



Fachklinik
Herzogenaurach



Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation

Ralf Schmidt, Dr. Wilfried Schupp





Inhaltsübersicht

	Seite
1. Einleitung	5
Prof. Dr. med. Elmar Gräbel: Die Situation pflegender Angehöriger	6
2. Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung	9
2.1. Angehörigenseminar: Der Entschluss zur häuslichen Pflege	9
2.2. Angehörigenanleitungscheckliste/Individueller Pflegekurs	9
2.3. Therapeutische Wochenendpflege	10
2.4. Der nachstationärer Pflegerückmeldebericht	11
2.5. Erweitertes Element: Die Nachsorgekooperation der Fachklinik Herzogenaurach	11
3. Ergebnisse aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten	12
3.1. Zur Entwicklung des Pflegebedarfes	13
3.2. Zur Fortführung von Therapieempfehlungen	13
3.3. Zur Nutzung von Hilfsmitteln	14
4. Prospektive Evaluation „Optimierung der Überleitung zwischen neurologisch-weiterführender Rehabilitation (Phase C) und häuslich-ambulanter Versorgung“	16
4.1. Studiendesign	16
4.2. Ergebnisse des 6-monatigen poststationären Verlaufes	20
4.3. Ergebnisse des Langzeitverlaufes nach 2,6 Jahren	21
5. Patienten- und Angehörigenbefragungen im Rahmen des Pflegeüberleitungskonzeptes	22
5.1. Fragestellung und Methode	22
5.2. Ergebnisse bzgl. der integrierten Dienstleistung ambulanter Pflegedienste	23
6. Langzeitergebnisse im Kontrollgruppenvergleich einer Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation	25
7. Posterpreis des Münchner Pflegekongresses 2006	26
8. Literaturverzeichnis	27



ISBN 978-3-00-025631-8

Autoren:

Ralf Schmidt, Pflegedienstleiter

Dr. med. Wilfried Schupp, Chefarzt der Abteilung Neurologie und Neuropsychologie

Gastautor:

Prof. Dr. med. Elmar Gräbel, Leiter Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Auflage: 500, August 2008



1. Einleitung

Die Patientenüberleitung in die häuslich-ambulante Versorgung ist bei verkürzten Verweilzeiten in Kliniken mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit und mit steigendem Lebensalter von zentraler Bedeutung.

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

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

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

Die Vorbereitung der häuslichen Pflegesituation ist dabei primär interdisziplinäre Aufgabe aller therapeutischen Berufsgruppen mit sektoraler Aufgabenstellung. Das Pflegekonzept systematisiert pflegerische Interventionen und beinhaltet weiterführende Erstkontakte und nachstationäre Rückmeldung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisbereiche sind die laufenden Erfassungen zur Patienten- und Angehörigenzufriedenheit mit Elementen der Überleitungskonzeption sowie nachstationäre Rückmeldungen zur Entwicklung des Pflegebedarfes, zur Nutzung von Hilfsmitteln und zur Fortführung von Therapieempfehlungen. Eine wissenschaftliche Prüfung mit Langzeitverlauf im Kontrollgruppenvergleich wurde erfolgreich abgeschlossen und veröffentlicht. Demnach wirkt die Pflegeüberleitungskonzeption positiv auf die Stabilität der häuslichen Versorgungssituation mit Reduzierung von Institutionalisierung und Sterblichkeit als Langzeiteffekt nach 2,6 Jahren (Gräßel et al, 2006) (16,28).

Prof. Dr. med. Elmar Gräbel: Die Situation pflegender Angehöriger

2,1 Millionen Menschen waren im Jahr 2005 in Deutschland auf regelmäßige pflegerische Hilfen angewiesen, davon lebten 1,38 Millionen zu Hause und 0,68 Millionen in einem Pflegeheim. Die häusliche Pflege und Versorgung wird in der Mehrzahl der Fälle (52%) ausschließlich als private Pflege durchgeführt. 28% der Pflegebedürftigen nutzen ergänzend professionelle Pflege, 9% ergänzend sonstige Hilfen wie Essen auf Rädern und andere hauswirtschaftliche Dienstleistungen und 8% werden nur durch professionelle Pflege versorgt (33). Beratungs- und Entlastungsangebote werden von den familiären Hauptpflegepersonen, welche die private Pflege erbringen, nur in 16% der Fälle in Anspruch genommen. Darunter nutzen 7% den Meinungs austausch mit professionellen Fachkräften, 6% eine Angehörigenberatung, 4% eine telefonische Beratung, 3% eine angeleitete Angehörigengruppe und 2% eine Selbsthilfegruppe für Angehörige (33).

Als bedeutende Belastungsursachen für familiäre Pflegepersonen zählen die Übernahme von Aufgaben für den Erkrankten und damit verbunden der Konflikt mit anderen sozialen Rollen, außerdem die mangelnde Anerkennung für die geleisteten Hilfen, finanzielle Einbußen, z.B. durch die Aufgabe der Berufstätigkeit, mangelnde Regenerationsmöglichkeiten durch belastende Pflegetätigkeiten und Präsenzpfllichten. Daraus folgt oft die Einschränkung sozialer Kontakte und Aktivitäten. Durch demenzielle Syndrome bedingte Verhaltensstörungen, wie unverständliche oder selbstgefährdende Verhaltensweisen, führen zu zusätzlichen Belastungen der Pflegeperson.

In einer deutschlandweiten Angehörigenbefragung mit 1911 Teilnehmern, die chronisch Kranke pflegten und versorgten, zeigten 24,4% mittelgradig erhöhte und 14,2% stark bis sehr stark erhöhte Werte im Gießner-Beschwerdebogen 24 (34). Nur 61,4% der Teilnehmer zeigten nicht oder gering erhöhte Werte und damit keine oder kaum vorhandene körperliche oder psychosomatische Belastungen. Nach einer Metaanalyse von 84 Studien ist der Vergleich von körperlichen und psychischen Beschwerden von pflegenden Angehörigen mit nicht pflegenden Personen möglich (37). Demnach treten körperliche Beschwerden und Depressivität bei pflegenden Angehörigen signifikant häufiger auf. Die subjektive Belastung pflegender Angehöriger hat negative Auswirkungen auf den Pflegestil (35, 36) und die eigene Gesundheit (37), sie führt zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko bei Angehörigen, die sich belastet fühlen, (38) und zu einer früheren Beendigung der häuslichen Pflege (39, 40, 41). Von allen Angehörigenmerkmalen ist eine hohe subjektive Belastung der bedeutendste Prädiktor für die Beendigung der häuslichen Pflege und die Einweisung der Betroffenen in ein Pflegeheim. Die häusliche Versorgung bei Pflegebedürftigkeit ist primärer Wunsch von Betroffenen und Angehörigen. So lehnen 37% der Betroffenen und 47% der Angehörigen einen Umzug in ein Pflegeheim generell ab, 22% respektive 23% halten ihn für unwahrscheinlich und 15% respektive 18% halten ihn für nicht sehr wahrscheinlich (33).

Interventions- und Überleitungskonzepte für chronisch Kranke und Pflegebedürftige sollten für die Angehörigen Entlastungsstrategien beinhalten, mit den Zielen, die Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu erhalten und zu verbessern, die Lebensqualität der Angehörigen und des Betroffenen zu fördern und die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren und zu stärken.

Entlastungsmaßnahmen für pflegende Angehörige

- Individuelle Beratung
- Mithilfe aus der Familie
- Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Hilfen
- Ambulante, professionelle Pflegedienste
- Teilstationäre Angebote wie Tages- oder Nachtpflege
- Ärztliche Unterstützung wie Behandlung und Information
- Patientenbezogene Heil- und Hilfsmittelverordnungen
- Betreuungsgruppen
- Angehörigengruppen
- Urlaub: alleine (Kurzzeitpflege), gemeinsam (betreuter Urlaub)
- Betreutes Wohnen
- Vollstationäre Pflege

Nach einer Metaanalyse von 78 Studien haben sich folgende Interventionen im Kontrollgruppenvergleich als besonders wirksam erweisen(43) (+: $p < 0,01$, ++: $p < 0,001$):

	Subj. Belastung	Depressivität	Kenntnisse & Fähigkeit	Patientensymptome
Angehörigenschulung	+	++	++	++
Angehörigengruppen	+		++	
Psychotherapie	++	++	++	
Tagespflege/häusliche Entlastungen	++	++		
Patiententraining				+
Kombinierte Maßnahmen	++		++	

Zur Stabilisierung und Steigerung der Lebensqualität von Angehörigen und Betroffenen scheint die Möglichkeit zur Teilnahme am Alltag, ein würdevoller Umgang in emotional positiver Atmosphäre und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse besonders wichtig. Sich selbst nicht vernachlässigen zu müssen sowie die Verlässlichkeit auf das Anrecht von therapeutischen Hilfen und gewünschten Entlastungsangeboten sind wichtige Grundlagen für eine noch befriedigende Lebensqualität in einer Pflege- und Hilfssituation. Belastungspräventive Interventionen für pflegende Angehörige sollten demnach günstige Umgangsweisen des Pflegenden fördern und rechtzeitig individuelle Hilfen vermitteln.

Eine günstige Umgangsweise mit der Erkrankung und der eigenen Situation als helfende Person ist die Vermeidung einer unnötig negativen Bewertung, verstärkt durch Kohärenz und Optimismus. Die Erkrankung kann als ein „wertvoller“ Lebensabschnitt angesehen werden, das Schicksal als helfende Person als „gut ist es füreinander da zu sein“. Kohärenz bedeutet: Die Dinge, die einem widerfahren, werden im Prinzip als sinnhaft, verstehbar und zu bewältigen anerkannt. Ebenso günstig ist der aktive Umgang mit der Situation, sich nicht zurückzuziehen, soziale Kontakte nicht aufzugeben. Problemorientierte Bewältigungsstrategien können aktiviert werden, so kann man soziale Unterstützung erwerben und einfordern, Wissen und Kompetenzen im Umgang mit der schwierigen Situation erweitern und direkte Entlastungsangebote nutzen, wie z.B. ehrenamtliche Besuchsdienste, ambulante Pflegedienste oder Tagespflege.

Intrapsychische Bewältigungsstrategien aufgrund von ähnlichen Vorerfahrungen können aktiviert werden oder neu gelernt werden, wie z.B. emotionale Entspannung durch Entspannungstechniken.

Als Lösungsansatz kann gelten: Rechtzeitige Hilfe durch niederschwellige oder zugehende Beratungsangebote und Interventionen in Anspruch nehmen.

Appelle an die professionellen Helfer und Personen, die mit chronisch kranken Menschen zu tun haben

- **Behandelnde Ärzte:** Helfen Sie den Erkrankten und ihren pflegenden Angehörigen konsequent, indem Sie die Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen und indem Sie den Angehörigen Ihren ärztlichen Rat sowie Information und Hilfe geben, insbesondere dann, wenn erste Beschwerden beim Angehörigen auftreten.
- **Professionelle Helfer:** Versuchen Sie in ihrem Aufgabenbereich eine qualitativ hochwertige Unterstützung zu geben, die auch die emotionalen und sozialen Bedürfnisse der Erkrankten und Angehörigen berücksichtigt.
- **Pflegende Angehörige:** Vernachlässigen Sie nicht Ihre eigenen Bedürfnisse oder Ihre eigene Gesundheit! Fordern sie aktiv Hilfe und soziale Unterstützung ein.
- **Soziales Umfeld** der Hauptpflegeperson: Unterstützen und entlasten Sie die Hauptpflegeperson frühzeitig, aktiv und verständnisvoll, denn „auf mehreren Schultern trägt es sich leichter“.
- **An alle,** die mit chronisch kranken Menschen umgehen: Versuchen Sie dem Erkrankten einen Lebensbereich zu erhalten oder zu schaffen, in dem er sich sicher und bestätigt fühlt.

Resümee: Eine effiziente Entlastung helfender oder pflegender Angehöriger, die wirksam ist, Bedürfnisse befriedigen hilft und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt, ist unerlässlich zur Sicherung der häuslichen Pflege als Versorgungsangebot für die Zukunft.

2. Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung

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

Die Zielsetzungen der Konzeption sind:

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

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

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

2.1. Angehörigenseminar: Der Entschluss zur häuslichen Pflege



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

2.2. Angehörigenanleitungscheckliste/Individueller Pflegekurs



Die Angehörigenanleitung ist ein weiteres Element der Konzeption. Die Anwendung der Angehörigenanleitungschecklisten strukturiert und dokumentiert die Schulungsmaßnahmen als individuellen Pflegekurs für neurologisch Erkrankte, orientiert am Krankheitsbild und an pflegerelevanten Funktionsdefiziten und Risikoprofilen, welche für die spätere häusliche Versorgung wesentlich sind. Per Checkliste werden die Angehörigen am betroffenen Patienten in den Pflegemaßnahmen angeleitet. Die jeweils notwendigen Anleitungen werden in einem ersten Beratungsgespräch geplant und von den zuständigen Bezugspflegekräften

koordiniert. Sie dienen der Aufklärung über den Pflegeverlauf, der Einübung von Routine durch frühzeitige Praxisanleitung, der Vermeidung von Pflegefehlern sowie der Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Erlernen sachgerechten Handlings. Der erworbene Kenntnisstand ist mittels Dokumentation in der Checkliste jederzeit nachvollziehbar.

Der individuelle Pflegekurs wird flankiert durch grundsätzliche Maßnahmen der Aufklärung, Beratung und Schulung von Angehörigen. Dazu gehören ärztliche Aufklärung, Therapiehospitalationen, Beratung durch therapeutische Berufsgruppen und sozialrechtliche Beratung durch die Klinische Sozialarbeit.

2.3. Therapeutische Wochenendpflege

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

Zielsetzungen der therapeutischen Wochenendpflege sind :

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

Die umfangreichen Vorbereitungen müssen lückenlos und zuverlässig stattfinden. Die Aufgaben der Klinik sind die Indikationsstellung durch den Stationsarzt, das Pflegeteam oder in der Teambesprechung, die Information und Anleitung der Patienten und der Angehörigen, die Anmeldung zur therapeutischen Wochenendpflege durch die Pflegedienstleitung oder die klinische Sozialarbeit sowie die Auswertung der Checklisten, welche die ambulanten Pflegedienste während der therapeutischen Wochenendpflege bearbeiten. Dies erfolgt durch die mitbeteiligten Berufsgruppen Arzt, Pflegedienst, klinische Sozialarbeit, Ergotherapie und Physiotherapie. Die Aufgaben der ambulanten Pflegedienste sind die Sichtung der Anmeldeunterlagen, die Terminvereinbarung mit Angehörigen, mindestens zwei Hausbesuche mit direkter Pflegeunterstützung bei Bedarf, Abklärung der Angehörigenkompetenzen und Pflegeberatung vor Ort sowie eine Wohnraumbegleitung mit Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung. Die Dokumentation erfolgt zeitgerecht über standardisierte Rückmeldebögen und Checklisten per Fax an die Klinik. Die Maßnahme wird als Privatauftrag der Fachklinik Herzogenaurach durch die klinische Fallpauschale mitfinanziert und legitimiert durch Punkt 6 der gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V vom 1.7.1999 (4), in dem Rehabilitationseinrichtungen aufgefordert werden einen individuellen Nachsorgeplan zu erstellen, der Empfehlungen über die Nutzung weiterer Maßnahmen, Hilfestellungen und ggf. Wohnraumanpassungen enthält.

2.4. Der nachstationäre Pflegerückmeldebericht

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

Die Eckpunkte des Pflegerückmeldeberichtes sind:

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

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

2.5. Erweitertes Element: Die Nachsorgekooperation der Fachklinik Herzogenaurach

Die Nachsorgekooperation Herzogenaurach ist eine informelle Partnerschaft mit ambulanten Diensten aus dem Großraum Erlangen-Nürnberg-Fürth, die mit einem ersten Informationstreffen im Jahre 2000 ins Leben gerufen wurde. Sie dient der Sicherstellung der standardisierten Durchführung der therapeutischen Wochenendpflege und der Bearbeitung der nachstationären Pflegerückmeldeberichte. Weitere Ziele sind die Weiterentwicklung der Konzeption durch Erfahrungsaustausch sowie gemeinsame Fortbildung zu aktuellen pflegerischen und medizinischen Themen.

Die Nachsorgekooperation umfasst über 140 Pflegedienste (Stand 4/2008) im Umkreis vom 50 km der Klinik und schließt private Pflegedienste sowie Wohlfahrtspflegedienste gleichermaßen mit ein. Teilnehmen an der Nachsorgekooperation können Pflegedienste, wenn sie die therapeutische Wochenendpflege bereits einmal durchgeführt haben, Bereitschaft zeigen, nachstationäre Pflegerückmeldungen zu bearbeiten und sich regelmäßig an den Informationstreffen beteiligen. Die Informationstreffen finden jährlich bis zu zweimal statt. Die Veranstaltungen sind gut besucht und führen zu einem hohen Bekanntheitsgrad und zur Akzeptanz unserer Konzeption in der Region.

3. Ergebnisse aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten

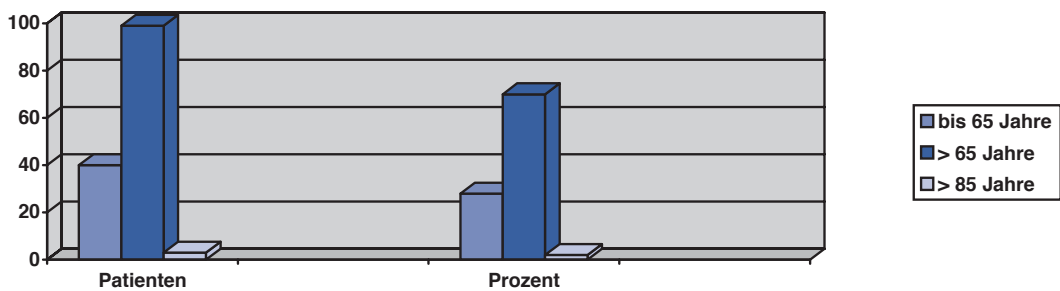
Im Rahmen des Pflegekonzeptes zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung wird als abschließendes Element der Patientenüberleitung ein nachstationärer Pflegerückmeldebericht vom nachsorgenden ambulanten Pflegedienst erstellt und an die Klinik zurückgesendet (siehe Abschnitt 2.4 und 2.5).

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

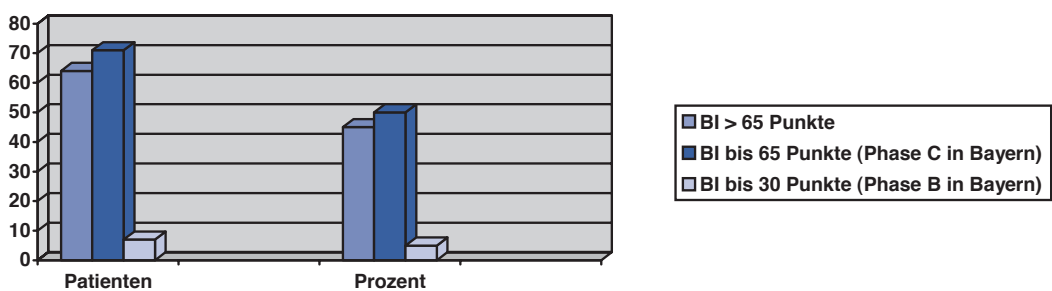
Aus den Jahren 2000 bis 2006 liegen bei einem Rücklauf von 69% 183 auswertbare Pflegerückmeldeberichte vor.

Bei 36 Patienten (20%) wurde die Dienstleistung des ambulanten Pflegedienstes innerhalb von sechs Wochen nach Entlassung beendet. Hauptgründe hierfür waren die Übernahme der Pflege durch eine familiäre Pflegeperson oder die Entscheidung andere ambulante Pflegedienste für die Weiterversorgung zu beauftragen.

Die Altersverteilung der Patienten (n=142):



Der Barthel-Index bei Entlassung (n=142):



3.1. Zur Entwicklung des Pflegebedarfes

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

Die Auswertung der Pflegerückmeldeberichte (n=147) zeigt folgendes Bild:

- Pflegebedarf reduziert bei 43 Patienten (29%)
- Pflegebedarf stabil bei 79 Patienten (54%)
- Pflegebedarf erhöht bei 25 Patienten (17%)

Im Ergebnis wird in 83% der Fälle ein stabiler oder reduzierter Pflegebedarf sechs Wochen nach Entlassung beschrieben. Bei 17% hat sich der Pflegeaufwand in der nachstationären Phase innerhalb von sechs Wochen erhöht. Gründe für die Negativentwicklung des Pflegebedarfes sind, soweit recherchierbar, Sturzfolgen, Traumafolgen anderer Ursachen und zerebraler Reinsult.

3.2. Zur Fortführung von Therapieempfehlungen

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

Die Auswertung der Daten bezieht sich auf die Pflegerückmeldeberichte aus den Jahren 2000 bis 2006. Insgesamt wurden 190 weiterführende Therapieempfehlungen im Entlassbrief an den weiterbehandelnden Arzt ausgesprochen.

	Therapieempfehlungen	dokumentierte Therapieführung	in %
	Insgesamt	Insgesamt	
Physiotherapie	109	37	34%
Ergotherapie	48	12	25%
Physik. Therapie	9	3	33%
Logopädie	10	3	30%
Neuropsychologie	8	1	13%
Amb. Rehabilitation	2	1	50%
Ernährungsberatung	4	0	

Insgesamt werden weniger als die Hälfte der Therapieempfehlungen (30%) innerhalb der ersten sechs Wochen nach Entlassung als umgesetzt rückgemeldet. Die Umsetzungsquote nimmt zudem im Verlauf der Jahre 2000-2006 ab. Gerade neurologisch erkrankte Patienten mit Pflege- und Versorgungsbedarf profitieren von diesen Therapieformen im Sinne der Stabilität von Funktions- und Mobilitätsfähigkeiten. Gründe für die mangelnde Therapiefortführung erschließen sich aus den Pflegerückmeldeberichten nicht. Möglicherweise sind nicht ausreichende Therapieangebote, wie aufsuchende Hausbesuche, Probleme beim Transport zur Therapie, Belastungsgrenzen von pflegenden Angehörigen und reduzierte Heil- und Hilfsmittelbudgets der niedergelassenen Ärzte, mitausschlaggebend.

3.3. Zur Nutzung von Hilfsmitteln

Die Erfahrungen in der neurologischen Rehabilitation zeigen, dass die Hilfsmittelversorgung stets einer individuellen Betrachtung der Situation des Patienten und von dessen Umfeld bedarf. Eine Unter- und Überversorgung wurde für zerebro-vaskuläre Erkrankungen im „Gutachten des Sachverständigenrates“ aus dem Jahr 2002 bemängelt.

Mit der Analyse aus nachstationären Pflegerückmeldeberichten ambulanter Pflegedienste aus den Jahren 2000-2006 können wir die Ist-Situation im Einzugsgebiet der Klinik (Großraum Nürnberg, Fürth, Erlangen) betrachten und Informationen zu spezifischen Besonderheiten der Hilfsmittelsituation neurologisch erkrankter Menschen bereitstellen, und zwar bezüglich der Art verordneter Hilfsmittel, der Nutzungsrate, des Umfangs notwendiger Neuverordnungen und der Auswirkung auf die Selbständigkeit der Patienten. Diese Daten helfen uns, eine Optimierung unserer Hilfsmittelversorgung für die Nachsorge zu erreichen mit dem Ziel der Nahtlosigkeit und der Vermeidung von Fehl- und Überversorgungen.

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

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

Ergebnisse

Aus den Jahren 2000 bis 2006 liegen 151 Pflegerückmeldeberichte mit Informationen zur Hilfsmittelversorgung vor (7).

Insgesamt wurden 379 Hilfsmittel für die nachstationäre Weiterversorgung verordnet (vgl. Abbildung 1), was einem Durchschnitt von 2,5 Hilfsmitteln pro Patient entspricht (Vgl. Bestmann 2001 bei einem Gesamtkollektiv von 967 Patienten mit 2,3 Hilfsmitteln pro Patient) (8)

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

Verteilung der Verordnungen

Die verordneten Hilfsmittel lassen sich in vier Funktionsgruppen zusammenfassen:

Mobilitätshilfen bilden den größten Anteil der Verordnungen mit 42% (158 Hilfsmittel), darunter überwiegend Rollstühle, Rollatoren und Gehstützen/-stöcke.

Hilfsmittel zur persönlichen Pflege wurden mit 40% (153 Hilfsmittel) verordnet, darunter Badewannenlifter, Toilettensitzerhöhungen und Toilettenstühle.

Hilfsmittel für den Lebensbereich „Ruhens und Schlafen“ wurden mit 8% (29 Hilfsmittel) verordnet, darunter überwiegend Pflegebetten und Zubehörmaterial.

Medizinische Hilfsmittel wurden mit 10% (39 Hilfsmittel) verordnet, dabei zur Hälfte Kompressionsstrümpfe oder -verbände.

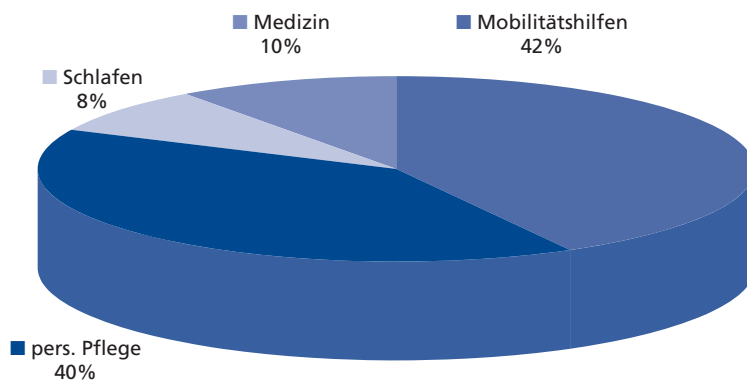


Abbildung 1

Häusliches Nutzungsverhalten

Die Nutzungsrate der regelmäßig zu Hause angewendeten Hilfsmittel liegt nach den Rückmeldungen bei 96% (n=135) in einem Beobachtungszeitraum von sechs Wochen. Diese Quote ist etwas höher im Vergleich zu Untersuchungen mit größeren Patientenzahlen (n=203) und längerem Beobachtungszeitraum (sechs Monate), die eine mittlere Nutzungsrate von 86% feststellen konnten (8,9).

Förderung der Selbstständigkeit

Zur Frage, ob die verordneten Hilfsmittel die Selbstständigkeit fördern, gibt es 93 auswertbare Rückmeldungen durch die kooperierenden ambulanten Pflegedienste, davon waren 72% (67) positive, 14% (13) zum Teil positive und 14% (13) negative Urteile. Bestmann et al (2001) fanden in ihrer Studie heraus, dass der Einsatz von Hilfsmitteln die motorische Kompetenz der Patienten im Bereich der Mobilität um 22% steigert (8,9).

Abstimmung auf die individuelle Patienten- und Umfeldsituation

Zur Frage, ob die Hilfsmittelverordnungen auf die häusliche Situation abgestimmt waren, liegen 77 Rückmeldungen von ambulanten Pflegediensten vor, wobei 87% (67) positiv, 5% (4) zum Teil positiv sowie 8% (6) negativ beurteilt wurden.

Diskussion

Bei kleinerer Patientenzahl und kürzerem Beobachtungszeitraum bestätigen sich Ergebnisse anderer Untersuchungen (8, 9), die einen relevanten Hilfsmittelanpassungsbedarf und Neuverordnungen nach stationärer neurologischer Rehabilitation belegen. Erfreulich ist die hohe Nutzungsrate von 96% der verordneten Hilfsmittel. Übereinstimmungen finden sich darin, dass Mobilitätshilfen und Hilfsmittel zur persönlichen Pflege die größten Anteile der Verordnungen ausmachen.

Die positiven Effekte der Hilfsmittel auf die Förderung der Selbstständigkeit sind nach den Rückmeldungen der ambulanten Pflegedienste erfreulich hoch. Die Abstimmung unserer Hilfsmittelplanungen auf die individuelle Patientensituation wird ebenso überwiegend positiv beurteilt, was durch den Einfluss der rückgemeldeten Empfehlungen nach therapeutischer Wochenendpflege begünstigt wird.

4. Prospektive Evaluation „Optimierung der Überleitung zwischen neurologisch-weiterführender Rehabilitation (Phase C) und häuslich-ambulanter Versorgung“

Die primäre Zielgruppe des Pflegekonzeptes zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung sind Schlaganfallpatienten und deren pflegende Angehörige. Bis zu zwei Drittel der Patienten, die das Akutereignis Schlaganfall überleben, verbleiben nach der klinischen Behandlung mit Defiziten in der funktionellen Selbständigkeit, bis zu 50% mit kognitiven Beeinträchtigungen und ein Drittel mit psychischen Störungen (10). Bei pflegenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten werden erhöhte psychische Belastungswerte festgestellt, die durch häusliche Pflege und Wesensveränderungen des Patienten verursacht werden (11). Um diese auftretenden Defizite und Probleme in der häuslichen Pflegesituation zu mindern und Folgekomplikationen wie Akut- und Pflegeheimweisungen zu reduzieren sowie um die Weiterversorgung durch ambulante Pflegedienste und die Hilfsmittelversorgung zu optimieren, wurde das Pflegeüberleitungskonzept durch Mitarbeiter des Pflegedienstes der Klinik, der Klinischen Sozialarbeit und ambulanten Pflegedienste entwickelt. Es beinhaltet mit dem Element der therapeutischen Wochenendpflege eine intensivierete Überleitungsmaßnahme, die sich von anderen Konzeptionen aus dem rehabilitativen oder akutklinischen Bereich sowie von den Empfehlungen aus dem Expertenstandard Entlassungsmanagement (1) unterscheidet.

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

4.1. Studiendesign

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

Die Patienten wurden unselektiert durch die Aufnahmeabteilung zwei neurologischen Stationen (Phase C) zugewiesen. Eine Station führte die Standardüberleitungsmaßnahmen durch. Deren Patienten bildeten damit die Kontrollgruppe. Die zweite Station setzte zusätzlich die ergänzenden Maßnahmen aus dem intensivierten Überleitungskonzept (s. Tab. 1 und Tab. 2) ein. Sie bildete mit ihren Patienten die Interventionsgruppe. Die Stationen waren dabei in allen Aspekten der Organisation und der Personalressourcen vergleichbar.

Tabelle 1

Flussdiagramm der prospektiven Evaluation:

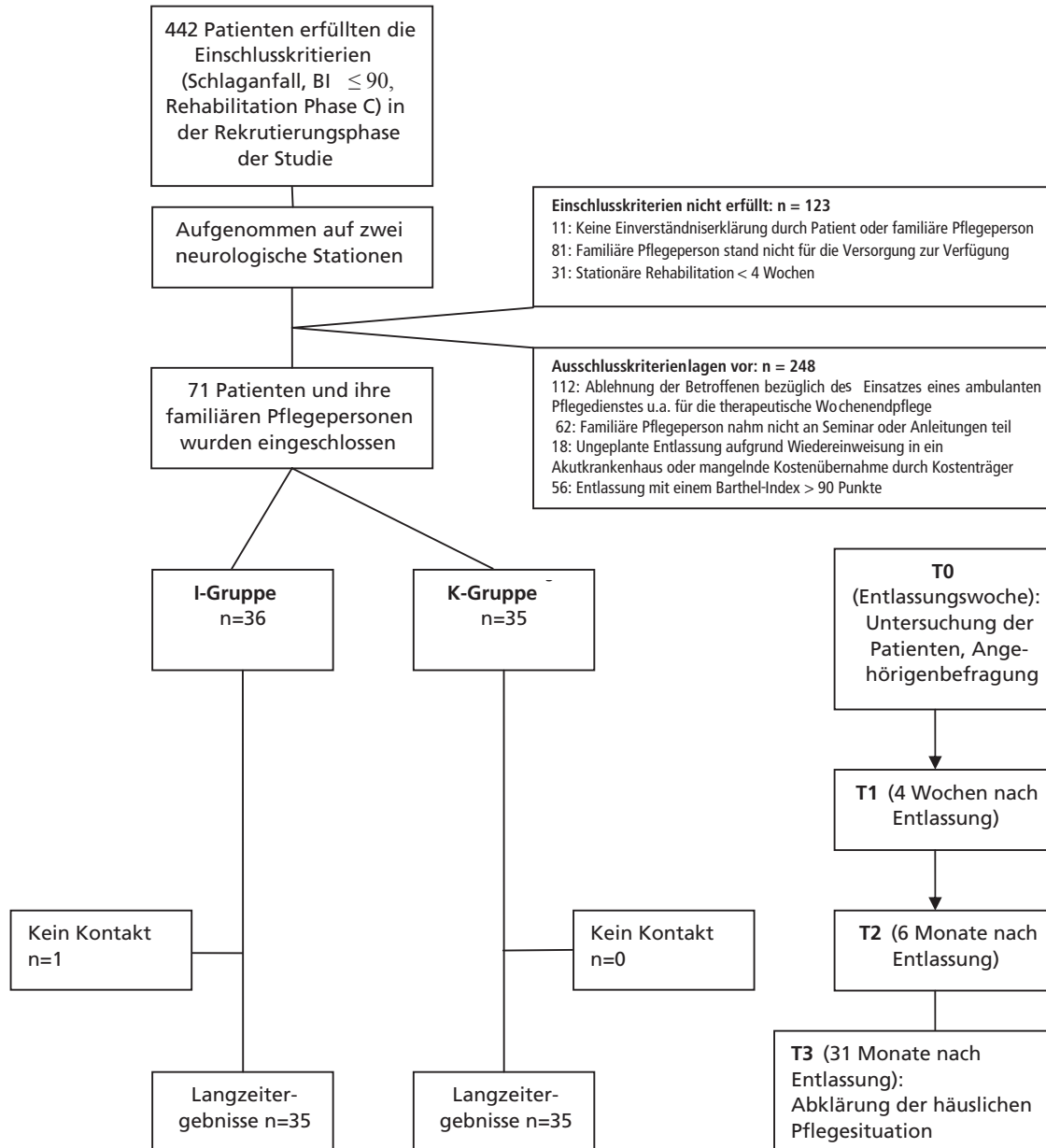


Tabelle 2

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

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

Tabelle 3

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

Tabelle 4 Patientendaten in beiden Studiengruppen bei Entlassung

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

Mittelwert ± SD

* t-test

† Chi-Quadrat-Test

FIM Functional Independence Measure

Frenchay Arm Test: Funktionalität der oberen Extremitäten

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

SF 36: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

SF 36_p: Physikalischer Summscore des SF 36

SF 36_e: Emotionaler Summscore des SF 36

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

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

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

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

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

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

Mittelwert ± SD

* t-test

† Chi-Quadrat-Test

¶ Summscore der Depression-Skala (D-5) von Zerssen and Koeller (1976)

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

Zusammenfassung

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

4.2. Ergebnisse des sechs-monatigen poststationären Verlaufes

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

Die Angehörigen zeigten in beiden Gruppen einen Anstieg ihrer körperlichen Beschwerden. Psychische Symptome veränderten sich bei den Angehörigen in den sechs Monaten der häuslichen Pflege nicht. Es besteht kein signifikanter Gruppenunterschied. Die Angehörigen der I-Gruppe waren somit durch körperliche und psychische Beeinträchtigungen nicht weniger belastet.

Bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens nahm die Anzahl der Arztbesuche in der I-Gruppe im Zeitverlauf von sechs Monaten ab, in der K-Gruppe dagegen zu ($p=0,048$), wobei in der I-Gruppe (T1) (ebenfalls signifikanter Unterschied: $p=0,044$) auch weniger Neuerkrankungen auftraten. Komplikationen in der Pflegesituation, z.B. bei der Versorgung eines Dauerkatheters, nahmen im Beobachtungszeitraum allein in der K-Gruppe zu (T1: 3%, T2: 14%), wobei in der I-Gruppe mehr Angehörige die Dienstleistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nahmen (52% versus 31% in der K-Gruppe). Die Inanspruchnahme nichtärztlicher Therapien reduzierte sich in der häuslich-ambulanten Versorgung in beiden Gruppen im Verlauf der Studie, wobei die I-Gruppe deutlich häufiger Ergotherapie in Anspruch nahm (signifikanter Unterschied: $p=0,038$).

Im gesamten untersuchten Patientenkollektiv wurden nach sechs Monaten folgende Heilmittelverordnungen umgesetzt: 61% der Patienten erhielten Krankengymnastik, 26% Ergotherapie, 18% Sprachtherapie und 23% Physikalische Therapie (42). Diese Ergebnisse zeigen deutlich höhere Fortführungsquoten für spezifische Therapien im Vergleich zu Empfehlungen in den Arztbriefen als die Ergebnisse der nachstationären Pflegerückmeldeberichte (s. 3.2.), die innerhalb von sechs Wochen durch ambulante Pflegedienste erstellt werden. Eine Erklärung hierfür kann zum einen der unterschiedliche Erhebungszeitraum sein, da unter Umständen innerhalb von sechs Wochen nach Entlassung noch nicht alle verordneten oder beabsichtigten Therapien angelaufen sind sowie zum anderen die unterschiedlichen Methoden in der Erfassung über ambulante Pflegedienste, die vielleicht nicht in allen Fällen über Dienstleistungen, die sie nicht selbst erbringen, informiert sind und so keine adäquate Rückmeldung geben können. In der Studie wurden auch explorativ-statistische Faktoren auf ihren Einfluss auf die weitere Heilmittelverordnung untersucht: Je schlechter die funktionelle Selbstständigkeit im Alltag und je besser die psychisch-mentale Lebensqualität der Patienten, desto eher erfolgten Mehrfachverordnungen. Die Mehrfachverordnungen von Heilmitteln wurden zudem durch die Empfehlungen im Arztbrief und durch häufigere Arztbesuche begünstigt sowie tendenziell auch durch niedrigeres Lebensalter und erneute Schlaganfälle. Das Vorhandensein von Hilfsmitteln reduziert die Chance auf Heilmittelverordnungen allerdings signifikant (42).

4.3 Ergebnisse des Langzeitverlaufes nach 2,6 Jahren

Für Telefoninterviews wurden die Daten aller bei T0 eingeschlossenen Patienten berücksichtigt, wobei eine Familie nicht mehr kontaktiert werden konnte. Somit konnten die Basisdaten aus T0 und die Ergebnisse bei T3 von 70 Patienten ausgewertet werden (35 Patienten in jeder Gruppe) (siehe Tabelle 1).

Ca. 2,6 Jahre nach der stationären Rehabilitation befanden sich signifikant mehr Patienten aus der Interventionsgruppe in häuslich-ambulanter Versorgung als aus der Kontrollgruppe (29 Patienten aus der I-Gruppe versus 19 Patienten aus der K-Gruppe, $p=0,036$). Signifikant weniger Patienten der I-Gruppe waren institutionalisiert oder verstorben.

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

Bezüglich der Heilmittelverordnung zeigte sich, dass jüngere Patienten und Patienten mit erneuten Schlaganfällen signifikant häufiger Mehrfachverordnungen erhielten. Mit 57% erhielten die Patienten Krankengymnastik als Heilmittelverordnung am häufigsten. 85% der Patienten nutzten auch Hilfsmittel (2,95 Hilfsmittel pro Patient im Mittel) (42).

Schlussfolgerungen

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

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

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

5. Patienten- und Angehörigenbefragungen im Rahmen des Pflegeüberleitungskonzeptes

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

5.1. Fragestellung und Methode

In Untersuchungen zu Qualitätswünschen an ambulante Pflegedienste zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen pflegenden Angehörigen einerseits und Pflegeexperten andererseits (13). Zum Beispiel war der meistgenannte Qualitätswunsch von pflegenden Angehörigen mit 35% der Antworten die Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit des Pflegepersonals. Bei den Antworten der Pflegeexperten war dieser Aspekt mit nur zwei Antworten im unteren Bereich der Rangliste vertreten.

Wir wollten daher nachvollziehen, ob die qualitativ guten Ergebnisse die sich auch in der subjektiven Zufriedenheit der Betroffenen abbilden. Wir entwickelten hierzu eine Patienten- und Angehörigenbefragung zur therapeutischen Wochenendpflege, die nach stattgehabtem Erprobungswochenende an die Betroffenen ausgehändigt und nach Rücklauf zentral ausgewertet wird. Der regelmäßige Einsatz des Fragebogens begann ab Juli 2005. Der Fragebogen orientiert sich an den subjektiven Qualitätswünschen pflegender Angehöriger der bereits erwähnten Untersuchung (13) sowie an ergänzenden Inhalten der Checklisten von Kostenträgern (AOK, 2005) und der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege (München) zur Beurteilung der Qualität von ambulanten Pflegediensten (14).

Die zentralen Fragestellungen waren:

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

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

5.2. Ergebnisse bzgl. der integrierten Dienstleistung ambulanter Pflegedienste

In dem Zeitraum Juli von 2005 bis Januar 2008 liegen 186 auswertbare Patienten- und Angehörigenbefragungen zur therapeutischen Wochenendpflege vor. Die Rücklaufquote liegt bei 73%. Die Beurteilungen erfolgen überwiegend mit Schulnoten von 1 bis 5 sowie mit Ja- und Nein-Fragen (18).

Die Fragebögen wurden durch folgende Personengruppen ausgefüllt (n=186):

- Patienten 115 (62%)
- Angehörige 36 (19%)
- Sonstige Hilfsperson 2 (1%)
- Ohne Angaben zur Person 33 (18%)

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

Vorbereitungen der Klinik für die therapeutische Wochenendpflege (n=173):

- 1: Sehr gut 113 (65%)
- 2: Gut 55 (32%)
- 3: Befriedigend 4 (2%)
- 5: Mangelhaft 1 (1%)

Termintreue des ambulanten Pflegedienstes (n=184):

- Ja 170 (92%)
- Nein 6 (3%)
- Kleine Unpünktlichkeit 8 (4%)

Einfühlsamkeit und Freundlichkeit der Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes (n=181):

- 1: Sehr freundlich 136 (75%)
- 2: Freundlich 35 (19%)
- 3-5: Nicht freundlich 10 (6%)

Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen (n=156):

- Ja 152 (97%)
- Nein 4 (3%)

Wenn ja, wie zufrieden waren Sie (n=164):

- 1: Sehr zufrieden 113 (69%)
- 2: Zufrieden 45 (27%)
- 3-5: Nicht zufrieden 6 (4%)

Wurden Kontaktadressen und Infomaterial des Pflegedienstes ausgehändigt (n=146):

- Ja 86 (59%)
- Nein 60 (41%) !

Wenn ja, wie hilfreich war das Infomaterial (n=104):

- 1: Sehr hilfreich 58 (56%)
- 2: Hilfreich 32 (31%)
- 3-5: Nicht hilfreich 14 (13%)

Einschätzung der Kompetenz des Personals der ambulanten Pflegedienste (n=186):

- 1: Sehr kompetent 122 (66%)
- 2: Kompetent 55 (27%)
- 3-5: Nicht kompetent 9 (5%)

Wurden die Pflegehandlungen mit dem Patienten besprochen (n=171):

- Ja 155 (91%)
- Nein 16 (9%)

Wurden die pflegenden Angehörigen miteinbezogen (n=122):

- Ja 103 (85%)
- Nein 19 (16%)

Vollständigkeit der Wohnraumbegehung (n=122):

- JA 107 (88%)
- Nein 15 (12%)

War die Wohnraumbegehung hilfreich (n=117):

- Ja 107 (92%)
- Nein 10 (8%)

Schlussfolgerung

Die Berücksichtigung der Qualitätswünsche Betroffener an ambulante Pflegedienste im Rahmen der therapeutischen Wochenendpflege konnte mit dieser Befragung bei einem Rücklauf von 73% gut dargestellt werden. Demnach zeigen sich überwiegend sehr gute Beurteilungen für Pünktlichkeit, persönlichen Umgang, Bedürfnisberücksichtigung und fachliche Kompetenz. Lediglich die Information über Pflegehandlungen und der Miteinbezug wurde etwas defensiver positiv beurteilt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Zufriedenheitsbefragungen älterer Menschen zur pflegerischen Versorgung oft hohe Zustimmungswerte ergeben (17). Bei der Beurteilung sollte ergänzend bedacht werden, dass die ambulanten Dienste die therapeutische Wochenendpflege zusätzlich am Wochenende zu ihren bereits geplanten Touren durchführen und sie eine komplexe Maßnahme aus direkter Pflege, Angehörigenberatung und Wohnraumbegehung darstellt.

Die Ziele der therapeutischen Wochenendpflege werden vor allem durch die guten Bewertungen für die Wohnraumbegehungen, die fachliche Kompetenz des Personals und den guten Miteinbezug der Betroffenen erreicht. Kritisch verbleibt die mangelhafte Aushändigung von Kontaktadressen und Infomaterial an die Betroffenen. Demnach liegen in nur 86 von 186 Fällen (46%) Rückmeldungen zu Infomaterial der ambulanten Pflegedienste vor. Dieses Infomaterial wird von den Betroffenen in 90 Fällen (87%) als hilfreich beurteilt. Das Ziel des weiterführenden Kontaktes, konkret die Weiterversorgung durch den Pflegedienst oder eine spätere nochmalige Kontaktaufnahme, wird dadurch unnötig erschwert.

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

6. Langzeitergebnisse im Kontrollgruppenvergleich einer Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation

Langzeitergebnisse im Kontrollgruppenvergleich einer Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation aktualisierte 2. Auflage 6/2008



Kontakt:
Ralf Schmidt, Pflegedienstleiter
Fachklinik Herzogenaurach · In der Reuth 1 · 91074 Herzogenaurach
ralf.schmidt@fachklinik-herzogenaurach.de

Ralf Schmidt, Pflegedienstleiter, Fachklinik Herzogenaurach
Prof. Dr. med. Elmar Gräbel, Leiter des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen
Johannes Biehler, Dr. med., Krankenhaus Ottenbeuren
Dr. med. Wilfried Schupp, Chefarzt der Abteilung Neurologie und Neuropsychologie, Fachklinik Herzogenaurach
Uta Hoeß, Assistenzärztin, Krankenhaus Rummelsberg

Fragestellung / Zielsetzung:

Seit 1998 wird in der Fachklinik Herzogenaurach für Patienten der neurologisch weiterführenden Rehabilitation (Phase C) ein intensiviertes Pflegeüberleitungskonzept umgesetzt und weiterentwickelt (1). Haben die Interventionen Einflüsse auf den Gesundheitszustand der Patienten, die subjektiven Belastungen familiärer Pflegepersonen und die Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens in der nachstationären Phase?

Methoden:

Untersucht wurden 2002 71 Schlaganfallpatienten nach stationärer Rehabilitation von mindestens 4 Wochen, mit bleibenden funktionellen Defiziten, die häuslich-ambulant weiterversorgt wurden.

Die Patienten wurden unselektiert durch die Aufnahmeabteilung auf zwei neurologischen Stationen (Phase C) zugewiesen. Eine Station führte Standardüberleitungsmaßnahmen durch und bildete damit die Kontrollgruppe. Die zweite Station setzte zusätzlich ergänzenden Maßnahmen aus dem intensivierten Überleitungskonzept um und bildete die Interventionsgruppe. Die Stationen waren dabei in allen anderen Aspekten der Organisation und der Personalressourcen vergleichbar.

Standardüberleitung: Kontrollgruppe	Intensivierte Überleitung: Interventionsgruppe
<ul style="list-style-type: none"> Beratung zu sozialrechtlichen Hilfen Antrag auf Pflegeleistungen nach SGB XI / nahtloser Übergang nach § 112 SGB V Vermittlung von ambulanten Diensten und Selbsthilfegruppen Individuelle Hilfsmittelversorgung Therapiehospitalitäten der Angehörigen Pflegeanleitung in der Entlassungswoche Pflegeverlegungsbericht für nachsorgenden Dienstleister 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Maßnahmen der Standardüberleitungen <p>Ergänzend:</p> <ul style="list-style-type: none"> Teilnahme am Angehörigenseminar zu Belastungen und Hilfsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege Individueller Pflegekurs mit frühzeitiger Pflegeanleitung Therapeutische Wochenendpflege: Erprobung der häuslichen Pflegesituation unter Beteiligung der Betroffenen und Begleitung durch einen ambulanten Pflegedienst Telefonisch zugehende Beratung durch die Klinische Sozialarbeit 3 Monate nach Entlassung

Die patienten- und angehörigenbezogene Datenerhebung fand in der Entlassungswoche in der Klinik (T0), postalisch nach 4 Wochen (T1) und 6 Monate nach Entlassung im häuslichen Umfeld (T2) statt. Die Daten wurden durch eine neuro- und rehabilitationspezifisch fortgebildete Pflegekraft erhoben, die in die angewendeten wissenschaftlichen Skalen interviewen wurde und mit ihnen vertraut war. 2,5 Jahre nach der stationären Entlassung wurden ergänzende standardisierte Telefoninterviews mit allen Studienteilnehmern geführt (T3).

Patientenbezogenes Assessment	Angehörigenbezogenes Assessment
<p>Messung der funktionellen Selbständigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Barthel-Index Functional Independence Measure (FIM) <p>Standardisierte Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> Time-Up-And-Go Test <p>Ausmaß spastischer Paresen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spastik-Skala nach Ashworth <p>Funktionalität der oberen Extremitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Frenchay Arm Test <p>Gesundheitsbezogene Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> SF-36 <p>Erhebungsbogen zum körperlichen Status und zur Nutzung des Gesundheitssystems (Arztbesuche, Medikamente usw.)</p>	<p>Körperliches Beschwerdeprofil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gießner Beschwerdebogen <p>Ängstlich-depressive Beeinträchtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depressivitätskala <p>Subjektive Belastungen pflegender Angehöriger bei häuslicher Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> Häusliche Pflege-Skala <p>Versorgungs- und Pflegesituation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Postalischer Fragebogen (T1) Standardisierte Telefoninterview (T3)

Ergebnisse:

- Signifikante Verbesserungen der funktionellen Selbständigkeit der Patienten bei T2 in beiden Gruppen ohne signifikanten Gruppenunterschied.
- Zunahme der körperlichen Beschwerden der familiären Pflegepersonen bei T2 in beiden Angehörigengruppen ohne signifikanten Gruppenunterschied.
- Z.T. signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens bis T2: Abnehmende Anzahl von Arztbesuchen ($p=0,048$), weniger Neuerkrankungen bei T1 ($p=0,044$), häufigere Inanspruchnahme von Ergotherapie ($p=0,038$) und ambulanten Pflegediensten sowie weniger Pflegekomplikationen.
- Für das gesamte Patientenkollektiv erhielten im Langzeitverlauf jüngere, körperlich mehr, aber psychisch weniger betroffene Schlaganfallpatienten eher Mehrfachverordnungen von Hilfsmitteln. Krankengymnastik wurde dabei am häufigsten verordnet. Hilfsmittelverordnungen scheinen signifikant die Chance auf Heimmittelverordnung zu verringern (3).
- Als Langzeiteffekt konnte bei T3 in der Interventionsgruppe eine geringere Institutionalisierungs- u. Sterberate bei deutlich erhöhten häuslich-ambulant Versorgungssituationen nachgewiesen werden ($p=0,036$), s. Tab. 2.
- Prädiktoren für Institutionalisierung oder Tod waren ein hohes Lebensalter ($p=0,049$) und eine eingeschränkte funktionelle Lebensqualität ($p=0,017$) bei Entlassung, s. Tab. 3.



Table 2 Lebenssituation nach 31 Monate zwischen Interventions-(I) und Kontroll-(C)-Gruppe

Outcome	I-Gruppe (n = 36)	C-Gruppe (n = 35)	Signifikanz zwischen den Gruppen p (zweiseitig)
6 Monate nach Entlassung			
- zu Hause	34 (94%)	31 (88%)	0.570 ^a
- Pflegeheim	1 (3%)	1 (3%)	
- verstorben	1 (3%)	3 (9%)	
Ausgeschieden ^b	1 (3%)	0 (0%)	
31 Monate nach Entlassung			
- zu Hause	29 (83%)	19 (54%)	0.036 ^a
- Pflegeheim	2 (6%)	5 (14%)	
- verstorben	4 (11%)	11 (31%)	

^a Chi-Quadrat test
^b konnte nicht mehr nach 31 Monaten nachbefragt werden

Table 3 Einflussfaktoren auf das Leben zuhause

Parameter	Outcome Gruppe		Signifikanz prüfung zwischen den Gruppen p (zweiseitig)
	Häusliche Pflege bei T3 (n = 48)	Institutionelle Pflege oder verstorben bei T3 (n = 22)	
Alter des Patienten (Mittelwert)	70.7 ± 9.8 ^a	75.5 ± 7.8 ^a	0.049 ^b
Weibliche Patienten	18 (38%)	6 (27%)	0.403 ^c
Barthel-Index	66.0 ± 18.1 ^a	60.5 ± 17.3 ^a	0.228 ^b
FIM	89.8 ± 18.3 ^a	83.5 ± 16.3 ^a	0.170 ^b
SF 36 _p	32.2 ± 7.1 ^a	27.9 ± 6.1 ^a	0.017 ^b
SF 36 _s	48.7 ± 12.4 ^a	49.4 ± 9.4 ^a	0.798 ^b
Alter des Pflegenden	58.8 ± 9.3 ^a	61.2 ± 10.1 ^a	0.334 ^b
Anteil Frauen bei Pflegenden	33 (69%)	19 (86%)	0.118 ^c
Körperliche Beschwerden bei Pflegenden	36.2 ± 27.5 ^a	43.2 ± 28.8 ^a	0.355 ^b
Depression bei Pflegenden	62.0 ± 30.1 ^a	74.8 ± 24.0 ^a	0.099 ^b

^a Mittelwerte ± Standardabweichung
^b t-Test
^c Chi-Quadrat-Test

Schlussfolgerungen:

Die Verlaufsunteruchung zeigt positive Effekte des Pflegeüberleitungskonzeptes bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens und als Langzeiteffekt eine geringere Institutionalisierungs- und Sterberate bei deutlich vermehrten häuslich-ambulant Versorgungssituationen. Die funktionelle Lebensqualität bei Entlassung ist für die Stabilität der häuslichen Versorgung ein prognostischer Faktor (2).

- Schmidt R.: Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung. Die Schwester / Der Pfleger. 10(2001);814-819
- Schupp W., Schmidt R., Biehler J., Gräbel E.: Was bestimmt mehr den Langzeitverlauf nach stationärer Schlaganfallrehabilitation: funktioneller Zustand oder funktionelle Lebensqualität. Posterpräsentation, PMR-Kongress, 12.-14.10.2006, Salzburg
- Hoeß U., Schupp W., Schmidt R., Gräbel E.: Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Phys Med Kuror Rehab 2008 (in Druck)

7. Posterpreis des Münchner Pflegekongresses 2006



Posterpreis
Münchner Pflegekongress 2006

Anlässlich der Poster-Prämierung beim
Münchner Pflegekongress 2006 erhält das
Poster mit dem Titel

Langzeitergebnisse im Kontrollgruppenvergleich einer

Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation

von

Ralf Schmidt

Pflegedienstleiter der Fachklinik Herzogenaurach

den Posterpreis in Höhe von € 300,-
München, 21.10.2006

Der Posterpreis wird dem besten Poster zuerkannt und wird
unterstützt von perspektive personalentwicklung, München.



perspektive

Veranstalter
städtisches
**Klinikum
München**



8. Literaturverzeichnis

- (1) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück November 2002.
- (2) Schmidt R: Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung. Die Schwester/ Der Pfleger 2001; 40:814-9
- (3) Schmidt R, Thiele H: Bezugspflege in der neurologischen Rehabilitation. Die Schwester/Der Pfleger 2001; 40: 642-3
- (4) Gemeinsame Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf der Grundlage des §111a SGB V (2) vom 1.7.1999
- (5) Schmidt R, Schupp W, Niese L: Häusliche Pflegesituation nach neurologischer Rehabilitation – Analyse aus Pflegerückmeldeberichten. Die Schwester/Der Pfleger 2004; 43: 521-3
- (6) Schmidt R., Schupp W., Niese L.: Pflegedienste als Partner – Rehabilitationsklinik etabliert standardisiertes Nachsorgekonzept. Pflegen Ambulant 2005; 16(5): 48-51
- (7) Schmidt R., Schupp W., Niese L.: Nachstationäre Pflegerückmeldeberichte zum Einsatz von Hilfsmitteln – Fehlversorgungen vermeiden. Pflegezeitschrift 2006 (3): 153-166
- (8) Bestmann A, Lingnau ML, Staats M Hesse S: Phasenspezifische Hilfsmittelversorgung in der neurologischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2001 ; 40:1-6
- (9) Lingnau ML, Bestmann A, Staats M, Hesse S: Werden in der neurologischen Rehabilitation ausreichend Hilfsmittel verordnet? Z. f. Physiotherapeuten 2003; 55(1):38-41
- (10) Wilkinson PR, Wolfe CDA, Warburton FG, Rudd AG, Howard RS, Ross-Russell RW, Beech RR: A long-term follow-up of stroke patients. Stroke 1997; 28:507-12
- (11) Jungbauer J, Cramon von DY, Wilz G: Langfristige Lebensverlängerung und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. Nervenarzt 2003; 74:1110-7
- (12) Gräßel E, Biehler J, Schmidt R, Schupp W: Intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. Controlled clinical trial with follow-up assessment six months after discharge. Clin Rehab 2005; 19:725-36
- (13) Gräßel et al: Erwartungen an Hilfeangebote für Menschen mit Demenz. In: Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (Hrsg.): Keine Zeit zu verlieren! S. 391-99, Berlin, 2005
- (14) www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege
- (15) Gräßel E: Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Z Gerontol Geriat 1998; 31: 57-62
- (16) Schmidt R, Gräßel E, Schupp W, Biehler J: Effekte eines systematischen Pflegeüberleitungskonzeptes im Kontrollgruppenvergleich. Die Schwester/Der Pfleger 2006; 45 (8): 627-30
- (17) 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI (Hrsg. MDS, Essen), November 2004, download: [berichtqspflege.pdf](#)
- (18) Schmidt R: Therapeutische Wochenendpflege – Reha-Klinik bindet frühzeitig ambulante Dienste in Nachsorge ein. Pflegen Ambulant 2006; 17 (6): 2-4
- (19) Mahoney FI, Barthel DW: Functional Evaluation: The Barthel-Index. Md State Med J 1965; 14:61-5
- (20) De Langen EG, Frommelt P, Wiedemann KD, Amann J.: Messung der funktionalen Selbständigkeit in der Rehabilitation mit dem Funktionalen Selbständigkeitsindex (FIM). Rehabilitation 1995; 43: iv-xi
- (21) Podsiadlo D, Richardson S: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39:142-8
- (22) Bohannon RW, Smith MB: Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther 1987; 67:206-7
- (23) De Souza LH; Langton Hewer R: Loss of arm control in hemiplegic stroke patients. Arm function test. Int Rehabil Med 1980; 2:3-9
- (24) Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe, 1998.

- (25) Brähler E, Scheer JW: Der Gießner Beschwerdebogen. GBB, Gießen Symptom List, second edition. Seattle: WA Huber, 1995
- (26) Zerssen von D, Koeller DM: Depressivitätsskala (D-S⁻). Weinheim: Beltz Test, 1976
- (27) Gräsel E, Chiu T, Oliver R: Development and Validation of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). Toronto: Comprehensive Rehabil and Mental Health Services, 2003
- (28) Gräsel E, Schmidt R, Biehler J, Schupp W: Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. Clin Rehab 2006; 20:577-83
- (29) Schupp W, Schmidt R, Hauser J: Häusliche Pflege nach stationärer neurologischer Rehabilitation. In: VDR (Hrsg.): DRV-Schriften Band 33; Frankfurt/Main i S. 239-40, 2002
- (30) Schupp W, Schmidt R, Niese L: Rehabilitative ambulante Nachsorge und Pflege nach neurologisch-weiterführender Rehabilitation Phase C – Analyse der Versorgungssituation aus poststationären Pflegerückmeldeberichten. DRV-Schriften Bd. 52, Frankfurt/Main, S. 177-178, 2004
- (31) Schupp W, Schmidt R, Biehler J, Gräsel E: Strategies for transferring neurologic patients from inpatient rehabilitation to home nursing and care. Experiences from a controlled evaluation study. Extended Version of the 8th EFRR Congress Works (Ljubljana 13.-17.06.2004). Monduzzi Editore International Proceedings, Bologna. Abstract: Int J Rehab Res 27 2004; (Suppl. 1):133-4
- (32) Schupp W, Schmidt R, Biehler J, Gräsel E: Was bestimmt mehr den Langzeitverlauf nach stationärer Schlaganfallrehabilitation: funktioneller Zustand oder funktionelle Lebensqualität? DGPMR/ÖGPMR-Kongress, Salzburg, 12.-14.10.2006. Abstract: Phys Med Rehab Kuror 2006; 16:247
- (33) Schneekloth U: Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U, Wahl HW, Herausgeber. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG II). München: TNS Infratest Sozialforschung; S. 55-98, 2005
- (34) Gräsel E: Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. 2. Aufl. Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen; 1998
- (35) Grafström M, Nordberg A, Winbald B: Abuse is in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. Scand J Soc Med 1993; 21:247-55
- (36) Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse: Clin Geriatr Med 2005; 21:315-9
- (37) Pinquart M, Sörensen S: Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging 2003; 18:250-67
- (38) Schulz R, Beach RS: Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. JAMA 1999; 282: 2215-9
- (39) Hirono N, Tsukamoto N, Inoue M, Moriwaki Y, Mori E: Predictors of long-term institutionalisation in persons with Alzheimer's disease: role of caregiver burden. No To Shinkei 2002; 54:812-8
- (40) Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, et al: Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. JAMA 2002; 287:2090-7
- (41) Nobili A, Riva E, Tetteganti M, Lucca U, Liscio M, et al: The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviours – a randomised controlled pilot study. Alzheimer Dis Assoc Disord 2004; 18:75-87
- (42) Hoeß U, Schupp W, Schmidt R, Gräsel E: Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2008 ; 18:115-21
- (43) Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P: How effective are interventions with caregivers? An up-dated meta-analysis. Gerontologist 2002; 42:356-72

Die HCD – Bereich Baycare – Ihr Komplettanbieter für die ambulante Patientenversorgung



Unsere Leistungen – Ihre Vorteile:

- Mitglied der GHD-Unternehmensgruppe
- Das größte Gesundheitsnetzwerk Deutschlands mit über 900 Mitarbeitern

Unsere Therapiebereiche:

- Enterale und Parenterale Ernährung
- Tracheostomie und Laryngektomie
- Wunde
- Immunologie
- Antibiose
- Onkologie
- Stoma
- Schmerz
- Inkontinenz
- Arzneimittel
- Wachkoma



HCD – Bereich Baycare
Bräunleinsberg 6
91242 Ottensoos
Tel.: (09123) 96 61 50
Fax: (09123) 96 61 66
www.baycare.de





reha team Keplerstr. 10
90766 Fürth Tel. 0911-97272-0
Fax: 0911-97272-12

Wir bringen Hilfen!



**Pflegebetten, Bett-Tische
Dekubitusmatratzen
Wechseldrucksysteme**



**Badewannenlifter
Badewannensitze
Duschhocker**



**Toilettensitzerhöhungen
Toilettenstühle
Patientenlifter**



**Rollstühle
Elektro-Rollstühle
Elektromobile**



**Rollatoren, Gehstöcke
Bewegungstrainer
Produkte zur häuslichen Pflege**

Unser Sortiment umfasst alles, was die Pflege zu Hause erleichtert und die Rehabilitation unterstützt!

 **Wir sprechen auch türkisch.
Fragen Sie nach Herrn Serkan Güzel!**

**www.rehateam-fuerth.de
info@rehateam-fuerth.de**

Sanitätshaus **Rehatechnik**
Orthetik **Prothetik**
Schuhtechnik **Treppenlifte**



Profitieren Sie von:

- 80 Jahren Erfahrung im Handwerk,
- dem ausschließlichen Einsatz von Fachpersonal
- unserer Qualität die durch unser zertifiziertes QS - System gewährleistet ist
- unserem Einsatz modernster Technologie.

Sanivita
für mehr Lebensqualität

Ihr Sanivita Partner in Mittelfranken
Gute Ideen für mehr Lebensqualität
auf über 135 Seiten,
holen Sie sich Ihren Gratis-Katalog



Planung und Einbau
von individuellen
Treppenliften und
Handläufen

Orthopädie Müller GmbH - Alte Reutstr. 117 - 90765 Fürth
weitere Filialen Nürnberg, Fürth, Erlangen, Ansbach, Zirndorf
Außerdem in den Kliniken Herzogenaurach und Dr-Erler
Unser Service-Telefon: 0911 - 979 460
www.omueller.de **e-mail: info@omueller.de**



Fachklinik Herzogenaurach

In der Reuth 1
91074 Herzogenaurach

Telefon 0 91 32 - 83 - 0
Telefax 0 91 32 - 83 - 10 10

www.fachklinik-herzogenaurach.de
info@fachklinik-herzogenaurach.de

