

Projekt: Vom Heim nach Hause

Projektname	Vom Heim nach Hause Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen
Projektträger	Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH (Geschäftsführung <u>Heidi Farrenkopf, Jürgen Unrath</u>) und Sozialministerium Baden Württemberg (Finanzierung)
Projektkoordinatorin	<u>Esther Süs</u> , Krankenschwester und Dipl. Sozialarbeiterin (FH)
Projektberatung	<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
Wissenschaftliche Begleitung /Evaluation	Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg: <u>Dr. Marion Bär</u> <u>Dr. Petra Schönemann-Gieck</u>
Projektzeitraum	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. Anlage).

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 Praxis Einrichtung 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 (s. Projektauftrag im Anhang) 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 (s. Anhang).

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 vertieteten 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 Handschuhsheim“).

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 Projekterfahrungen 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 Informationstand 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 Zugewandtheit 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-Gästen¹ 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.

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

- 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.
- 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 geriatrischen 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 Beratungsangebote 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 Zugewandtheit 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*