeit notwendige Zeitraum bedingen hier den langen Aufenthalt.

**Fall 6: Suche nach neuer Wohnung**

Ein bisher obdachloser Herr kommt während der ambulanten Chemotherapie in die KZP, da er aufgrund der Krebserkrankung nicht mehr auf der Straße leben kann. Eine baldige Entlassung aus der KZP wird vom Herrn gewünscht, ist jedoch aufgrund fehlender Wohnperspektive zunächst nicht möglich. Das Angebot, in einer Notunterkunft zu wohnen, lehnt der Herr ab. Nach geraumer Weile findet er selbständig über den Kontakt mit lokalen sozialen Organisationen ein Zimmer in einer Betreuten Wohngruppe.

Hier hätte der lange Aufenthalt eventuell verkürzt werden können, wenn der Herr das Angebot der Notunterkunft angenommen hätte. Dies entsprach jedoch nicht seinen Vorstellungen. Die lange Verweildauer erklärte sich hier aus der Problematik, eine subjektiv zufriedenstellende Wohnperspektive zu finden.

**Fall 7: Langer Weg bis zur Rehabilitation**

Eine 81-jährige Dame kommt nach Herzinfarkt mit Reanimation in die KZP. Eine Rehabilitation ist geplant, sie ist aber noch nicht reha-fähig. Nachdem sie durch aktivierende Pflege die Reha-Fähigkeit erlangt hat, wird der Antrag auf Rehabilitation gestellt und schließlich bewilligt. Hernach muss die Dame jedoch noch mehrere Wochen in der KZP bleiben, da die aufnehmende Klinik ihr nicht zeitnah einen Termin anbieten kann.

Auch hier stand zunächst die Mobilisierung im Vordergrund, deren Erfolg bedingte die weitere Planung. Nach Genehmigung der Reha jedoch schloss sich eine Zeit von mehreren Wochen an, in denen sie die Reha hätte antreten können, jedoch von der Reha-Klinik noch nicht aufgenommen werden konnte.

**Fall 8: Suche nach neuer Wohnung und zugleich Neuauftreten medizinischer Indikationen**

Nach einer Kniegelenksoperation wird dieser Herr nicht mehr in seine angestammte, nicht altengerechte Wohnung in einer zweiten Etage zurück können. Er recherchiert selbständig nach Alternativen, findet jedoch längere Zeit keine Wohnung, die seinen Vorstellungen ent-

spricht. Schließlich entscheidet er sich für eine Wohnung im Betreuten Wohnen. Währenddessen leidet er zunehmend an Schmerzen, und es stellt sich die Notwendigkeit einer zweiten Operation heraus: der Herr benötigt ein neues Hüftgelenk. Bis zur Operation bleibt er noch in der KZP.

Bei diesem Fall kamen Entwicklungen zusammen, die, sich nur teilweise überschneidend, die Verweildauer bestimmen: Erst musste aus der KZP heraus eine neue Wohnung gefunden werden (ein Unterfangen, das auch im Alltag zuweilen lange dauert), und während sich hierfür eine Lösung abzeichnete, trat ein neues medizinisches Problem auf. Es könnte sein, dass ein rascherer OP-Termin hier eine Verkürzung der Verweildauer mit sich gebracht hätte, von der KZP aus aber war dies nicht zu veranlassen.

### **Fall 9: Scheitern einer tragfähigen Versorgungssituation bei schwerer Krebserkrankung**

Eine 60-jährige, alleinstehende Dame, von Geburt an körperbehindert und blind, hat infolge der Bestrahlungen eines Oberkieferkarzinoms derart massive Schäden an ihrer Mundschleimhaut, dass sie über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ernährt werden muss. Sie kommt in die KZP, damit sich ihr körperlicher Allgemeinzustand wieder stabilisiert, fühlt sich aber dort nicht wohl und möchte wieder heim. Ein ambulantes PEG-Management ist nicht installierbar, da die PEG mehrmals täglich und auch nachts an- und abgestöpselt werden muss. Obwohl die Dame motiviert ist, wieder selbständig zu essen und ihre Unabhängigkeit zurückzugewinnen, fällt ihr dies sehr schwer, da durch die Karzinombehandlung ihr Geschmackssinn beeinträchtigt ist. Dennoch geht sie schließlich heim. Nachdem sie dort wieder an Gewicht verliert, zieht sie in ein Pflegehotel, um wieder mit Sondenernährung zu beginnen, doch nachdem es hier auch Komplikationen gibt, lässt sie sich ins KH einweisen. Schließlich nimmt sie den Vorschlag der Projektkoordinatorin - die mit der Dame die ganze Zeit über in Kontakt gestanden und eine Vertrauensbeziehung aufgebaut hat - an, wieder in die KZP zu kommen. Dort stellt sich heraus, dass das Karzinom wieder wächst. Eine palliative Versorgung wird installiert, die Projektkoordinatorin stellt den Kontakt zu einem Hospiz her, in das die Dame dann übersiedelt und wenige Tage darauf verstirbt.

Dieser Fall ist besonders komplex und tragisch. Wie es dazu kam, dass die Dame erst in den letzten Lebenstagen eine tragfähige Wohn- und Versorgungsperspektive finden konnte, kann hier nicht beantwortet werden. Die beiden KZP-Aufenthalte standen unter unterschiedlichem Vorzeichen: Während beim ersten Aufenthalt noch der Übergang nach Hause unstrittig schien und der Heimgang an einem häuslichen Versorgungsproblem scheiterte, fand während des zweiten Aufenthaltes der Wechsel von der kurativen zur palliativen Behand-

lung statt. Es gelang danach relativ rasch, im Hospiz eine Wohnperspektive zu finden, die die Dame letztlich annehmen konnte.

Der Einblick in die Falldokumentationen zeigt: die Gründe für eine lange Verweildauer in der KZP sind sehr unterschiedlich. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind unmittelbar keine Alternativen zu dieser langen Verweildauer ersichtlich. Eine Gemeinsamkeit zeigt sich allerdings: die allermeisten Personen, die in den Fällen dargestellt wurden, sind alleinlebend.

### **Prognostizierbarkeit der langfristigen Wohnperspektive zu Beginn der KZP**

Wie stellt sich die langfristige Perspektive in der ersten Zeit der KZP dar? Hierzu wurden alle 80 Falldokumentationen gesichtet und eingeschätzt, ob die Rückkehr nach Hause unstrittig ist oder ob deren Realisierbarkeit von irgendeiner Seite in Zweifel gezogen wird. Zur Testung der Interraterreliabilität wurde für 20% der Falldokumentationen (jeder fünfte Fall) ein Ko-Rating durchgeführt. Mit einer Ausnahme stimmten die Ratings überein.

Es zeigte sich folgende Verteilung:

- Bei 52 von 80 Fällen erscheint die Rückkehr nach Hause nicht infrage gestellt. Bei einer kleineren Untergruppe jedoch sind Hinweise auf Risiken der häuslichen Wohnsituation erkennbar, die häufig, wenn auch nicht immer aus der Weigerung von KZP-Patienten resultieren, Hilfen anzunehmen.
- Bei 21 Fällen (also etwas mehr als 25 %) wird die Rückkehr nach Hause von irgendeiner Seite in Frage gestellt, oder aber die Rückkehr in die angestammte Wohnsituation ist nicht möglich, ohne dass bisher eine tragfähige Alternative gefunden wäre.
- Die Dame, die in instabilem Allgemeinzustand in die KZP verlegt wurde, verstirbt wenige Tage darauf, ohne dass über eine längerfristige Perspektive hätte nachgedacht werden können.
- Eine Sondersituation liegt bei fünf KZP-Gästen vor, die als Palliativpatienten im Endstadium einer Krebserkrankung in die KZP kommen. Diese Fälle verliefen wie folgt:
  - Der KZP-Gast verstirbt überraschend bereits im Pflegeheim, während die Familie einen Hospizplatz sucht (1)
  - Die Dame zieht in die Nähe der Tochter und verstirbt wenige Wochen nach dem Umzug (1)
  - Verlegung ins Hospiz (1)
  - In zwei Fällen kehrt der KZP-Gast zurück nach Hause und wird dort ambulant palliativ betreut (2)

- In einem Fall gestaltet es sich schwierig, eine Beziehung zu dem KZP-Gast aufzubauen, und dieser „entlässt“ sich eigenständig, bevor die Projektkoordinatorin Einblick in den Fall gewinnen kann.

### ***Der Wunsch, wieder nach Hause zu gehen....***

Das Projekt „Vom Heim nach Hause“ baut auf der Annahme auf, dass eine Rückkehr nach Hause überwiegend dem Wunsch der KZP-Gäste entspricht. Bei jenen 21 Personen, bei denen die Rückkehr nach Hause zu Beginn der KZP fraglich oder nicht realisierbar erschien, stellt sich daher die Frage: wie steht es hier mit den Wünschen der Person, und wie geht die Entscheidungssituation aus?

Für 18 der 21 Falldokumentationen finden sich ausreichend Informationen, um diese Frage zu beantworten.

In neun der 18 Fälle wird der Wunsch, wieder nach Hause zu gehen, vom KZP-Gast klar und konsistent geäußert.

- In zwei dieser neun Fälle kommt der KZP-Gast tatsächlich in sein angestammtes Wohnumfeld zurück. In einen Fall, weil sich die Familie nach anfänglichen Bedenken doch dafür entscheidet, der Mutter den Wunsch zu erfüllen, im anderen Fall, weil eine anfangs fragliche Rückkehr aufgrund funktioneller Fortschritte der Dame, wie auch durch neue Informationen über das tatsächliche Wohnumfeld nicht mehr als problematisch erscheint.
- In einem Fall ist zwar die Rückkehr in die alte Wohnung nicht mehr möglich, da diese in der zweiten Etage liegt, aber eine ambulante Wohnsituation ist ohne Probleme möglich. Der KZP-Gast kümmert sich mit leichter Unterstützung der Projektkoordinatorin selbstständig um die Wohnungssuche.
- In den übrigen sechs Fällen bleibt der KZP-Gast in stationärer Versorgung. Fünfmal bestehen aus Sicht der handelnden Akteure deutliche Risiken einer häuslichen Wohnsituation. In zwei Fällen schließt sich hier ein Gesprächs- und Überzeugungsprozess an, an dessen Ende die pflegebedürftige Person in den Umzug einwilligt. In drei Fällen wird die Entscheidung durch vertretungsberechtigte Angehörige getroffen. Hier bleibt unklar, ob die pflegebedürftige Person eine selbstbestimmte Entscheidung für die Pflege getroffen hat, oder ob sie vor vollendete Tatsachen gestellt wurde. In einem Fall wird der Wunsch nicht mehr geäußert, nachdem sich herausstellt, dass der daheim versorgende Bruder an Krebs erkrankt ist.

In drei Fällen wird der Wunsch, wieder nach Hause zu gehen, nicht konsistent geäußert.

- Im Fall einer alleinstehenden 87-jährigen Dame, die nach Sturz mit Fraktur in die KZP kommt, haben sowohl die Projektkoordinatorin als auch die Hausärztin den Eindruck, diese könne mit Hilfen gut wieder daheim leben. Die Dame selbst aber entscheidet sich gegen die Rückkehr, da sie sich im Pflegeheim besser aufgehoben fühlt.
- Der zweite Fall ist eine 88-jährige Dame, die wegen einer Krebserkrankung im Verlauf der KZP immer wieder ins KH muss. Von Seiten der KZP besteht der Eindruck, dass diese Dame ihre Lebenssituation nicht mehr überblickt, daher wird ein Antrag auf gesetzliche Betreuung eingeleitet. Die Dame selbst ist im Gespräch ambivalent, was ihre langfristige Perspektive anbelangt: Einmal scheint sie sich auf den Umzug ins Pflegeheim eingestellt zu haben, ein anderes Mal äußert sie den Wunsch, doch lieber wieder heim zu wollen. Der Ausgang der Entscheidung ist nicht mehr dokumentiert, da die Dame ab Bestellung der gesetzlichen Betreuung durch diese begleitet wurde.
- Im dritten Fall ist eine ebenfalls hochbetagte Dame psychisch stark auffällig und daher in ihren Wünschen sehr wechselhaft. Sie verstirbt überraschend in der KZP.

In weiteren drei Fällen wird der Wunsch nach Rückkehr in die häusliche Wohnsituation nicht vom KZP-Gast, sondern von einem Angehörigen vorgetragen.

- Im einen Fall möchte der Ehemann seine schwer pflegebedürftige Frau wieder zu sich in die Wohnung holen, obwohl dies von Seiten der Pflegenden in der KZP als Überforderung angesehen wird. Die Frau verstirbt dann aber in der KZP.
- Im zweiten Fall wird der Wunsch von der Tochter einer Dame vorgetragen. Der im Hintergrund bleibende Ehemann scheint ebenfalls dafür zu sein, dass die Dame heimkommt, ohne dass er aber bereit wäre, die mit Möbeln vollgestellte Wohnung pflegegerechter umgestalten zu lassen. Die Projektkoordinatorin gewinnt im Gespräch mit der Dame selbst den Eindruck, dass diese nicht unbedingt stark nach Hause strebt. Auch nimmt die Dame mit Freude alle Angebote der sozialen Betreuung wahr, die es im Pflegeheim gibt. Zugleich deutet sie gegenüber der Projektkoordinatorin an, dass bereits der letzte Umzug nicht in ihrem Sinne, sondern vom Ehemann gewollt war. Letztlich geht die Dame wieder heim, aber es bleibt unklar, wie stark dies ihrem Wunsch entsprochen hat.
- Im dritten Fall äußert die Ehefrau eines bereits seit längerem in der DP befindlichen Mannes den Wunsch, ihn wieder zu sich heim holen zu wollen. Der Ehemann möchte dies offenbar auch, zumindest äußert er sich unzufrieden über die Pflege im Heim. Die beiden Töchter sind jedoch vollkommen gegen diesen Plan, sie befürchten eine Überforderung der Mutter, der es vor dem Heimeinzug des Vaters nach ihrer Wahrnehmung sehr schlecht gegangen ist. Der Plan wird im Verlauf aufgegeben.

Eine Besonderheit stellen die drei Personen dar, für die es einen Weg zurück nach Hause deshalb nicht mehr gibt, weil sie kein Zuhause haben, obdachlos waren. Diese drei Personen

haben dennoch – teils von Anfang an, teils im Verlauf – den Wunsch, die stationäre Pflege wieder zu verlassen. Doch die weiteren Verläufe gestalten sich völlig unterschiedlich:

- Die 65-jährige, schwer herzkrankte, in ihrem Alltagsmanagement aber sehr kompetent wirkende Dame, die bereits in einer Pflegeeinrichtung in einer anderen Stadt gelebt hat und von dort aus wieder in die Obdachlosigkeit gegangen war, kommt aus dem KH in die KZP und scheint sich dort in der ersten Zeit recht wohl zu fühlen. Dann aber verlässt sie diese unvermittelt und lebt wieder auf der Straße. Später meldet sich die Bahnhofsmision einer mehrere hundert Kilometer entfernten Großstadt bei der Projektkoordinatorin. Die Dame ist mittlerweile dort aufgetaucht. Ihr weiterer Weg ist nicht bekannt.
- Der an Krebs erkrankte ältere Herr befindet sich während der ambulant durchgeführten Chemotherapie in der KZP. In seine Hütte im Wald kann er aufgrund der Erkrankung nicht mehr zurück. Doch er kümmert sich selbständig um eine Alternative und findet über den Kontakt mit entsprechenden Organisationen ein Zimmer in einer betreuten Wohngemeinschaft.
- Der über 80-jährige Herr ist gestürzt, hat einen Schulterbruch erlitten und kam so in die KZP. Er möchte dort nicht leben, kann aber keine Alternative benennen. Die zwischenzeitlich bestellte Betreuerin unternimmt entweder nichts, um ein für ihn passenderes Wohnangebot zu finden, oder sie hat mit ihren Bemühungen keinen Erfolg. Aus der KZP wird eine DP, obgleich der Herr noch immer nicht in der Einrichtung leben möchte.

### 3.3 ZUSAMMENFASSUNG

Auch wenn sie kein repräsentatives Abbild der Gesamtstichprobe ermöglichen, so bieten Falldokumentation gleichwohl Einblicke und Verstehensmöglichkeiten für Befunde der quantitativen Datenerhebung, die rätselhaft erscheinen.

Im vorliegenden Fall war dies die auffällig lange Verweildauer von KZP-Gästen. Die dargestellten Fälle machen deutlich, dass die Gründe hierfür sehr vielfältig sind. Und dass – nicht immer, aber oftmals – für diese Dauer Entwicklungen verantwortlich sind, die nur begrenzt verkürzt werden können.

Inwieweit eine Prognose über den Entlassungsort bei Aufnahme von KZP-Gästen möglich war, ist ein wichtiger Befund, um die Bedeutung nachsorgender (soll heißen: an das Entlassmanagement der KSD anschließenden) Hilfeplanung zu veranschaulichen. Bei einem Viertel der in die Falldokumentation einbezogenen Personen war eine Prognose zu Beginn des KZP-Aufenthalts nicht möglich, musste also im Verlauf der KZP gefunden werden. Die Fälle zeigen auf: Die Entscheidung kann auf ambulantes oder stationäres Wohnen entfallen, sie kann dem ursprünglichen Wunsch des KZP-Gastes ent- oder widersprechen. Die betroffene Person kann in dem Prozess eine unterschiedlich aktive Rolle einnehmen. Und das soziale Bezugs-

system kann seinerseits, wenn es zwischen dem Wunsch des KZP-Gastes, den Umsetzungsmöglichkeiten und den etwaigen Risiken einer Entlassung nach Hause abzuwägen hat, den Betroffenen unterschiedlich stark einbinden.

## 4 TÄTIGKEITEN DER PROJEKTKOORDINATORIN

### 4.1 ZIELSETZUNG, DATENQUELLEN UND AUSWERTUNG

Durch welche konkreten Tätigkeiten unterstützt die Projektkoordinatorin die KZP-Gäste? Dies herauszuarbeiten, war neben der Darstellung der Situation und Bedarfe der KZP-Gäste ein weiteres Anliegen der wissenschaftlichen Begleitung. Angaben zur Tätigkeit der Projektkoordinatorin wurden über mehrere Wege ermittelt. In der quantitativen Verlaufserhebung der KZP-Gäste wurde die Projektkoordinatorin gebeten, die Anzahl der Beratungskontakte sowie den zeitlichen Umfang der Beratung einzuschätzen. In einem offenen Abschnitt hatte sie darüber hinaus Gelegenheit, ihre Tätigkeit näher zu erläutern. Weitere Fragen adressierten die einschaltende Stelle, und schließlich wurde die Projektkoordinatorin gebeten, die Annahme des Beratungsangebots durch die KZP-Gäste bzw. ihre Angehörigen einzuschätzen. Eine weitere Datenquelle bildeten die Fallvignetten, in dem die Projektkoordinatorin detailreicher schilderte, was im individuellen Fall unternommen wurde.

Die quantitativen Daten wurden per SPSS ausgewertet. Die in den Fallvignetten enthaltenen Angaben wurden mithilfe von MAXQDA kategorisiert, die gewonnenen Kategorien wurden anschließend mit den offenen Angaben des Datenbogens verglichen und ggf. ergänzt.

Die nicht-fallbezogenen Tätigkeiten der Projektkoordinatorin (Netzwerkaufbau, Öffentlichkeitsarbeit etc.) wurden gesondert erhoben: Auf Basis der Berichte in den Projektsitzungen wurde ein entsprechender Dokumentationsbogen geführt und in Quartalsabständen an die Projektkoordinatorin zur Überprüfung und Ergänzung zugesandt. Die Befunde aus diesem Erhebungsteil sind weitgehend mit der Tätigkeitsbeschreibung im Bericht der Projektkoordinatorin identisch und werden deshalb in dieser Darlegung nicht aufgeführt.

### 4.2 ERGEBNISSE

#### ***Quantitativer Umfang der Beratung***

Von 168 Personen liegen Angaben zur Anzahl der Beratungskontakte mit dem KZP-Gast vor. Demzufolge kontaktierte die Projektkoordinatorin zwischen einem und 15 Mal die Gäste, im Mittel waren es 4,61 Mal (+/- 2,944). Insgesamt kamen 775 Beratungskontakte zustande.

In 166 Fällen liegen die Angaben zum Zeitaufwand der Beratung vor. Demnach lag die aufsummierte Dauer der Beratungskontakte zwischen 5-10 Minuten und 10 Stunden. Die Summe insgesamt lag bei 373,6 Stunden, der Mittelwert lag bei 2,251 Stunden (+/- 1,711) pro Gast. Bei zwei Dritteln der beratenen KZP-Gäste (114; 67,1%) beträgt der zeitliche Gesamtaufwand mehr als eine Stunde.

Der zeitliche Aufwand korreliert mit der Anzahl der Beratungskontakte ( $r=,591^{**}$ ).

### ***Einschaltende Stelle***

Die Einschaltung der Prozesskoordinatorin / Beraterin erfolgte überwiegend durch Akteure im Pflegeheim.

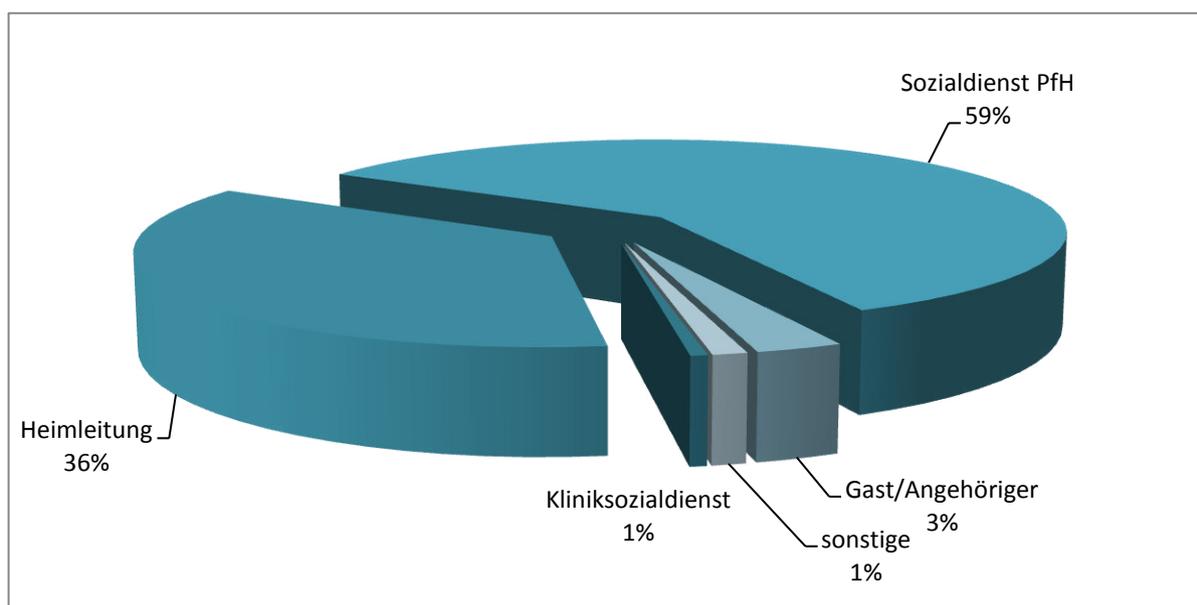


ABBILDUNG 18: EINSCHALTENDE STELLE (HÄUFIGKEITEN IN PROZENT; N = 170)

Nur in 1 % der Fälle erfolgte die Einschaltung direkt aus der Klinik über den dortigen Sozialdienst. In den allermeisten Fällen (95,3 %) schalteten die in den KZP-Einrichtungen jeweils für die Aufnahme der KZP-Gäste zuständigen Personen die Projektkoordinatorin zu. Im Haus Philippus war dies der hauseigene Sozialdienst (59,4 %), in den übrigen Häusern die Heimleitung (35,9 %). In 3 % der Fälle wurde sie direkt durch den KZP-Gast bzw. dessen Angehörige aufgesucht und in 1 % waren es sonstige Personen.

### ***Bedarfsklärung***

In allen Fällen, in denen die Projektkoordinatorin eingeschaltet wurde, erfolgte ihrerseits eine Kontaktaufnahme mit dem KZP-Gast bzw. seinen Angehörigen, um den Beratungsbedarf zu klären. Aus dem qualitativen Datenmaterial lassen sich drei unterschiedliche Situationen abbilden, in die die Bedarfsklärung mündete:

- **weitergehender Handlungsbedarf vorhanden.** In diesem Fall schloss sich die Bedarfs- und Hilfeplanung bzw. an.
- **weitergehender Handlungsbedarf vorhanden, aber es sind bzw. waren in der Vergangenheit andere professionelle Akteure involviert.** Akteure waren hier: Betreuungsbüro bzw. berufs- oder ehrenamtliche Betreuer außerhalb der Familie, nachsorgende Beratungsstellen und Dienste (Pflegestützpunkt, kommunaler Sozialer Dienst, oder Pflegeberater der Krankenkasse). In solchen Fällen bestand die Tätigkeit der Projektkoordinatorin darin, die Arbeit des entsprechenden Akteurs zu unterstützen (Beispiel: ein Betreuungsbüro kümmerte sich um die Einschaltung und Finanzierung von Hilfen und wurde von der Projektkoordinatorin darin unterstützt, dass diese die Hilfen dem KZP-Gast noch einmal erklärt und deren Notwendigkeit vermittelt).
- **kein weitergehender Handlungsbedarf.** In diesen Fällen waren entweder keine Änderungen der häuslichen Situation nötig, oder Angehörige (in Einzelfällen auch der KZP-Gast selbst) waren bereits mit der Organisation von Hilfen befasst. Im Abklärungsgespräch hat die Projektkoordinatorin dann ggf. Tipps gegeben, wohin sich Angehörige wenden können, und für den Fall auftretender Fragen und Probleme ihre Hilfe angeboten.

### ***Beratungstätigkeiten während des KZP-Aufenthaltes***

- **Bedarfserfassung:** Hierzu zählt zum einen das Assessment, aber auch, einen Einblick in die Perspektiven der unterschiedlichen Mitglieder des Klientensystems zu erhalten: Wie sehen diese die aktuelle Situation und was denken sie über die weiteren Perspektiven nach dem KZP-Aufenthalt? Und wie sehen sie ihre eigene Rolle dabei?
- **Beziehungsaufbau:** In mehreren Fällen wurde das Beratungsangebot trotz vermutetem oder offensichtlichem Bedarf nicht sofort angenommen. Die Projektkoordinatorin bemühte sich hier, durch regelmäßiges Aufsuchen des KZP-Gastes und Gespräche eine Vertrauensbasis zu schaffen. Dies führte meistens, allerdings nicht immer, dazu, dass die Beratung im Verlauf angenommen wurde.
- **Beratungsgespräche.** Diese fanden mit dem KZP-Gast persönlich, im Falle von Angehörigen teils persönlich, teils telefonisch statt. In den Datenquellen finden sich, je nach Situation, unterschiedliche Schwerpunkte:
  - *Beratung zu Angeboten der häuslichen Hilfen*, aber auch zu möglichen Rehabilitationsangeboten.
  - *Beratung zu Finanzierungsfragen und Leistungsansprüchen:* Hier ging es teilweise um die Finanzierung einzelner Angebote, mehreren Fällen aber auch um komplexe finanzielle Problemstellungen, bei denen Leistungen aus mehreren Sozialgesetzbüchern tangiert waren. Fragen der Finanzierung und Leistungsansprüche

stellten sich nicht nur mit Blick auf Hilfen daheim, sondern häufig auch bei der Finanzierung der KZP selbst, insbesondere wenn diese verlängert oder in eine befristete DP umgewandelt werden musste.

- *Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und beim Annehmen von Hilfen:* Wenn sich die häusliche Versorgungssituation änderte oder die langfristige Versorgungsperspektive unklar war, bedurfte es immer wieder der Moderation, der Ermutigung, aber auch des Aufzeigens konkreter Lösungswege.
- *Psychosoziale Entlastung:* Hier sind jene Gesprächsangebote gemeint, mit denen die Projektkoordinatorin auf den Redebedarf von KZP-Gästen reagierte und diesen die Möglichkeit gab, ihre Sorgen zur Sprache zu bringen. Auch Angehörige haben diese Möglichkeit genutzt und beispielsweise über die zuhause erlebte Überforderung in der Pflege gesprochen, oder über ihre Frustration, wenn der KZP-Gast häusliche Hilfen ablehnte.
- **Hilfeplanung und –koordination:** Hierzu zählte, gemeinsam mit dem familien/informellen sozialen Netzwerk abzuklären, was von diesen geleistet werden konnte und wo Hilfen hinzugezogen werden sollten. Im Falle notwendiger professioneller Hilfen übernahm die Projektkoordinatorin bei Bedarf die entsprechende Recherche und Organisation bzw. die Kontakthanbahnung.
- **Unterstützung bei Antragstellungen und Widerspruchsverfahren:** Die Antragsverfahren bei möglichen Leistungsansprüchen waren für die KZP-Gäste und ihre Angehörigen häufig schwer zu überblicken. Die Projektkoordinatorin unterstützte sowohl bei Anträgen wie auch bei Widerspruchsverfahren im Rahmen von SGB XI-Leistungen (Pflegestufe, Hilfsmittel). Weiterhin ging es häufig auch um Leistungen des SGB XII, und hier neben finanziellen Leistungen auch Leistungen im Bereich des Wohnens (Wohngeld, Wohnberechtigungsschein). Darüber hinaus gab es noch spezifische Anträge (Beispiel: Unterstützung der Deutschen Krebshilfe für einen Karzinompatienten).
- **Tätigkeiten im Rahmen der gesetzliche Betreuung:** In mehreren Fällen war es notwendig, aufgrund fehlender Unterstützung oder Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, ein Betreuungsverfahren nach Rücksprache mit dem KZP-Gast einzuleiten.
- In einem Fall hat die Projektkoordinatorin auch eine Dame beraten, die die Einrichtung ihrer gesetzlichen Betreuung rückgängig machen wollte, nachdem kognitive Einschränkungen in der KZP wieder abgeklungen waren.
- **Veranlassung therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen:** In mehreren Fällen setzte sich die Projektkoordinatorin dafür ein, dass der KZP-Gast während seines Aufenthalts therapeutische Maßnahmen erhielt (z.B. Physiotherapie). Ferner klärte sie in mehreren Fällen die Möglichkeiten einer stationären Reha-Maßnahme ab und initiierte entsprechende Antragsverfahren bzw. unterstützte bei Widerspruchsablehnungen.

- **Kontaktanbahnung zu anderen Beratungsstellen:** Da die Projektkoordinatorin die KZP-Gäste nach Möglichkeit fallabschließend betreute, war in den überwiegenden Fällen eine Überleitung zu anderen Beratungsstellen nicht erforderlich. In mehreren Fällen jedoch ergab sich aufgrund der Situation die Notwendigkeit, weitere Beratungsstellen hinzuziehen. Dies waren meistens die kommunalen Sozialen Dienste, in Einzelfällen die Pflegeberater der Krankenkassen, der privaten Pflegeberatung Compass oder der Pflegestützpunkte. Damit die KZP-Gäste und ihre Angehörigen auch nach Fallabschluss eine Anlaufstelle haben, hat die Projektkoordinatorin in allen Fällen über Beratungsangebote der Pflegestützpunkte informiert und deren Flyer weitergegeben.
- **Fall-Monitoring während des KZP-Aufenthalts:** Auch nach Abschluss ihrer Beratungstätigkeit, oder wenn die Handlungsverantwortung auf andere Akteure übergegangen war, nahm die Projektkoordination im Verlauf des KZP-Aufenthaltes regelmäßig Kontakt zum KZP-Gast auf. Dieses Monitoring diente zum einen der psychosozialen Begleitung, zum anderen der Vergewisserung, dass entsprechende Maßnahmen zur Sicherung der häuslichen Versorgung auch umgesetzt wurden.

### ***Fall-Monitoring nach Entlassung***

In den meisten Fällen, in denen die Projektkoordinatorin beratend tätig war, konnte sie die Begleitung des KZP-Gastes auch über den Entlassungszeitpunkt hinaus fortführen. Ziel war es, abzuklären, inwieweit die häusliche Versorgung sichergestellt ist, eingeleitete Hilfen wie geplant eingerichtet wurden und inwieweit der KZP-Gast mit seiner Situation zufrieden ist. Die telefonische Kontaktaufnahme nach Entlassung führte die Projektkoordinatorin, wenn möglich, auch bei jenen KZP-Gästen durch, die vor der Entlassung nach Hause noch eine stationäre Rehabilitation in Anspruch nahmen. Bei jenen KZP-Gästen, die eine umfassendere Beratung erhalten hatten und dies wünschten, führte die Projektkoordinatorin einen (bei Bedarf mehrere) Hausbesuche durch. Mehrfach haben auch KZP-Gäste oder deren Angehörige von sich aus nach Entlassung das Gespräch gesucht und von den weiteren Entwicklungen berichtet bzw. sich neu ergebende Fragen geklärt.

### ***Fallabschluss***

Gründe für einen Fallabschluss waren eine offensichtlich stabile Versorgungssituation. Auch wenn noch nicht alle Hilfen installiert waren, konnte die Projektkoordinatorin ihre Tätigkeit beenden, wenn Personen aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Nachbarn) das „Kümmern“ übernommen hatten. Ein weiterer Grund für einen Fallabschluss war auch gegeben, wenn der KZP-Gast trotz Bedarf keine weiteren Hilfen zuließ.

Der Zeitpunkt des Fallabschlusses war sicherlich durch den Status des Projekts als Pilotprojekt beeinflusst. Teils war die Projektkoordinatorin nach Entlassung weiterhin in Fälle involviert, um für die wissenschaftliche Begleitung Nachbefragungen durchzuführen, teils war sie selbst daran interessiert, zu erfahren, wie sich die häusliche Situation langfristig gestaltet. Daher lag die letzte Kontaktaufnahme in Einzelfällen mehrere Monate nach dem Entlassungszeitpunkt.

### ***Rückblickende Einschätzung zur Annahme des Beratungsangebots***

Die Beratungssituation wurde rückblickend von der Projektkoordinatorin eingeschätzt. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, inwieweit es auf Seiten der KZP-Gäste oder ihrer Angehörige Widerstände oder Vorbehalte gegen die angebotene Beratung gab. Von 133 Fällen liegen Angaben hierzu vor.

- 96 Personen (72 %) haben die Unterstützung der Projektkoordinatorin gerne angenommen, in Einzelfällen (siehe oben) sogar aktiv nachgefragt,
- Zwölf Personen hatten (9 %) zunächst Schwierigkeiten in der Annahme der Beratung, konnten diese durch entsprechende Vertrauens- und Beziehungsarbeit dann aber annehmen,
- 19 Personen (14 %) mit Beratungsbedarf hatten durchweg Schwierigkeiten, die Beratung anzunehmen und
- in sechs Fällen (5 %) war ein Teil des Klientensystems gerne bereit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ein anderer aber nicht (meist waren Familienangehörige sehr dankbar für die Beratung, während der KZP-Gast selbst ablehnend blieb).

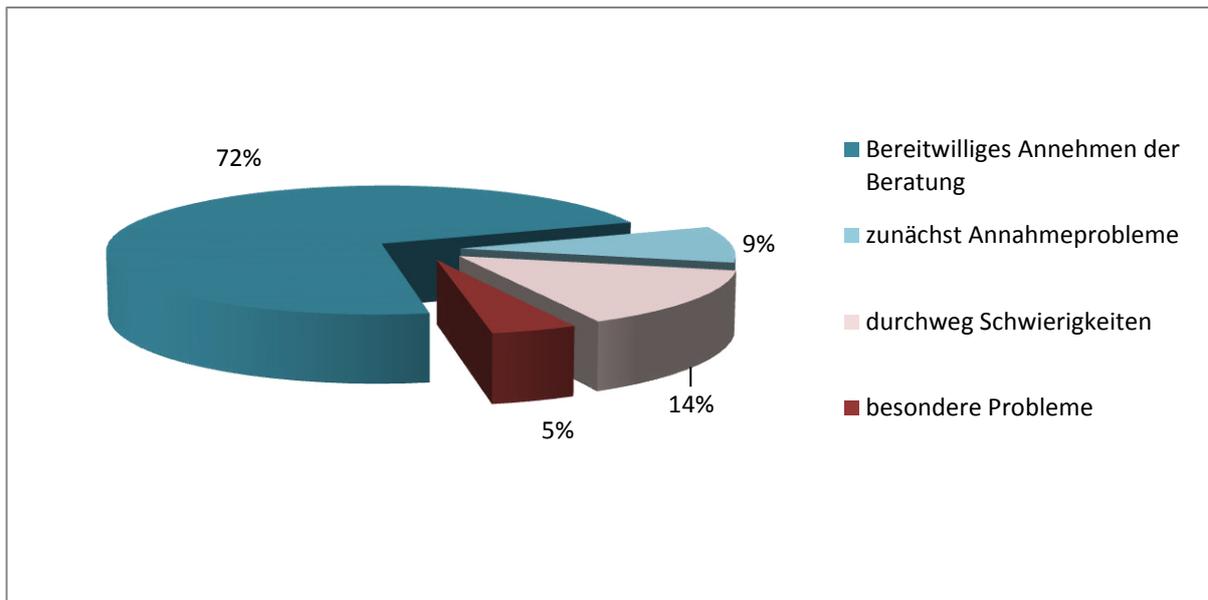


ABBILDUNG 19: KOOPERATIONSVERHALTEN DER GÄSTE AUF DAS BERATUNGSANGEBOT  
(HÄUFIGKEITEN IN PROZENT, N= 133)

### 4.3 ZUSAMMENFASSUNG

Die quantitativen Angaben zum fallbezogenen Beratungsumfang divergieren stark. Dennoch zeigt sich, dass der Bedarf eines Großteils der KZP-Gäste ein zeitliches Investment von mehr als einer Stunde erfordert,- mehr also als das, was bei der Weitergabe von Einzelinformationen vonnöten ist.

Inhaltlich lassen sich drei Beratungssegmente abgrenzen: Die zugehende Bedarfsklärung, die eigentliche Beratungsarbeit und das poststationäre Monitoring.

In fast dreiviertel der Fälle gestaltet sich der Kontaktaufbau unproblematisch. 9 % der Beratungsklienten aber haben am Anfang Schwierigkeiten, das Angebot anzunehmen, so dass sich die Projektkoordinatorin hier erst „herantasten“ musste. Bei den übrigen Teilnehmern blieb die Beratungsarbeit durchweg schwierig, obwohl entsprechende Bedarfe vorhanden waren.

## 5 EXPERTENBEFRAGUNGEN

### 5.1 AKTEURE AUS DER SOZIALEN BERATUNG UND DER PFLEGEBERATUNG

#### 5.1.1. ANLASS UND FRAGESTELLUNGEN

Das im Projekt „Vom Heim nach Hause“ neu implementierte Beratungsangebot ist nicht im luftleeren Raum angesiedelt. Es ist bereits eine umgebende Beratungsinfrastruktur vorhanden, deren Aufgabenzuschnitt im Anfangsteil dieses Berichts beschrieben wurde. So war bereits in der Vorphase des Projekts von Seiten des Förderers Wert darauf gelegt worden, dass die Projektkoordination auf pflegebezogene Beratungsangebote (Pflegerberatung nach § 7a SGB XI und Pflegestützpunkte, § 92 SGB XI)<sup>12</sup> hinweist und entsprechende Stellen ggf. in den Beratungsfall einbeziehen soll.

Für die wissenschaftliche Begleitung stellten Beratungsakteure in erster Linie Experten dar, die über teilweise langjährige Erfahrung in der Begleitung der Projektzielgruppe verfügten. Die Experten konnten so über Aufgaben und Herausforderungen dabei berichten, sowie über den Weg aus dem KH nach Hause für die Betroffenen und zuletzt auch quantitative und qualitative Aspekte der lokalen Versorgungsinfrastruktur aufzeigen. Aufgrund dieser Expertise wird neben den Daten über die Projektzielgruppen und der Darstellung der Tätigkeiten der Projektkoordinatorin die Expertenerfahrung mit in die Projektberichterstattung eingebunden.

Es wurden Experten sowohl aus dem klinischen wie dem ambulanten Beratungssektor einbezogen, um die klassischen pflegeberaterischen Angebote abzudecken.

#### **Thematische Schwerpunkte der Expertenbefragung**

- Prozesse bei der Klinikentlassung und Nachsorge bei älteren Personen mit Hilfebedarf
- Eigene Aufgaben in der Beratung der Personengruppe, sowie dabei erlebte Herausforderungen und Grenzen
- Lokale Versorgungsinfrastruktur im Raum Heidelberg und nördlicher Rhein-Neckar-Kreis: quantitativer und qualitativer IST-Zustand
- Das Projekt „Vom Heim nach Hause“: positive und kritische Aspekte

---

<sup>12</sup> Im Folgenden werden diese beiden Paragraphen ohne Gesetzesangabe angeführt.

### 5.1.2. VORGEHENSWEISE

Die Expertenbefragungen wurden als halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Dabei wurden die Experten ermutigt, ihre Erfahrungen mit dem jeweiligen Themenschwerpunkt zu schildern.

Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet und in einfache (ausschließlich die Verbalaussagen enthaltende) Transkripte überführt.

Anschließend wurden die im Kontext der thematischen Schwerpunkte relevanten Gesprächsaussagen mit dem Datenverarbeitungsprogramm MAXQDA (Version 11) kodiert. Um die Subjektivität dieses Prozesses zu minimieren, waren zwei Mitarbeiterinnen mit der Auswertung befasst. Außerdem wurden Unklarheiten bei einzelnen zu kodierenden Aussagen im Untersuchungsteam geklärt.

### 5.1.3. ERGEBNISSE

Insgesamt wurden sieben Expertengespräche durchgeführt.

- Zwei Interviews mit Vertretern der klinischen Sozialarbeit
- drei Interviews mit Vertretern lokaler Beratungsinstitutionen (Pflegestützpunkt, kommunale Soziale Dienste)
- zwei Interviews mit Vertretern der bei den Krankenkassen angesiedelten Pflegeberatung nach § 7a

Nur in zwei Fällen wurde das Gespräch mit einer Person geführt, ansonsten waren mindestens zwei Vertreter des jeweiligen Dienstes anwesend. In einem Fall waren sogar sechs Personen beteiligt.

Die Dauer der Gespräche lag zwischen 57 und 87 Minuten.

### ***Der Weg älterer Menschen mit Pflegebedarf vom KH nach Hause***

#### *Planung der postklinischen Versorgung während des Klinikaufenthaltes*

- Übereinstimmend mit den gesetzlichen Bestimmungen wird von allen Experten betont, dass der KSD im Rahmen des Entlassmanagements die Aufgabe habe, die Nachsorge zu planen.
- Allerdings wird von Seiten der Nachsorge wahrgenommen, dass dies nicht immer gelinge. Personen „rutschten durchs Netz“.

- Gründe, dass Patienten ohne abgeschlossene Versorgungsplanung heim gehen, sehen Experten in der Arbeitsüberlastung mancher KSDs (v.a. in kleinen Kliniken sei die Personalkapazität oft nicht ausreichend), und darin, dass diese teilweise zu spät eingeschaltet würden.
- Bei seinen Planungen, so Aussagen aus dem Nachsorgebereich, solle der KSD die häusliche Situation verstärkt in den Blick nehmen: so wie sie vor dem KH-Aufenthalt war und wie sie sich angesichts der aktuellen Situation darstellt. Dies auch in Hinblick auf das Hilfefpotenzial und vorhandene Hilfsmittel. Der KSD selbst aber hat im Rahmen seiner Tätigkeit nur bedingt Einblick in die häusliche Situation. Dies wird vom KSD selbst als bedauerlich eingeschätzt („also ich denke es wäre viel einfacher wenn es öfter die Möglichkeit gibt, oder gäbe sich mal selber ein Bild zu machen. (...) Ich kann nicht nach Hause gehen und gucken. Wird mir vielleicht dazu noch vieles mehr einfallen, was da alles eingeleitet werden kann.“). Als Alternative ermutigt der KSD die Familien, den zukünftigen Pflegedienst schon vor Entlassung zum Hausbesuch einzuladen, damit dieser äußern kann, was er für die Pflege braucht.
- Für einen möglichst reibungslosen Übergang, so die Experten, müssen die relevanten Bezugspersonen bereits in der Klinik einbezogen werden und es soll sichergestellt werden, dass diese die Informationen auch verstanden haben. Dies ist nach Erfahrung von nachsorgenden Beratern aber nicht immer gegeben.
- Gerade bei den Hilfsmitteln besteht aus Sicht der Nachsorge die Notwendigkeit einer Beantragung bereits in der Klinik, damit diese dann auch genehmigt werden („Also: dass das mit den Hilfsmitteln eben auch schon eingeleitet wird. Denn ich habe die Erfahrung gemacht, dass das unheimlich schwer ist und einem gar niemand glaubt bei den Krankenkasse, wenn man hinterher kommt mit dem Hausarztrezept, dass die sagen ‚wieso, der war doch im Krankenhaus oder in der Reha, die müssten das doch auch festgestellt haben““).
- Von Seiten des KSD wird es als eine seiner zentralen Aufgabe benannt, dahingehend zu wirken, dass Personen mit entsprechendem Bedarf nach KH-Aufenthalt in eine Rehabilitation kommen (Anschlussheilbehandlung oder geriatrische Rehabilitation). Es gibt dann aber Probleme, wenn keine Rehafähigkeit vorliegt und die Entlassung ansteht: ("Wenn jetzt jemand, was weiß ich gestürzt ist, und darf 8 Wochen lang nicht belasten, dann kann ich keine AHB von hier anleiern. Ich kann zwar schon mal – was wir auch machen - einen befundeten Reha-Antrag an die Kasse stellen, dass die wissen: aha, da kommt in 8 Wochen was, aber in der Regel muss es über den Hausarzt gehen".)
- Nach Aussagen von Experten aus der Nachsorge sollte sich der KSD, wenn möglich, auch dann um die Planung der häuslichen Hilfen kümmern, wenn der Patient erst in die KZP oder in die Reha geht. Allerdings äußern hierbei Vertreter des KSD mit Blick auf die KZP, dass sie hier mit Planungen über das „Danach“ eher zurückhaltend sind ("Um es mal ganz salopp auszudrücken: wenn ich weiß, der geht in KZP, dann halte ich den Ball möglichst niedrig. Also nach dem Motto, der geht jetzt in KZP, dann soll man halt in der KZP gucken, was dann weiter geschieht"). Für den KSD ist häufig nicht ersichtlich, was sich in der KZP beim Patienten noch verändert.

### *Aussagen zur KZP als Station auf dem Weg nach Hause*

- Positiv wird hervorgehoben, dass sich das Angebot von KZP-Plätzen in den letzten Jahren deutlich verbessert habe, so dass Beratende eigentlich nur in Ausnahmefällen, beispielsweise bei stark übergewichtigen Personen oder bei Personen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Vermittlungsprobleme hätten.
- Auch wird, für einen Bereich der medizinischen Behandlungspflege (Wundmanagement), angemerkt, dass dieser sich – v.a. durch Einführung der Wundmanager –verbessert habe.

Neben diesen positiven Aspekten sehen Beratende aber auch manches kritisch. Die Kritik an der KZP bezieht sich hauptsächlich darauf, dass die stationären Einrichtungen kein KZP-Konzept hätten („Ich glaube, die machen sich gar nicht so viel Gedanken, dass eine KZP etwas anderes ist wie ein Dauerbewohner“). Insbesondere auf die Nachsorge eines KH-Aufenthalts seien sie zu wenig spezialisiert:

- Es gebe keine Sozialarbeiter, die sich um die Nachsorge kümmern könnten,
- es fehle an psychosozialer Begleitung, insbesondere bei Trauerprozessen, wenn deutlich werde, dass eigene Fähigkeiten unwiederbringlich verloren gegangen sind,
- aufgrund unzureichender Personalkapazität sei die KZP nicht in der Lage, Personen nach KH-Aufenthalt effektiv zu aktivieren und zu mobilisieren. Denn auch, wenn jemand nur zum „Ausheilen“ in die KZP käme, weil ein Bein beispielsweise nicht belastet werden könne, so sei hier durchaus eine gezielte Förderung notwendig, damit die Person ihre Selbsthilfefähigkeit zurückgewinne. Und dies könne die KZP unter den gegebenen Bedingungen nicht leisten ("Ich sage es mal ungeschützt: Kurzzeitpflege ist ja auch nur eine Betreuung, und nicht eine Förderung der individuellen Fähigkeiten").
- Ein weiteres Problem sei, dass die KZP nach KH-Aufenthalt häufig ein verkappter Übergang zur (nicht erforderlichen) DP darstelle. Dies zum einen dann, wenn Personen keine Angehörigen hätten, die für ein entsprechendes häusliches Unterstützungsarrangement sorgen oder die zumindest den Kontakt zu nachsorgenden Beratungsstellen aufnehmen könnten, damit diese tätig werden können. Aber zum anderen auch von Angehörigen könne die KZP dahin instrumentalisiert werden, den Patienten auf diesem Wege an die stationäre Versorgung zu gewöhnen („Probewohnen“), in der Hoffnung, dass dieser sich letztlich mit der Situation abfinde.
- Einen angemesseneren Weg, Personen, die augenscheinlich nicht mehr daheim leben können, zur Einsicht zu bewegen, schildert ein Experte wie folgt: ("Einmal habe ich die Erfahrung gemacht (das fand ich ganz toll): Da war ein Pflegedienstleister, der eine Person kannte, diese Person hat mich vorher angerufen, sie will nach Hause und will nicht mehr im Pflegeheim bleiben. Mit dieser Kurzzeitpflege hab ich dann ausgemacht, wie „spielen“ jetzt häusliche Pflege in der Kurzzeitpflege, (...) und wir haben das so arrangiert, dass die Dame quasi 1:1 die Versorgung bekommt, wie sie zu Hause aussehen würde, ein Versuch für eine Woche, und dann war ihr das klar, dass das nicht mehr ging".) Das Probewohnen daheim übers Wochenende gebe es auch

in einer Heidelberger Fachklinik, dies sei eine gute Möglichkeit für Patienten, die selbst wahrgenommene Selbsthilfefähigkeit zu erproben.

### *Personenseitig wichtige Aspekte einer gelingenden Rückkehr ins häusliche Wohnumfeld*

- Als wesentlichen Faktor wird das soziale Umfeld genannt ("Der Kümmerer. Wir haben oft auch Nachbarn, die das tun, Geschwister, selbst wenn sie hochbetagt sind, Kinder, manche ganz fürsorglich, manche weniger, aber ich denke am besten gelingt es dann tatsächlich, wenn sie eingebunden sind in sozialen Kontext. Wenn jemand ganz allein steht und vereinsamt ist, dann hilft auch dreimal Sozialstation, die dann am Tag kommt, auch nicht"),
- weiterhin muss die Person selbst bereit sein, Hilfen anzunehmen. Die Ablehnung von Hilfen wird entsprechend als ein kritisches Moment angesehen, das eine erfolgreiche Rückkehr in die eigene Häuslichkeit gefährdet (dieser Aspekt taucht später bei den eigenen Herausforderungen wieder auf).

### *Überleitung durch den KSD*

- Als zentraler Ansprechpartner des KSD im ambulanten Sektor wird der ambulante Pflegedienst genannt, bzw. bei Übergang in eine stationäre Einrichtung dann diese. Einen klar geregelten Überleitungspfad vom KSD zu außerklinischen Beratungsakteuren gibt es nicht. Für den Heidelberger Raum gibt es für Patienten, die in die KZP gehen, eine Ausnahme: Das Belegungsmanagement für das Haus Philippus erfolgt hier über den Pflegestützpunkt. Dieser ist in solchen Fällen zentraler Ansprechpartner für den KSD.
- Daneben stehen die Pflegestützpunkte auch als Ansprechpartner des KSD zur Verfügung, wenn es um Informationen über lokale Hilfs- und Unterstützungsangebot geht.

### **Die eigene Beratungsarbeit und Hilfeplanung**

#### *Der Übergang vom KH nach Hause im eigenen Tätigkeitsspektrum*

Dieser Übergang spielt im Aufgabenbereich der Experten eine unterschiedlich starke Rolle. Während die Rolle des KSD ganz klar mit der Entlassung und den Nachsorgeplanungen verknüpft ist, ist der Übergang vom KH nach Hause für alle übrigen Beratungsakteure nur einer von vielen Anlässen, für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen tätig zu werden.

Und auch wenn die Zuständigkeit des KSD unstrittig unter den Akteuren definiert ist, so ist die Aufgabenteilung zwischen Klinik- und nachsorgender sozialer Beratung nicht immer eindeutig geregelt („Also, wie gesagt: die Rolle ist bei uns auch noch nicht ganz klar, in diesem ganzen Versorgungsprozess, wer an welcher Stelle was macht, da herrscht eine große Unsicherheit“). Dies macht unter Umständen auch die Lenkung von Ratsuchenden zum Problem („viele Leute, die kennen nicht mal einen Sozialdienst [gemeint ist der KSD], die kommen zu uns und die schicken wir dann zum Sozialdienst hin und bieten gleichzeitig auch die

Zusammenarbeit an. Weil das für uns ja wichtig ist, weil die Leute wieder auf uns zu kommen. Und das klappt dann entweder gut, oder, mit manchen Häusern, muss ich sagen, schlecht, diese Zusammenarbeit“).

### *Zugangswege zu beratungsbedürftigen Personen*

Der KSD wird über das Stationsteam zugeschaltet und hat dann unmittelbaren Zugang zum Patienten und den im Dokumentationssystem hinterlegten Falldaten.

Alle übrigen Berater werden entweder durch die Person selbst bzw. deren Angehörige kontaktiert, oder durch Dritte: der KSD (im Rahmen der Klinikentlassung), aber auch der Hausarzt, ambulante Pflegedienste und andere Personen aus dem Umfeld werden genannt. Allerdings haben die unterschiedlichen Dienste unterschiedliche Handlungsspielräume: während in einem Fall ein Dienst auch auf den Hinweis von Nachbarn hin tätig werden kann, muss im anderen Fall zunächst sichergestellt werden, dass Dritte von der beratungsbedürftigen Person entsprechend bevollmächtigt sind („weil das auch durch den Datenschutz, ich sag mal so ist, wir müssen einfach wissen, wenn jemand bei uns anruft und sagt, ich habe das Gefühl, Frau XY braucht Beratung, hier haben sie die Nummer und Namen, rufen sie doch mal an, ist für uns schwierig, weil wir wissen ja gar nicht, ob Frau XY es überhaupt will“).

Bei den Pflegeberatern der Pflegekassen liegt die Besonderheit vor, dass sie nicht direkt von der anfragenden Person, sondern über das jeweilige Kundencenter eingeschaltet werden, wenn dort deutlich wird, dass eine umfassendere Beratung, evtl. mit Hausbesuch, erforderlich ist. Eine allgemeine Beratung findet eher im Kundencenter statt. Hinweise auf Beratungsbedarfe erhalten die Pflegeberater auch über Pflegegutachter, wenn diese im Zuge eines Pflegestufenantrags Bedarfe erkennen.

### *Zeitpunkt der Einschaltung im Übergangsprozess vom KH nach Hause*

Ein Indikator für den Zeitpunkt der Einschaltung des KSD ist, wie früh sich für das Stationsteam ein Beratungsbedarf abzeichnet. Ist beispielsweise schon bei der Aufnahme eine psychosoziale Problematik deutlich (z.B. Suchtprobleme), so erfolgt die Einschaltung früher.

Die außerklinisch Beratenden werden fallweise noch während des Klinikaufenthaltes einbezogen: („In der Hauptsache, denke ich, ist es der Kliniksozialdienst, der schon im Vorfeld Kontakt aufnimmt und die Situation schildert und sagt, so und so dann steht die Entlassung an. Dann wird miteinander kooperiert und wird geschaut was kann bereits vom Kliniksozialdienst aus schon bereits beantragt werden und dann was ist notwendig, wenn derjenige entlassen ist.“).

Verweist der KSD noch während des Klinikaufenthalts an nachsorgende Stellen, so wird das im Einzelfall auch als ungerechtfertigte Selbstentlastung gesehen: ("Nur, manchmal versuchen sie, diese Aufgabe an uns abzudrücken. Aber das ist deren Aufgabe, so ist die Aufgabe geklärt. Wenn ein Geschehnis passiert zu Hause, dann können wir einbezogen werden, (...). Aber wenn derjenige im Krankenhaus ist, dann muss es der Kliniksozialdienst machen").

In den meisten Fällen wenden sich Betroffene oder Angehörige jedoch erst nach der Entlassung an eine Beratungsstelle, wenn in der häuslichen Umgebung auf einmal deutlich wird, dass mehr Hilfe gebraucht wird als ursprünglich gedacht.

Für Pflegeberater nach § 7a erfolgt die Einschaltung häufig dann, wenn Leistungen beantragt oder bei deren Ablehnung Widerspruchsverfahren eingeleitet werden. Dies kann sich im Zuge eines KH-Aufenthalts ereignen, ist aber häufig unabhängig davon. Jedoch wird es von Seiten der Pflegeberater als hilfreich erlebt, frühzeitig einbezogen zu werden („...hatte ich jetzt z.B. gerade letzte Woche, dass die Angehörige sagt, jetzt war der so lang in der Klinik, vom Sozialdienst wurde so viel organisiert und trotzdem hat sie bestimmte Dinge nicht gewusst, steht dann da was die Hilfsmittel angeht, steht dann da weil sie einfach gar nicht weiß, wie sie sich hätte auf die Begutachtung vorbereiten sollen usw. (...) da wäre es schön gewesen, wenn der Sozialdienst uns kontaktiert hätte und gesagt, bzw. der Frau sagt, sie kann uns kontaktieren, da ist jemand, sie kann auch schon die Beratung in Anspruch nehmen“).

Im Einzelfall kommt es vor, dass Personen, die bereits in der Vergangenheit beraten wurden, die Beratungsstelle schon im Vorfeld über ihren geplanten KH-Aufenthalt und mögliche Änderungsbedarfe im häuslichen Hilfearrangement informieren.

#### *Aufgaben in der Beratung älterer, pflegebedürftiger Personen während und nach einem KH-Aufenthalt*

Alle Beratenden nehmen ein breites Aufgabenspektrum wahr. Es reicht von der telefonischen und persönlichen Weitergabe von Informationen über die Beratungsarbeit (umfassender, einzelfallbezogener ‚Zuschnitt‘ von Informationen sowie emotionale Unterstützung) bis hin zur Fallsteuerung (Bedarfsermittlung, Hilfeplanung und Einschalten von Hilfen, Monitoring).

Auch gehören fallunabhängige Aufgaben, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß, zum Tätigkeitsspektrum der Beratenden: Vernetzung und Absprachen mit anderen Akteuren, die Öffentlichkeitsarbeit, und (im Falle der Pflegestützpunkte) auch die Informationsweitergabe zu Versorgungsangeboten an anfragende Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens.

Unterschiede zeigen sich bei den außerklinisch Beratenden bei der Frage der Hausbesuche: für den KSD sind sie nicht Bestandteil ihrer Aufgabe. Die Pflegestützpunkte sind – je nachdem, ob es im Einzugsgebiet weitere Beratungsakteure gibt – mehr oder weniger mit Hausbesuchen befasst, insgesamt jedoch in ihren Möglichkeiten von der Personalkapazität her begrenzt. Für die übrigen Berater sind Hausbesuche fester Bestandteil ihrer Arbeit.

#### *Herausforderungen und Grenzen der eigenen Arbeit*

Alle Beratenden, unabhängig von der eigenen Verortung in der Beratungslandschaft, nennen übereinstimmend eine zentrale Herausforderung ihrer Arbeit, die auch zur Grenze des für sie

Möglichen werden kann: die Ablehnung von Hilfen durch Betroffene, die entweder gar keine Unterstützung oder nur die ihrer Angehörigen in Anspruch nehmen wollen; die teilweise sogar unter Hinnahme gravierender Einschränkungen und prekärer Lebenssituationen auf ihrer Selbstständigkeit beharren. Teilweise liegt die Herausforderung auch bei den Angehörigen: sie klagen zwar über schwere Belastungen, glauben aber nicht daran, dass sich die Situation verbessern lassen könnte.

Die KSDe können in solchen Fällen nur während des Klinikaufenthaltes auf entsprechende Personen einwirken und darüber hinaus auf ambulante Beratungsangebote hinweisen.

Für alle nicht im klinischen Sektor tätigen Beratenden hat die beschriebene Herausforderung mehrere Facetten:

- Die Schwierigkeit, überhaupt an beratungsbedürftige Personen heranzukommen, bei denen teilweise Ängste bestehen, dass die eigene Selbstbestimmung eingeschränkt werden könnte („Da erweckt dann teilweise so ein Misstrauen: ‚da kommt jetzt jemand ‚offizielles‘, der guckt, ob ich meine Dinge noch alleine regeln kann. Am Ende komme ich dann vielleicht ins Pflegeheim!“).
- Neben solchen Ängsten werden bei vielen älteren Personen große Hemmungen wahrgenommen, Hilfen innerhalb der eigenen Wohnung und insbesondere körpernahe Hilfen zuzulassen. Personen, die lange isoliert gelebt haben, haben teilweise Mühe, sich wieder an soziale Kontakte zu gewöhnen.
- Die Herausforderung ist, auf solche Personengruppen intensiv zuzugehen und erst einmal einen Kontakt aufzubauen, bevor Hilfe angeboten wird. Dies wird als ein manchmal langwieriger Prozess beschrieben.
- Voraussetzung ist, dass entsprechend gefährdete Personen in Kontexte kommen, in denen Vertrauensbeziehungen geknüpft und Hilfebedarfe erkannt werden können (beispielsweise Seniorenzentren).
- Insbesondere bei neu pflegebedürftigen Personen und ihrem Umfeld nehmen Berater häufig wahr, dass diese eine längere Verarbeitungsphase benötigen, bis entsprechende Hilfen angenommen werden können. Für die Berater bedeutet dies, zu akzeptieren, dass eigene Lösungsvorschläge erst einmal zurückgewiesen werden, sich ggf. mit entsprechenden Vorschlägen zurückzuhalten, und weitere Beratungsgespräche anzubieten.
- Mehrere Beratende beschreiben Einzelpersonen, die auch auf Dauer jede Hilfe ablehnen, das Gesprächsangebot jedoch wieder und wieder in Anspruch nehmen, um ihre Sorgen und Nöte zu kommunizieren. In diesen Fällen sind die Beratenden im Zwiespalt: sie können ihrer eigentlichen Aufgabe für die Person nicht nachkommen, den Fall aber auch nicht abschließen, da es häufig gar keine weiteren Ansprechpartner oder ein soziales Umfeld der Person gibt.

- Finanzielle Aspekte spielen bei der Ablehnung von Hilfen ebenfalls eine Rolle: als Hemmungen, Hilfen in Anspruch zu nehmen, wenn diese über die Sozialhilfe finanziert werden müssten, oder als Unverständnis, für soziale Leistungen bezahlen zu müssen. („Da habe ich gestern noch von einer älteren Dame gehört, die dann gesagt hat: ‚Da steht doch Sozialstationen davor. Wo sind die denn sozial? Ich habe sie gebeten mir das Bett abzuziehen und jetzt habe ich dafür eine Rechnung bekommen und da steht doch sozial darauf.‘ Die Dame ist 88 Jahre alt und kommt aus einer anderen Zeit. Sie hat auch Geld, aber dafür möchte sie es nicht ausgeben.“). Die Herausforderung besteht hier darin, Personen zu motivieren, dennoch Hilfen in Anspruch zu nehmen.
- Eine Grenze ist gegeben, wenn Personen in prekären Lebenslagen trotz Bemühen der Beratenden keine Hilfe annehmen. In solchen Fällen kann es vorkommen, dass die Beratenden gegenüber Personen aus dem sozialen Umfeld in Rechtfertigungsnot geraten (B2: „Und dann kommt der typische Satz: ‚Da muss doch was passieren!‘“ B1: „Ja, oder: ‚Muss da erst was passieren bis der Frau geholfen wird?‘“).

Weitere Herausforderungen und Grenzen, die die Beratenden beschreiben, sind:

- Fälle, in denen im Zusammenhang mit der Hilfeplanung Konflikte innerhalb einer Familie auftreten. Die hier notwendige mediatorische Arbeit ist unter den Bedingungen einer immer kürzeren Klinikverweildauer aus Sicht der Experten nicht zu leisten. Aber auch in der nachsorgenden Beratungsarbeit stellen solche Fälle eine Herausforderung dar.
- Mit bestimmten Schicksalen klar zu kommen, die einem erzählt werden („Weil hat man es schon auch mit Schicksalen zu tun, und ich sag es sind da Unterschiede, ob das jetzt alte oder hochaltrige Menschen sind, da sind auch schlimme Schicksale, aber wir haben eben auch Menschen, die zum Teil jünger sind, oder die schon ja, uns Sachen erzählen, wo wir selber denken, um Gottes willen, wie kann man sowas überhaupt wegstecken, und mit so Schicksalsschlägen weiterleben, wie auch immer.“), oder mit Situationen umzugehen, in denen eigentlich therapeutischer Handlungsbedarf besteht.
- Eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung für Menschen mit geringem Einkommen. Da selbst niedrigschwellige Betreuungsangebote wie Nachbarschaftshilfen mit Kosten verbunden sind, ist bei Sozialhilfeempfängern jeweils ein längeres Antragsverfahren notwendig. Schnelles Reagieren auf akute Bedarfe ist hier nicht möglich. Und eine Deckung individueller Bedarfe, gerade auch in Bezug psychosozialer Begleitung, ist bei Sozialhilfeempfängern nur schwer zu finanzieren.
- Kein Beratender nennt zeitliche Ressourcen als vorrangige Grenze, diese tauchen aber meist im Verlauf der Schilderungen auf, insbesondere im Zusammenhang mit den Bedarfen einzelner Klienten, die das Normalmaß weit übersteigen: („Das wir jede Woche hinfahren und Beziehungsarbeit machen, das geht gar nicht. Das ist utopisch. Wir können im Fokus jemanden behalten für eine gewisse Zeit, aber es hat alles seine Grenzen. Wir haben hierfür zu viele Aufgaben und zu viele Menschen, die hier auftauchen.“).

Ferner werden auch Herausforderungen speziell für den KSD beschrieben:

- Langfristige Hilfeplanungen bei chronifizierten Problemlagen. Beispiel: für einen obdachlosen Menschen, der mit Alkoholintoxikation kurzfristig stationär aufgenommen wird, eine Wohnung zu organisieren.
- Die Sicherstellung der poststationären medizinischen Versorgung (Verordnungen), wenn der Patient zu einem Zeitpunkt entlassen wird, wo die Hausarztpraxis geschlossen ist.
- Speziell bei der Vermittlung in die KZP bestehen Herausforderungen,
  - Patienten zu diesem Schritt zu motivieren, die Vorbehalte gegenüber stationären Einrichtungen haben, oder sich schwer tun, den Eigenanteil zu zahlen,
  - Einrichtungen zu finden, die Patienten mit spezifischen Versorgungsbedarfen aufnehmen (Patienten mit Demenz und Hinlauftendenz, Patienten mit multiresistenten Keimen, Patienten mit Tracheostoma),
  - Einrichtungen zu überzeugen, Patienten auch dann aufzunehmen, wenn die Finanzierung noch nicht geklärt ist („Es ist sehr unterschiedlich, also es gibt Pflegeheime, die wollen alles geklärt haben, Finanzierung alles, am besten noch schriftlich vom Sozialamt, Kostenübernahmeerklärung. Es gibt Heime, die auch bereit sind, sagen wir, auf halbem Wege aufzunehmen“). In Heidelberg wird die KZP-Vermittlung des Pflegestützpunkts in solchen Fällen als sehr hilfreich erlebt.

Für im außerklinischen Bereich tätige Beratende treten dann (vermeidbare) Herausforderungen auf, wenn sie nachträglich in einen Fall einbezogen werden, und dann feststellen, dass der KSD schon tätig war, ohne dass es eine geordnete Übergabe des Falles an sie gegeben hätte („Was wurde vom Sozialdienst schon eingeleitet, was nicht? Da stimmt manchmal diese Abstimmung nicht. Oder wir kennen die Diagnosen nicht, das ist auch ein großes Problem, öfters kennen auch die Angehörigen die Diagnosen nicht und wir müssen dann irgendwie ins Blaue planen, sage ich mal“).

### ***Bewertung der lokalen Versorgungsinfrastruktur***

Die Versorgungssituation im Einzugsbereich des Projekts wird insgesamt als gut eingeschätzt, was die verfügbaren Hilfen anbelangt. Dies gilt insbesondere für die städtischen Bereiche (Heidelberg, Weinheim).

Sowohl bei Lob als auch bei der Kritik werden konkret einzelne Angebote benannt.

Bei ***Pflegediensten*** wird als positiv angemerkt, dass im städtischen Bereich genügend vorhanden sind, um eine passende Auswahl treffen zu können. Im ländlichen Bereich sei dem nicht so.

Bei Menschen, die aus dem KH wieder nach Hause wollen und einen Pflegedienst erstmals benötigen, spielt es für die Experten eine Rolle, wie dieser sich einschaltet: Sind die Mitarbeitenden bereit, in der Klinik einen Besuch zu machen, damit der Betroffene „schon mal ein Gesicht kennt“?

Dass es in Eppelheim eine Nachtpflege sowie den ambulanten Nachtpflegedienst gibt, ist nach Einschätzung der Experten nicht selbstverständlich und wird positiv hervorgehoben.

**Aktivität und soziale Teilhabe:** Begegnungsstätten (Seniorenzentren) werden für die Stadt Heidelberg als wichtiges Versorgungsangebot genannt. Auch die Akademie für Ältere wird genannt.

Im Rhein-Neckar-Kreis fehlt dieses Angebote teilweise, was dann als Lücke wahrgenommen wird. Hier wird zumindest eine Übersicht jener Angebote im Bereich sozialer Teilhabe gewünscht, die beispielsweise von Kirchengemeinden angeboten werden.

Des Weiteren werden „Lotsen“ vermisst zur Unterstützung von Personen, die möglicherweise Hemmungen haben, solche Angebote aufzusuchen („Aber es fehlt dann jemand, wo man sagt „gehen Sie mal da hin, ich gehe auch hin“, (...) also die Leute müssen ein bisschen mitgenommen werden, nicht jeder geht dann alleine zu so einer Veranstaltung oder in so eine neuen Gruppe rein und das fehlt wirklich sehr“).

**Angebote aus dem ehrenamtlichen Bereich:** Dass es in den Kommunen Heidelberg und Weinheim die **Nachbarschaftshilfen** gibt, wird als sehr positiv gesehen. Auch, dass die Nachbarschaftshilfen zusätzliche Betreuungsleistungen mit den Pflegekassen abrechnen dürfen.

Das **Selbsthilfebüro** in Heidelberg ist ebenfalls ein Ansprechpartner, wenn Personen niedrigschwelligen Hilfebedarf haben.

Allerdings seien **niedrigschwellige Betreuungsangebote** insgesamt zwar vorhanden, doch nicht immer in ausreichendem Umfang. Einzelne Stadtteile in Heidelberg werden als unterschiedlich ausgestattet wahrgenommen. Dies betreffe insbesondere:

- Besuchsdienste, wo die individuelle Ansprache und das Gespräch im Vordergrund stehen,
- Dienste, die auch kleinere Reparaturen daheim erledigen,
- Begleitung und Hilfe im Bereich außerhäusliche Aktivitäten, z.B. Arztbesuche.

Angebote fehlen teilweise in der Versorgung für **Personen mit Demenz und besonderem Betreuungsbedarf:**

- Tagespflege für Personen mit Hinlauftendenz,
- stationäre Angebote für Personen die eine geschlossene Unterbringung benötigen.

**Angebote für pflegende Angehörige:**

Dieser Bereich wird als defizitär eingeschätzt. Hier sei das Angebot in letzten Jahren sogar zurück gegangen („Dass die „bei der Stange“ bleiben, dass die auch eine Rückmeldung kriegen über ihre positive Arbeit. Die kriegen sie ja nicht von den Betroffenen“). Insbesondere für pflegende Angehörige von Personen mit Demenz seien solche Angebote aber wichtig.

**Bewertung des Projekts "Vom Heim nach Hause"**

Das Projekt erhält von Seiten der Experten sowohl zustimmende, wie auch kritische Rückmeldungen.

**Chancen des Projekts:** Allgemein wird festgestellt, dass es gut sei, dass jemand in der KZP in Aktion trete und wichtige Regelungen der nachstationären Versorgung in die Wege leite. Ferner wird als Chance wahrgenommen:

- dass die Tätigkeit der Projektkoordinatorin ein frühzeitiges Erkennen von Unterstützungsbedarfen ermögliche („dass da schon jemand frühzeitig einhakt“), insbesondere bei Personen, die keine Angehörigen haben,
- dass Angehörige hier einen verlässlichen Ansprechpartner haben, der erreichbar ist („wo sie nicht 3 Stunden rumtelefonieren müssen, bis sie mal jemanden erreichen“),
- dass eine poststationäre Begleitung möglich sei („weil es kommt ja dann drauf an, wie es wirklich in der Realität ist, man muss erst einmal wissen was los ist, um dann auch eine Lösung finden zu können“),
- dass durch die Tätigkeit der Projektkoordinatorin die eigene Arbeit entlastet werden würde.

**Befürchtungen der Experten:**

**Entstehung einer „Doppelstruktur“:** Beratung, so wird insbesondere von außerklinisch Beratern kritisch angemerkt, sei gesetzlich keine originäre Aufgabe der KZP, sondern in erster Linie der KSD. Die Etablierung von Beratung in der KZP könne dazu führen,

- dass Strukturen im KH noch mehr zurückgebaut würden,
- dass die Unübersichtlichkeit eines schon jetzt für Betroffene und Angehörige kaum überblickbaren Versorgungsfeldes gesteigert werden würden.

Bemängelt wird hier auch, dass einem Versorgungsproblem durch Schaffung eines neuen Angebotes begegnet wird, anstatt bestehende Strukturen zu stärken und zu verbessern.

**Fehlende Neutralität:** Hier wird angemerkt, dass die Stadtmission als Leistungserbringer Eigeninteressen habe. Eine in der KZP angesiedelte Beratung könnte hier versucht sein, KZP-Gäste vorrangig an einen trägerinternen Pflegedienst überzuleiten, zumal hier vermutlich engere Kooperationen bestehen. Auch stellte sich die Frage, wie viel Ermutigung die KZP-Gäste erhielten, wieder nach Hause zu gehen, falls eine Einrichtung zeitgleich Belegungsprobleme in der DP hätte.

Darüber hinaus wird kritisch angemerkt:

Die Chancen, wieder daheim leben zu können, hingen nicht nur davon ab, ob KZP-Gäste beraten würden, sondern auch von rehabilitativen Elementen im Zeitraum der KZP. Die Möglichkeiten der KZP werden als zu gering eingeschätzt, als dass Personen, bei denen der Übergang nach Hause kritisch ist, die notwendigen Fähigkeiten auch wieder lernen könnten („Also es müssen ja Dinge, die vor diesem Ereignis, das zur Kurzzeitpflege geführt hat, funktioniert haben, wieder neu erlernt werden. Oder auch vom Gedächtnis her, von der Ansprache her. Das kann die Kurzzeitpflege in dem Maße gar nicht leisten“).

Es wird die Frage gestellt, ob eine Beratung in der KZP auch das notwendige **Know-How** für alle anstehenden Beratungsaufgaben habe, und ob eine den Bedarfen entsprechende Begleitung, insbesondere nach dem stationären Aufenthalt, im Rahmen einer Dreiviertel-Stelle überhaupt **leistbar** sei.

#### 5.1.4. ZUSAMMENFASSUNG

Alle befragten Experten sind mit der Situation und den Bedarfen der Projektzielgruppe aus der eigenen Beratungsarbeit vertraut.

Die Erstverantwortung der Hilfeplanung für diese Zielgruppe wird klar beim KSD gesehen. Gründe dafür, dass Personen ohne abgeschlossene Hilfeplanung entlassen werden, werden von den außerklinisch Tätigen in erster Linie im begrenzten Personalbudget des KSD und einem späten Zeitpunkt von dessen Einschaltung gesehen. Von Seiten des KSD selbst wird angesprochen, dass man bei Personen, die in die KZP gehen, eher zurückhaltend mit der Hilfeplanung sei.

Für die außerklinisch Tätigen kommt es auf den individuellen Fall an, ob man selbst schon während des Klinikaufenthalts einbezogen werden möchte. Die Realität sieht für die Befragten häufig so aus, dass es keine Überleitung durch den KSD gibt, sondern dass die Personen selbst oder ihre Angehörigen Kontakt aufnehmen, wenn nach Klinikentlassung deutlich wird, dass das im KH geplante Versorgungsarrangement nicht dem Bedarf entspricht.

Die KZP sehen die Experten als einen Ort vornehmlich der Versorgung. Es wäre aus ihrer Sicht wünschenswert, mehr auf rehabilitative Bedarfe von KZP-Gästen einzugehen, dies halten die Befragten aber für in der gegenwärtigen Ausrichtung der KZP eher nicht leistbar. So werde die KZP häufig zum Übergang in die DP.

Die im außerklinischen Bereich Beratenden sind unterschiedlich häufig in die direkte Kliniknachsorge eingebunden.

Alle Befragten beschreiben ein breites Spektrum eigener Tätigkeiten, von der Weitergabe von Einzelinformationen bis hin zum Case-Management. Allerdings gibt es in Bezug auf das Case-Management Unterschiede, inwieweit dieses regelhaft durchgeführt werden kann (in diesem Kontext stehen auch die Hausbesuche) oder eher eine Ausnahme bleibt.

Die Versorgungsinfrastruktur wird durchweg als gut bezeichnet. Auch wenn in einzelnen Bereichen Lücken wahrgenommen werden: Herausforderungen bestehen eher selten darin, geeignete Unterstützungsangebote zu finden. Probleme gibt es aber in der Finanzierbarkeit von Angeboten im psychosozialen Bereich bei Personen mit geringem Einkommen.

Eine bedeutende Herausforderung für alle befragten Personen liegt in der Zielgruppe selbst, wenn Personen Hilfen nicht oder nur durch einen zeitintensiven Prozess der Begleitung annehmen können. Darüber hinaus werden weitere Herausforderungen und Grenzen der Tätigkeit beschrieben.

Bei dem Projekt „Vom Heim nach Hause“ nehmen die Befragten sowohl Chancen wahr als auch Risiken. Beispiele für erstere sind frühzeitig mögliche Einbeziehung der Projektkoordinatorin sowie der sektorenübergreifende Ansatz. Beispiele für Risiken sind die Verortung bei einem Leistungserbringer, was aus Sicht der Befragten Konsequenzen für die Neutralität der Beratung haben kann, und die Befürchtung, dass hier Doppelstrukturen zu bestehenden Beratungsangeboten etabliert werden könnten.

## 5.2 HEIM- UND PFLEGEDIENSTLEITUNGEN DER ALTENHILFE DER EVANGELISCHEN STADT-MISSION HEIDELBERG

### 5.2.1. HINTERGRUND, FRAGESTELLUNGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

Bevor das Projekt „Vom Heim nach Hause“ ins Leben gerufen wurde, waren es in den Einrichtungen der Altenhilfe der Stadtmission Heidelberg in erster Linie die Heim- und Pflegedienstleitungen (im Haus Philippus der dortige Sozialdienst), die mit etwaigen Beratungsbedarfen von KZP-Gästen konfrontiert waren. Für die wissenschaftliche Begleitung war es deshalb wichtig, diese „Innen“-Perspektive ebenfalls in die Projektberichterstattung einzubeziehen. Die Befragung der Heim- und Pflegedienstleitungen fand im letzten Projektquartal statt. Aus Gründen der Zeitökonomie, und weil davon ausgegangen wurde, dass in den einzelnen Häusern überwiegend ähnliche Erfahrungen vorliegen, wurde die Expertenbefragung auch bei dieser Gruppe in Form eines leitfadengestützten Gruppeninterviews durchgeführt. Die Heim- und Pflegedienstleitungen wurden dabei gebeten, zu folgenden Fragen Stellung zu beziehen:

- *Wie sind Sie mit Beratungsbedarfen von KZP-Gästen nach KH-Aufenthalt umgegangen, bevor das Projekt gestartet ist?*
- *Welche Hoffnungen, aber auch welche Befürchtungen hatten Sie zu Beginn des Projekts?*
- *Welche Auswirkungen des Projekts auf Ihre Arbeit haben Sie festgestellt (Ihre eigene Arbeit, die Arbeit Ihrer Mitarbeitenden)?*
- *Welche Ideen und Überlegungen haben Sie für die Zeit nach Abschluss des Projektes? Wie kann mit Beratungsbedarfen von KZP-Gästen umgegangen werden, wenn die Projektkoordinatorin nicht mehr in Ihre Einrichtung kommt und berät?*

Die Zeitperspektive umfasste also sowohl den Zeitraum vor Projektbeginn, den Projektverlauf wie auch den Ausblick in die Zeit nach Projektende.

Im Gegensatz zu den anderen qualitativen Erhebungen wurde das Gespräch mit den Heim- und Pflegedienstleitungen zwar digital aufgezeichnet, jedoch anschließend nur selektiv protokolliert. Das Protokoll ging anschließend an alle Teilnehmer mit der Bitte um Durchsicht und Korrektur bzw. Ergänzung.

### 5.2.2. ERGEBNISSE

Gesprächspartner waren aus vier der fünf Einrichtungen beteiligt. In allen Fällen war die Heimleitung zugegen, in drei Fällen zusätzlich die Pflegedienstleitung.

### **Erfahrungen und wahrgenommene Herausforderungen der Heim- und Pflegedienstleitungen bei der Versorgung dieser Personengruppe vor Beginn des Projekts:**

- Die Projektidee wurde durch eine Mitarbeiterin angeregt, die erkannt hat, dass Betroffene und Angehörige in so einer Situation häufig überfordert sind und Beratungsbedarf haben.
- Diese Beratungsbedarfe wurden auch von Seiten der Haus- und Pflegedienstleitungen wahrgenommen, ohne dass diese damals die Möglichkeit hatten, bedarfsgerecht darauf zu reagieren.
- Den Heim- und Pflegedienstleitungen fehlten
  - entsprechende Kontakte zu Leistungserbringern im ambulanten Bereich,
  - das für eine umfassende Beratung erforderliche Wissen,
  - die personelle Ausstattung, um die Beratung und ggf. Koordination von Hilfen selbst erbringen zu können.

### **Wie gingen die Verantwortlichen vor dem Projekt mit den Beratungsbedarfen um?**

- Die pflegerische Beratung hat es auch vor dem Projekt schon gegeben, diese ist Pflicht.
- Man hat versucht, so gut es geht, entsprechende Fragen von KZP-Gästen und/oder Angehörigen zu beantworten. Vereinzelt hat man auch einmal einen Leistungserbringer im ambulanten Bereich angerufen (wobei gerade bei Pflegediensten in anderer Trägerschaft, die bereits im Fall eingeschaltet waren, die Sorge bestand, dass eine Kontaktaufnahme als unerwünschte Einmischung empfunden werden könnte).
- KZP-Gäste und ihre Angehörigen, die ihren Beratungsbedarf geäußert haben, wurden im Wesentlichen mit Adressen und Flyern versorgt.

### **Die Erfahrungen dabei waren**

- Erleben von Unsicherheit:
  - Gibt es im individuellen Fall einen Beratungsbedarf oder nicht?
  - Was, wenn der KZP-Gast trotz offensichtlichem Beratungsbedarf auf ein entsprechendes Angebot abwehrend reagiert, weil er evtl. Schwierigkeiten hat, es anzunehmen?
  - Wie ist es – gerade bei Personen, wo man Beratungs- und Unterstützungsbedarf gesehen hat – daheim weitergegangen?
- Die reine Weitergabe von Adressen reichte oft nicht aus: Nachfragen bei den KZP-Gästen/ihren Angehörigen zeigten immer wieder, dass empfohlene Stellen nicht kontaktiert worden waren. Es gab auf Seiten der beratenen Personen offenbar große Hürden, Kontakt zu entsprechenden Leistungserbringern aufzunehmen. Dies führte dazu, dass

trotz Bedarf Hilfen nicht eingeleitet wurden. Es wäre in diesen Fällen eine umfassendere Unterstützung erforderlich gewesen.

- Das fehlende Konzept der Beratung führte in den Häusern mit eingestreuten KZP-Plätzen auch zu Parallelaktivitäten: KZP-Gäste oder ihre Angehörigen haben sich an unterschiedliche Personen gewandt (Heimleitung, Pflegedienstleitung, Verwaltung), diese haben unter Umständen parallel agiert, ohne dass der eine von der Aktivität des anderen wusste. Es gab bezüglich solcher Aktivitäten keine festen Zuständigkeiten.

#### *Sondersituation im Haus Philippus*

- Im Haus Philippus können die KZP-Gäste in drei Gruppen eingeteilt werden: (1) Menschen, die zur Urlaubspflege kommen; (2) Menschen, die in die KZP kommen, weil ungewiss ist, wie die Versorgung zu Hause weitergeht und ob es weitergeht zu Hause; (3) aus dem KH kommende Personen, die wieder nach Hause wollen. Letztere waren früher eine kleine Gruppe, deren Zahl in den letzten Jahren stark angestiegen ist.
- Für die KZP verfügt das Haus Philippus schon seit vielen Jahren über einen Sozialdienst. Aber auch dieser konnte keine umfassende Beratung und Begleitung der KZP-Gäste und ihrer Familien leisten.

#### **Welche Hoffnungen und Befürchtungen hatten die Heim- und Pflegedienstleitungen in Bezug auf das Projekt „Vom Heim nach Hause“?**

Es wurden mehrere Hoffnungen geäußert:

- Dass durch die umfassende Beratung und Begleitung die genannten Unsicherheiten geklärt werden,
- eine bessere und umfassendere Begleitung der KZP-Gäste und ihrer Familien,
- eine Außenwirkung des Projekts (Öffentlichkeitsarbeit): eine positivere Darstellung der Einrichtung, eine höhere Kundenbindung,
- im Haus Philippus: dass die oben beschriebene dritte Personengruppe durch das Projekt bedarfsgerecht begleitet werden kann.

Befürchtung:

- Es handelt sich um ein Modellprojekt. Wenn das neue Beratungsangebot nach Projektende wieder eingestellt wird, ist mit dem Fehlen des Angebots nicht nur wieder die alte Versorgungslücke vorhanden, sondern es könnte in von KZP-Gästen und ihren Angehörigen auch negativ wahrgenommen werden.

## Veränderungen und Auswirkungen des Projekts

*Integration des Projekts in die Arbeitsabläufe In den Häusern mit eingestreuten KZP-Plätzen:*

- Beim Gespräch im Vorfeld der Aufnahme von KZP-Gästen wurde das Projekt den Gesprächspartnern vorgestellt, der Projektflyer wurde mitgegeben.
- In vielen Fällen hätte diese reine Informationsweitergabe jedoch nicht ausgereicht, dass die KZP-Gäste/ ihre Familien von sich aus auf die Projektkoordinatorin zugegangen wären.
- Deshalb hat die Projektkoordinatorin die Einrichtungen regelmäßig besucht. Vor Ort wurde sie jeweils über die neu aufgenommenen KZP-Gäste informiert. Im Anschluss hat sie Kontakt zu diesen aufgenommen, sich und ihre Arbeit vorgestellt und mögliche Beratungsbedarfe geklärt.
- Die Tätigkeiten der Projektkoordinatorin für die KZP-Gäste verliefen in Absprache mit den Mitarbeitenden im Haus.

*Im Haus Philippus wurde die Projektkoordinatorin über den Sozialdienst zugeschaltet*

### Anpassung der Projektzielgruppe

- Die Projektzielgruppe wurde im Verlauf des Projekts ausgeweitet: nicht mehr nur KZP-Gäste auf dem Weg nach Hause, sondern alle KZP-Gäste, bei denen nicht schon bei Einzug in die KZP ein Wechsel in die vollstationäre Pflege feststand.

### Erfahrene Auswirkungen

- Wenn KZP-Gäste und ihre Angehörigen sich für ein Haus der Stadtmission entschieden haben, wurde das Beratungsangebot manchmal als ausschlaggebender Faktor genannt, selbst wenn die Beratung anschließend gar nicht genutzt wurde.
- Positives Feedback zu dem Angebot kam teils von Angehörigen, teils von Bewohnern.
- Nach eigener Erfahrung der Heim- und Pflegedienstleitungen ist es für die Beratung der KZP-Gäste wichtig, dass sozialarbeiterisches Know-How vorhanden ist. Es wurde als beruhigend erlebt, dass eine fachkompetente Person da ist, die die Situation von KZP-Gästen von allen Seiten beleuchten kann.

### Wurden Auswirkungen auf die Arbeit der Pflegenden beobachtet?

- Zu diesem Punkt ist wenig bekannt, was daran liegen kann, dass das Projekt die Arbeit der Pflegenden nicht direkt tangiert hat, oder daran, dass diese sich gegenüber den Haus- und Pflegedienstleitung nicht darüber geäußert haben.

- Für das Haus Philippus wurde der Eindruck geschildert, dass das Angebot von den Pflegenden als Entlastung erlebt wurde. Zugleich ist die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialarbeit hier bereits etabliert gewesen und deshalb nichts Ungewohntes.
- Im Haus Stephanus hat es im gesamten Projektzeitraum nur zwei Beratungsfälle gegeben, da das Haus nur einen eingestreuten KZP-Platz hat, der überwiegend mit Verhinderungspflegegästen belegt ist.

### **Was bedeutet das bevorstehende Projektende für die Arbeit der Haus- und Pflegedienstleitungen?**

- Die Einstellung des Angebots wird von allen Gesprächsteilnehmern bedauert.
- Die Tätigkeit der Projektkoordinatorin bedeutete für die Arbeit der Befragten eine Entlastung.
- Es hat sich bewährt, dass es einen festen Ansprechpartner für Beratungsfragen gibt.
- In Zukunft werden die weniger prekären Fälle (z.B. wenn Angehörige da sind) nur sehr oberflächlich beraten werden können; bei schwierigeren Fällen wird nach wie vor versucht, Unterstützung zu leisten.

### **Gibt es in der Runde der Gesprächspartner schon Ideen, wie man zukünftig mit Beratungsbedarfen der KZP-Gäste und ihrer Angehörigen umgehen könnte?**

#### *Häuser mit eingestreuten KZP-Plätzen*

- Eine eher niedrighschwellige Fortführung der Beratung durch eine hierfür zuständige und kompetente Person wäre denkbar, aber in welchem Umfang dies praktisch leistbar wäre, ist offen.
- Die pflegerische Beratung wird fortgesetzt wie vor Projektbeginn auch.

#### **Herausforderungen und Grenzen dabei werden sein:**

- Wer immer solche Beratungen macht, wird sich erst einlesen müssen und dies nur in einem begrenzten Umfang tun können (ein Teil der Antragsverfahren beispielsweise werden als zu komplex benannt).
- In der näheren räumlichen Umgebung wird man sich noch am ehesten eine Kenntnis vorhandener Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten aneignen können. Es besteht aber kein zeitlicher Spielraum, beispielsweise für einen von weiter weg wohnenden KZP-Gast die lokale Infrastruktur zu sondieren.

- Die reine zeitliche Dauer der Beratungskontakte wird nicht annähernd den Zeitumfang erreichen können, den die Projektkoordinatorin in einen Fall investieren konnte.
- Eine derart individualisierte Begleitung der KZP-Gäste ist auch aus Gerechtigkeitsgründen nicht leistbar: Die Bewohner in der DP haben ebenfalls Anspruch auf Beratung und Begleitung.
- Als schwierig werden häufig auch die Beratungszeiten eingeschätzt, wenn Angehörige berufstätig sind und deshalb beispielsweise erst ab 18 Uhr zum Gespräch kommen können.
- Über den Entlassungszeitpunkt hinaus wird kein Kontakt mehr gehalten werden können.

### **Kontakt mit dem Pflegestützpunkt als ambulantem Beratungsangebot**

- Das Haus Philippus hat durch das Belegungsmanagement einen engen Kontakt zum Pflegestützpunkt.
- Bei Einrichtungen im Rhein-Neckar-Kreis hingegen wird der Pflegestützpunkt als der eigenen Arbeit sehr fern erlebt.

### 5.2.3 ZUSAMMENFASSUNG

Das Projekt wird von den Heim- und Pflegedienstleitungen der beteiligten Einrichtungen uneingeschränkt positiv wahrgenommen. Die Tätigkeit der Projektkoordinatorin schließt klar dort an, wo man vor Projektbeginn zwar Bedarfe sah, aber selbst nicht darauf reagieren konnte. Dies lag nicht nur an der fehlenden Zeit: Den Heim- und Pflegedienstleitungen fehlte auch der Einblick in die ambulante Versorgungslandschaft sowie – mit Ausnahme ambulanter Pflegedienste - die Kontakte zu entsprechenden Leistungserbringern. Neben den Bedarfen haben die Heim- und Pflegedienstleitungen auf Seiten der KZP-Gäste und ihrer Angehöriger auch Barrieren erlebt, selbständig Kontakt zu Stellen aufzunehmen, die sie bei der Hilfeplanung hätten unterstützen können.

Dementsprechend wurde die Initiierung des Projekts begrüßt und von den befragten Personen dergestalt implementiert, dass bei Aufnahme auf das Beratungsangebot hingewiesen wurde. Darüber hinaus erhielt die Projektkoordinatorin bei ihren wöchentlichen Besuchen Informationen über neu eingezogene KZP-Gäste. Im Haus Philippus lief diese Implementierung über den Sozialdienst. Die erlebten Reaktionen auf das Projekt waren ebenfalls positiv.

Die mit Projektende erfolgende Einstellung der Beratung bedeutet für die Heim- und Pflegedienstleitungen, auf ein Angebot zu verzichten, das sie ihren KZP-Gästen gerne gemacht hat und das gut in die hausinternen Abläufe integriert war. Die Befragten möchten aber nicht wieder auf den Stand vor Projektbeginn zurückfallen. Es gibt erste Ideen, wie man durch kla-

re Zuordnung von Zuständigkeiten die Beratung für KZP-Gäste mit dringendem Bedarf zumindest in verkleinerter Form weiterführen könnte. Eine konkrete Planung steht hier noch aus. Deutlich wird aber, dass aus Sicht der Heim- und Pflegedienstleitungen die Tätigkeit der Projektkoordinatorin nicht durch hausinterne Ressourcen kompensierbar ist.

---

## ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

---

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Von Heim nach Hause“ erhobenen Daten bieten einen aufschlussreichen Einblick in die Situation der Projektzielgruppe sowie ihre Bedarfe hinsichtlich sozialer Beratung.

In der dem Projekt vorangegangenen Bedarfserhebung war davon ausgegangen worden, dass ein erheblicher Teil der KZP-Gäste dieses Angebot nach einem KH-Aufenthalt in Anspruch nimmt, und dass vor allem solche KZP-Gäste einen Beratungsbedarf haben, die mit einem veränderten Pflege- und Betreuungsbedarf wieder nach Hause möchte. Die erste Annahme bestätigt sich anhand der Projektdaten: etwa zwei Drittel der in den Einrichtungen der Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg versorgten Menschen kamen aus dem KH.

Mit Blick auf die zweite Annahme muss festgestellt werden, dass die beratene Personen-Gruppe vielfältigere Problemlagen aufweist als angenommen. Es finden sich darunter auch Personen mit vorübergehendem Hilfebedarf und jüngere Personen. Bei immerhin jedem zehnten beratenen KZP-Gast finden sich komplexe und teilweise atypische, unter diesen immer wieder auch soziale Problemlagen. Als bedeutsam sowohl für die Versorgung in der KZP, als auch für die Hilfeplanung, muss der hohe Anteil von Gästen mit einer psychiatrischen Symptomatik angesehen werden. Bei knapp der Hälfte lagen beispielsweise eine Depressivität, kognitive Einschränkungen oder Wahnsymptome vor. Auch wenn diese Angaben lediglich auf einer Einschätzung der Projektkoordinatorin beruhen und nicht auf einer ärztlichen Diagnose, so sollte dies doch ein Hinweis darauf sein, dass solche Komorbiditäten oder Reaktionsformen in der KZP, die häufig stark auf Mobilisierung ausgerichtet ist, mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

Ein kleiner Anteil der Projektstichprobe steht klar außerhalb des Leistungsbezugs der Pflegeversicherung; bei ihnen liegt weder ein festgestellter Pflegebedarf nach SGB XI, noch ein entsprechendes laufendes Antragsverfahren vor. Bei den KZP-Gästen mit laufendem Antragsverfahren bleibt jedoch offen, ob diesem immer stattgegeben wurde.

Ein großer Anteil der KZP-Gäste weist ein klassisch-familiäres Unterstützungspotenzial auf: Zwei Drittel haben Kinder, und drei Viertel erhielten bereits im Vorfeld des Klinikaufenthaltes informelle Unterstützung durch Angehörige. Die Anzahl an Personen, die auf informelle Hilfe zurückgreifen können, ist beachtlich. Allerdings ist damit zu rechnen, dass, entsprechend der allgemeinen demografischen Entwicklungen, der Anteil an kinderlosen Personen und an Singles auch unter der älteren Bevölkerung zunehmen wird, was Auswirkungen auf die Verfügbarkeit informeller Hilfen haben dürfte.

Überraschend ist die teilweise sehr lange Aufenthaltsdauer in der KZP: Deutlich mehr als ein Drittel bleibt länger als die maximal vorgesehenen vier Wochen. Und jeder Zehnte verbleibt sogar über jene Dauer hinaus, in der die Finanzierung über die Verhinderungspflege möglich ist. Die Analyse der Falldokumentationen gibt Hinweise darauf, dass sich diese lange Aufenthaltsdauer in vielen Fällen nicht verkürzen lässt, da sich Prozesse der Rekonvaleszenz, medizinische Behandlungen oder die Suche nach einer tragfähigen Wohn- und Versorgungssituation als langwierig erweisen können. Ebenfalls kann es eine lange Zeit in Anspruch nehmen, bis eine Person und ihr soziales Bezugssystem zu einer Entscheidung darüber gelangen, wo und wie es nach der KZP weitergeht. Angesichts dieser langen Verweildauern und der häufig erst im Verlauf auftretenden Beratungsbedarfe wird deutlich, dass eine Entlassungsplanung durch die Sozialdienste in den Kliniken, in vielen Fällen nicht fallabschließend organisiert werden kann.

Über 60 % der KZP-Gäste kann im Anschluss direkt in ihr angestammtes Wohnumfeld oder in eine andere ambulante Versorgungsform zurückkehren bzw. kommen auf dem Umweg über KH oder Rehabilitation dorthin. Die Versorgungssituation ist ausreichend stabil, so dass diese Personen zumindest bis zum letzten poststationären Kontakt mit der Projektkoordinatorin dort verbleiben können. Diese Quote ist mit Blick auf die dargestellten Vergleichszahlen beachtlich und im Sinne der formulierten Projektziele als Erfolg zu werten. Welche Einflüsse bei anderen Personen dazu geführt haben, dass eine Rückkehr nach Hause nicht möglich war, darüber könnte eine weitergehende Analyse der Falldokumentationen Aufschluss geben.

Mehr als die Hälfte der beratenen Personen lebte vor dem KH-Aufenthalt schon lange allein. Auch wenn im Einzelfall Kinder mit separater Wohneinheit im gleichen Haus wohnen können, heißt dies doch, dass für diese Personen, wenn sie bei zunehmender Pflegebedürftigkeit und Mobilitätseinschränkungen in ihr angestammtes Wohnumfeld zurückkehren, ein Risiko der sozialen Isolation besteht und gegebenenfalls auch Versorgungs- und Sicherheitsprobleme auftreten können. Bei einem weiteren Teil erscheint die Wohnsituation nicht optimal: Einschränkungen der Versorgung, Sicherheitsprobleme oder die Gefahr sozialer Isolation (vor allem bei stark mobilitätseingeschränkten Personen). Gleichwohl scheinen, bis auf wenige Ausnahmen, die KZP-Gäste mit der häuslichen Wohnsituation zufrieden zu sein. Dies belegt ein weiteres Mal die hohe subjektive Bedeutung des Wohnens im angestammten Wohnumfeld- selbst wenn man dafür Risiken oder Einschränkungen in Kauf nehmen muss.

### **Beratungsbedarfe und Beratungstätigkeiten**

Der größte Teil der von der Projektkoordinatorin beratenen Personen kam wie vermutet aus dem KH. Allerdings zeigte sich im Projektverlauf, dass auch Personen aus der sogenannten „Urlaubspflege“, die von daheim in die KZP kommen, einen Bedarf an sozialer Beratung ha-

ben können. Hier kann es beispielsweise darum gehen, dass die Urlaubspflege auch dazu genutzt wird, über die weiteren Versorgungsmöglichkeiten nachzudenken und eventuell pflegende Angehörige über den Urlaubszeitraum hinaus zu entlasten.

Die Beratung wird von den betroffenen Personen und ihrem familiären Umfeld nur selten aktiv nachgefragt, obwohl im Aufnahmegespräch auf das Beratungsangebot hingewiesen und der Projektflyer ausgegeben worden war. Die zugehende Arbeit der Projektkoordinatorin ergab aber häufig, dass durchaus Beratungsbedarf bestand. Das Angebot wurde dann auch überwiegend gerne angenommen. Diese zugehende Arbeit bei gleichzeitig vorhandener Möglichkeit der sektorenübergreifenden Begleitung unterscheidet die Arbeit der Projektkoordinatorin von der aller anderen Beratungsakteure, die im Projekt als Experten befragt worden sind.

Ist der Beratungsbedarf einmal erkannt, so erscheint das Spektrum der Tätigkeiten der Projektkoordinatorin (von der Weitergabe von Einzelinformationen über die individuelle Beratung und mit emotionaler Unterstützung bis hin zur Fallsteuerung) auf den ersten Blick vergleichbar mit dem der anderen Beratungsakteure.

Die Auswertungen zeigen, dass die Beratungsarbeit mehr ist als eine einfache Informationsweitergabe: zwei Drittel der Beratungsfälle beanspruchen über eine Stunde Zeit. Eine zeitintensivere Beratung ist verbunden mit einer höheren Zahl von Fallkontakten. Da die Projektkoordinatorin sich jeweils aus der Beratungsarbeit zurückgezogen oder im Hintergrund gehalten hat, wenn eine andere Person (Beratender oder gesetzlicher Betreuer) die Rolle des „Kümmerers“ übernommen hat, zeigt sich in dem Zeitinvestment auch, dass hier weder die Fallsteuerung noch die Überleitung an eine weiterführende Hilfeplanung im Rahmen des Klinikaufenthalts abgeschlossen werden konnte.

Die KZP ist, dies zeigen die Daten, ein Ort, an dem viele Personen erstmalig als Leistungsempfänger mit dem pflegerischen Hilfesystem (meist im Rahmen eines Pflegeantrags) in Kontakt kommen. Dies ist ein Befund, der auch Implikationen für die Beratungsarbeit hat. Sowohl in den Ergebnissen zu den KZP-Gästen, als auch in den Aussagen der Experten, spiegeln sich zwei zentrale Spannungsfelder wider:

- Der Konflikt des pflegebedürftigen Menschen zwischen Unabhängigkeit und dem Zulassen von Hilfen. In allen Expertengesprächen nimmt dieser, in der Beratungsarbeit wahrgenommene Konflikt, gerade bei älteren Menschen eine bedeutende Rolle ein. Die von der Projektkoordinatorin für einen Teil der KZP-Gäste beschriebenen „schwierigen“ Verhaltensweisen wie beispielsweise Rigidität („Sturheit“) mögen ein Ausdruck dessen sein, dass Menschen gerade angesichts der gefährdeten Autonomie ein größeres Bedürfnis nach Selbstbehauptung haben.

- Der Konflikt zwischen dem Recht des pflegebedürftigen Menschen auf Selbstbestimmung und der Sorge des sozialen Umfelds um das Wohlergehen der Person bzw. der Reichweite der Fürsorgepflicht professioneller Helfer. Auch dies wurde von den Experten angesprochen. Eine erste Analyse der in den Fallbeispielen erkennbaren Risiken wies immer wieder auf Personen hin, deren Ablehnung von Hilfen den Grad eines risikoreichen Verhaltens aufwies.

Diese Herausforderungen haben Implikationen für die Beratungsarbeit.

### **Fazit und Ausblick**

Nicht alle, aber doch ein beträchtlicher Anteil von KZP-Gästen nach KH-Aufenthalt weist einen Bedarf an unterschiedlich umfassender sozialer Beratung auf. Dies können Personen mit rein pflegerisch-beruflichem Hintergrund nicht leisten.

Wie lässt sich diese Lücke schließen? Bei den von der Projektkoordinatorin beratenen KZP-Gästen fand eine Überleitung von KSD hin zur § 7a SGB XI-Pflegeberatung oder zu den Pflegestützpunkten in den seltensten Fällen statt,- auch wenn der Hilfeplanungsprozess nicht abgeschlossen werden konnte. Zugleich geben die Projektergebnisse Hinweise darauf, dass betroffene Personen und ihre Familien eine Beratung häufig nicht nachfragend aufsuchen, sondern von einer zugehenden Beratung profitieren. Dies gilt insbesondere für solche KZP-Gäste, die in ihrem sozialen Umfeld keinen „Kümmerer“ haben, die für sie die Hilfeplanung übernehmen oder Hilfe suchen. Auch wenn einige KZP-Gäste im Projekt über beeindruckende Ressourcen zur selbständigen Lösung ihrer Probleme verfügten, war dies doch insgesamt nur eine kleine Gruppe.

Das Erkennen möglicher Beratungsbedarfe von KZP-Gästen und ihren Angehörigen kann nur innerhalb der Einrichtung stattfinden. Schon aus Datenschutzgründen könnten Beratende aus dem nachsorgenden Sektor in der KZP keine zugehende Arbeit leisten. Umgekehrt erscheint es aber schwer umsetzbar, in den überwiegend eingestreuten KZP-Plätzen jeweils Sozialarbeiter zu beschäftigen.

Ein möglicher Lösungsansatz, insbesondere für Einrichtungen mit einer begrenzten Zahl an KZP-Plätzen, könnte darin bestehen, den Prozess der Erkennung von Beratungsbedarfen und die eigentliche Beratungsarbeit zu trennen. Wenn Personen, die für die Aufnahme von KZP-Gästen zuständig sind, entsprechende Zusatzkompetenz erwerben und ein entsprechendes Instrumentarium an die Hand bekämen, um KZP-Gäste und deren Familien zu motivieren, Beratung in Anspruch zu nehmen, und bei Bedarf den Kontakt zu einer Beratungsstelle herstellen, so könnte dies dem Bedarf gerecht werden, ohne Parallelstrukturen zu etablieren. Diese Zusatzarbeit verantwortlicher Personen in der KZP bedarf allerdings einer entsprechenden Refinanzierung. Innerhalb des bestehenden Budgets ist sie nicht leistbar. Und auch

die kooperierende Beratung müsste entsprechende zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben, um den KZP-Gast gegebenenfalls mehrfach in der Einrichtung aufsuchen zu können. Von großer Wichtigkeit ist es dann, dass eine Vernetzung zwischen verantwortlichen Personen in der KZP und außerklinisch tätigen Beratenden stattfindet, bei der auch Kooperationsverfahren festgelegt werden.

Aktuell stellt sich die KZP als Ort dar nicht nur für ältere/hochaltrige Personen, bei denen die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht, sondern auch für Personen mit komplexen psychosozialen Handlungsbedarfen, für jüngere Personen, oder für Personen mit einem multimodalen Interventionsbedarf und oft noch unklaren Versorgungswegen. Der zunehmende ökonomische Druck, unter denen KHer arbeiten müssen, führt dazu, dass Menschen, die keinen akutmedizinischen Handlungsbedarf mehr aufweisen, aus den Kliniken entlassen werden (müssen) – auch wenn sich (noch) kein passender und akzeptabler Lebensort herauskristallisiert hat. Demzufolge ist die Varietät der Bedarfslagen in der KZP groß. Alle, bei denen keine Indikation für eine geriatrische oder fachspezifische Rehabilitation (Rehabbedarf, Rehapotenzial und pos. Rehabilitationsprognose) vorliegt und deren Entlassung nach Hause zu riskant ist, bleibt in Baden-Württemberg zunächst nur der Weg in die KZP.

Man kann diesen Versorgungsweg als problematisch begreifen, oder auch als Chance. Denn die KZP vereint - nicht nur für diese, sondern auch für die Gruppe „klassischer“ Inanspruchnehmer nach KH-Aufenthalt - in sich zwei für die Beratung günstige Aspekte: a) Sie stellt ein Provisorium dar. Während dieser Zeit ist der Betroffene außerhalb seiner Alltagsstrukturen, was möglicherweise grundsätzliche Fragen über die eigene längerfristige Wohn- und Lebensperspektive stimuliert. Die hier möglicherweise auftretende Verunsicherung kann auch dazu führen, dass Personen gegenüber einer Beratung offener sind, als sie es in den eigenen vier Wänden wären. Und b) es besteht meistens kein so großer Entlassungsdruck wie im KH, wie die unterschiedliche Aufenthaltsdauer der KZP-Gäste zeigt. Auch Personen, die mit chronifizierten prekären Lebenslagen in die KZP kommen, sind aufgrund der Aufenthaltsdauer teilweise besser durch ein Hilfesystem erreichbar, was sie vorher über viele Jahre in der eigenen Häuslichkeit nicht erreicht hat.

Ein Aspekt, der für die KZP nach KH eine wesentliche Rolle spielt, aber nicht im Fokus des Projekts stand, ist die Frage nach rehabilitativen Anteilen. Im Tätigkeitsspektrum der Projektkoordinatorin finden sich auch Tätigkeiten, die sich auf die vermehrte Einbeziehung therapeutischer Angebote richtet. Auch wurde die Bedeutung der gezielten Mobilisierung im Rekonvaleszenzprozess in verschiedenen Falldokumentationen angesprochen. Inwieweit hier bei den KZP-Gästen vorhandene Potenziale ausgeschöpft wurden, kann mit den Projektdaten nicht beantwortet werden. Unstrittig ist aber, dass dieser Aspekt von KZP nach KH-Aufenthalt für die erfolgreiche Rückkehr nach Hause eine entscheidende Funktion haben kann,- dies haben auch die Experten betont.

Ein weiterer Aspekt der sozialen Beratung von KZP-Gästen ist, dass sich der Blickwinkel häufig nicht nur auf das „Danach“ richten muss, sondern bereits auf das „jetzt“. Ein Großteil der KZP-Gäste hat ein laufendes Verfahren auf Ersteinstufung. Diese KZP-Gäste erfahren möglicherweise erst geraume Zeit nach ihrem Einzug, ob und für welche Dauer diese über die Pflegeversicherung finanziert werden kann. Bei einem Großteil der KZP-Gäste mit langer Verweildauer war die Finanzierung zu klären, die Notwendigkeit von Anträgen auf Hilfe zur Pflege musste dann ebenso erwogen werden wie beispielsweise Ratenzahlung des Eigenanteils bei Personen, die nicht sozialhilfefähig waren.

Wenn eine Person nach KH-Aufenthalt erstmals oder verstärkt Hilfe benötigt, so ist dies nicht nur eine Organisationsfrage. Die soziale Beratung von KZP-Gästen muss auch auf Bedarfe nach psychosozialer Stabilisierung reagieren können, bevor über die Etablierung eines Unterstützungsarrangements nachgedacht werden kann. Und wenn dies ansteht, kann die Aufgabe auch darin bestehen, einer Person und ihrem Bezugspersonensystem Unterstützung in einem länger andauernden Entscheidungsfindungsprozess zu leisten. Die Bedeutung einer Vertrauensbeziehung bei manchen KZP-Gästen impliziert auch, dass Beratung nicht so organisiert werden kann, dass Personen quasi von Beratern „weitergereicht“ werden. Beratung sollte sektorenübergreifend so organisiert sein, dass hier zumindest die Möglichkeit besteht, dass der Ansprechpartner auch der Ansprechpartner bleibt.

Personen in der Kurzzeitpflege sind – so zeigt das Projekt – häufig damit konfrontiert, dass eine vertraute Lebenssituation gefährdet ist und Wege gefunden werden müssen, diese wieder zu ermöglichen oder eine tragfähige Alternative zu finden. Dass viele Personen in solchen Situationen eine zugehende, verlässliche und im Blick auf die Bedarfe qualifizierte Beratung benötigen, konnte hier aufgezeigt werden. Zu klären, in welchen Zuständigkeitsbereich eine solche Beratung fällt, ist Sache der Politik.

---

---

## LITERATUR

---

---

- Bitzer; E.M., Bohm, S. Hartmann & A., Priess, H.-W. (2014). BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 27. Asgard Verlagsservice
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG, Hrsg., 2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. TNS Infratest Sozialforschung, München. 2011.
- Burricher, A. & Wadenpohl, S. (2008). Menschen am Übergang vom Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung. Ein Projekt des Kreises Recklinghausen zur Analyse kommunaler Steuermöglichkeiten an der Schnittstelle von Krankenhaus und Altenheim. Kreis Recklinghausen (Hrsg.). Themenheft Gesundheitsberichterstattung.
- Deckenbach, B., Stöppler, C., & Klein, S. (2013). Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. IGES-Institut, Berlin.
- Hartmann, E. & Heinemann-Knoch, M. (2002): Kurzzeitpflege in der Region. Teil I und II. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 205, Stuttgart, Berlin, Köln/BMFSFJ, „Kurzzeitpflege in der Region“. Schriftenreihe Band 205.
- Hibbeler, B. (2013). Stationäre Behandlung: Der alte Patient wird zum Normalfall. Deutsches Ärzteblatt; 110 (21): A-1036/ B-902/ C-898.
- Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U., Behrend, S., Göhner, A., Heislbetz, C., Hellbusch, C., Püchner, A., Riesterer, J., Schmidt, M., Schuhmacher, B. & Ziller, H. (2012). Bericht des GKV-Spitzenverbandes: „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“. GKV-Spitzenverband (Hrsg.).
- Kolip, P. & Güse, H.-G. 2004). Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37: 231–239.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA, 2014, Hrsg.) Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Abschlussbericht.
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, (MDK, 2009). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. [http://www.mdk.de/media/pdf/BRI\\_Pflege\\_090608.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf) (02.05.2015)
- Nowossadeck E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2).
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A.: BARMER GEK Pflegereport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18. Siegburg: Asgard Verlagsservice.
- Spangenberg, L., Glaesmer, H., Brähler, E., Kersting, A., & Strauß, B. (2013). Nachdenken über das Wohnen im Alter. Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer repräsentativen Stichprobe ab 45-jähriger. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (3), 251-259.
- Statistisches Bundesamt, 2013: [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Bilder/Informieren/ZahlenFakten/Pflegequote\\_Alter\\_Geschlecht\\_2011.png%3F\\_\\_blob%3Dnormal%26v%3D7](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Bilder/Informieren/ZahlenFakten/Pflegequote_Alter_Geschlecht_2011.png%3F__blob%3Dnormal%26v%3D7). Zugriff am 29.4.2015

**Dr. phil. Marion Bär**

marion.baer@gero.uni-heidelberg.de

Tel: 06221 – 548176

**Dr. phil. Petra Schönemann-Gieck**

petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de

Tel: 06221 – 548175

**Institut für Gerontologie**

Universität Heidelberg

Bergheimer Str. 20

69115 Heidelberg

[www.gero.uni-heidelberg.de](http://www.gero.uni-heidelberg.de)