MENSCHEN AM ÜBERGANG VOM KRANKENHAUS IN EINE PFLEGEEINRICHTUNG

EIN PROJEKT DES KREISES RECKLINGHAUSEN ZUR ANALYSE KOMMUNALER STEUERMÖGLICHKEITEN AN DER SCHNITTSTELLE VON KRANKENHAUS UND ALTENHEIM

THEMENHEFT
DER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

KREIS RECKLINGHAUSEN
DER VESTISCHE KREIS

Impressum

Herausgeber Kreis Recklinghausen
Der Landrat
Dr. Ulrike Horacek
Leiterin des Gesundheitsamtes

Ansprechpartnerinnen und Autorinnen
Dr. Angelika Burrichter (Amtsärztlicher Dienst, Projektleitung)
Dr. Sabine Wadenpohl (Gesundheitsberichterstattung)

Kurt-Schumacher-Allee 1
45655 Recklinghausen
Tel.: (02361) 53-3139
53-3788

E-Mail: Angelika.Burrichter@kreis-re.de
Sabine.Wadenpohl@kreis-re.de

Internet: www.Kreis-Recklinghausen.de

Titelblatt: Simone Ferdinand, Annika Reddemann (Druckerei Kreis Recklinghausen)
Druck: Kreis Recklinghausen. Januar 2008, 1. Auflage (250; 100)

INHALT

INHALT 3

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN 3

EINLEITUNG 5

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM KREIS RECKLINGHAUSEN DIE AUSGANGSLAGE 7

1. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM (HOHEN) ALTER 7
2. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM KREIS RECKLINGHAUSEN 9
3. FINANZIERUNG DER VOLLSTATIONÄREN PFLEGE IM KREIS RECKLINGHAUSEN 12

„MENSCHEN AM ÜBERGANG VOM KRANKENHAUS IN EIN ALTENHEIM“ EIN PROJEKT DES KREISES RECKLINGHAUSEN 13

1. ZIELSETZUNGEN UND VERLAUF DES PROJEKTES 13
2. ZEITLICHER RAHMEN UND BETEILIGUNG DER EINRICHTUNGEN 17
3. BESCHREIBUNG DER FALLGRUPPE 18
4. LEBENSSITUATIONEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN 19
5. ERKRANKUNGEN UND PFLEGEBEDARF 21
6. VERSORGUNGSARRANGEMENTS NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT 24
7. INANSPRUCHNAHME VON SOZIALHILFE 26
8. TYPISCHE BERATUNGS- UND VERSORGUNGSVERLÄUFE 28

STEUERUNGSMÖGLICHKEITEN DURCH DEN KOMMUNALEN SOZIALHILFETRÄGER AN DER SCHNITTSTELLE „KRANKENHAUS – ALTENHEIM“ 33

1. BEWERTUNG DER AUSGANGSLAGE 33
2. BEWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE 34
3. VERSORGUNGSMANAGEMENT ALS ETHISCHER ENTSCHEIDUNGSPROZESS 36

FAZIT 38

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

ABBILDUNG 1: ALTER UND DEMENZ 8
ABBILDUNG 2: MODELLRECHNUNG BIS 2025: ENTWICKLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT NACH ALTERSGRUPPEN 10
ABBILDUNG 3: PFLEGEARRANGEMENTS JE ALTERSGRUPPE UND JE PFLEGESTUFE (65 JAHRE UND ÄLTER) – MITTLERE QUOTE 1999-2005 11
ABBILDUNG 4: EINGANG DER FÄLLE 17
ABBILDUNG 5: ALTERSVERTEILUNG IN DER FALLGRUPPE 18
ABBILDUNG 6: ALTERSZUSAMMENSETZUNG DER FALLGRUPPE UND DER GRUPPE PFLEGEBEDÜRFTIGER INSGESAMT (KREIS RECKLINGHAUSEN) 18
ABBILDUNG 7: HAUPTBEZUGSPERSONEN 19
ABBILDUNG 8: WOHNSITUATION 20
ABBILDUNG 9: DEMENZIELLE SYMPTOMATIK UND GESETZLICHE BETREUUNG 22
ABBILDUNG 10: ANERKANNTE PFLEGESTUFE 23
ABBILDUNG 11: VERBLEIB DER PATIENTEN NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT 24
ABBILDUNG 12: HÖHE DER MONATLICHEN LEISTUNGEN – VERTEILUNGSMUSTER IN DER GESAMTGRUPPE 27
ABBILDUNG 13: MONATLICHE GESAMTAUSGABEN – ANTEIL DER GESAMTKOSTEN ZU ANTEIL DER LEISTUNGSBEZIEHER 27

EINLEITUNG

Die bevorstehenden demographischen Veränderungen stellen den Kreis Recklinghausen vor große sozialpolitische Herausforderungen. Die stetig steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate führt zu einem wachsenden Anteil älterer und hochaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung. Dank medizinischer Fortschritte ist höheres Lebensalter nicht automatisch gleichbedeutend mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Dennoch wächst mit steigendem Alter die Eintrittswahrscheinlichkeit von krankheitsbedingten Funktions- und Fähigkeitseinschränken und damit einhergehendem Hilfebedarf.

Ein Großteil der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen wird nach wie vor von Familienangehörigen im eigenen häuslichen Umfeld betreut. Gerade in städtisch strukturierten Gemeinden nimmt jedoch die Zahl allein stehender älterer und hochaltriger Personen zu. Da ihnen eine ausreichende Anbindung an familiäre Strukturen fehlt, sind sie bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf kostenintensivere professionelle Unterstützung angewiesen. Bei gleichzeitig sinkendem Alterseinkommen ist davon auszugehen, dass zukünftig mehr Menschen als bisher einer Aufstockung ihrer eignen Einkünfte durch Sozialhilfe bedürfen, um die Kosten ihrer pflegerischen Versorgung zu bestreiten. Schon jetzt machen die Aufwendungen im Bereich „Hilfe zur Pflege“ nach dem SGB XII einen großen Anteil im Ausgabevolumen der Sozialhilfeträger aus. Vor dem Hintergrund der demographischen und strukturellen Entwicklung ist der Kreis Recklinghausen daher aufgefordert, Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Steuerung der sozialen Unterstützungsleistungen zu prüfen.

Da die Kosten für eine ambulante pflegerische Versorgung in der Regel niedriger liegen als für die Pflege in stationären Einrichtungen, bietet die Förderung ambulanter Versorgungsformen einen sinnvollen Steuerungsansatz. Gleichzeitig entspricht es dem Wunsch der meisten älteren Menschen, möglichst lange im gewohnten häuslichen Lebensumfeld verbleiben zu können. Aus diesem Grund hat die vorrangige Förderung ambulanten Versorgungsformen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Eingang in das Rahmenleitbild „Kreis Recklinghausen – lebenswert auch im Alter“ gefunden.

Derzeit wird die ambulante Versorgung älterer und hochaltriger Menschen durch unterschiedliche Zuständigkeiten in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Altenhilfe erschwert. Ein zwischen den verschiedenen Akteuren abgestimmtes und auf die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen ausgerichtetes Beratungs- und Unterstützungsangebot kann dazu beitragen, ein häusliches Pflegearrangement zu stabilisieren und vorzeitige Heimaufnahmen zu verhindern bzw. hinauszuzögern.

Um die Möglichkeiten eines solchen Beratungsangebotes zu erproben, wurde gemeinsam von Gesundheitsamt und Sozialamt im Kreis Recklinghausen ein Projekt auf den Weg gebracht. Ansatzpunkt dieses Projektes war die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und pflegerischer Weiterversorgung, so dass gleichzeitig wichtige Daten und Fakten zur Situation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung gesammelt werden konnten.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der Projektarbeit dar. Eine Bewertung der gesammelten Daten kann jedoch nur im Gesamtkontext der pflegerischen Versorgungssituation im Kreises Recklinghausen erfolgen, weshalb die wesentlichen Aspekte hierzu in Kapitel 1 den Ergebnissen des Projektes vorangestellt werden. Ebenfalls Eingang in diesen Bericht findet die Darstellung typischer Beratungsverläufe, die einen Einblick in die besondere psychosoziale Belastungssituation von Menschen am Übergang vom Krankenhaus ins Altenheim vermittelt.

Den pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen und Betreuern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser, Altenheime und Pflegedienste gilt an dieser Stelle ausdrücklicher Dank. Ohne ihr Mitwirken wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Bevor die Ergebnisse des Projektes dargestellt werden, soll zunächst der Rahmen abgesteckt werden, innerhalb dessen die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen anzusiedeln ist. Dabei wird zunächst auf vorliegende Erkenntnisse zu Pflegebedürftigkeit im (hohen) Alter eingegangen; daran anschließend wird die Situation zur Pflegebedürftigkeit im Kreis Recklinghausen skizziert.

1. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM (HOHEN) ALTER

Folgende Faktoren beeinflussen maßgeblich Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter:[1]

- Einschränkungen in der Beweglichkeit
- Körperlich-organische Erkrankungen
- Einschränkungen in der Sinneswahrnehmung (besonders Sehen und Hören)
- Demenzielle Erkrankungen
- Depression
- Geringe oder nicht tragfähige soziale Kontakte
- Gesundheitsschädigender Lebensstil (geringe Aktivität, Übergewicht, Rauchen)
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowie nicht angemessene Medikation

In Deutschland leben zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen zu Hause, was nur dadurch möglich ist, dass Partner/-innen, Kinder, Angehörige und Freunde in großem Umfang die Betreuung und Pflege gewährleisten. Im Jahr 2002 haben 29% der älteren und als pflegebedürftig anerkannten Menschen alleine gelebt, deren Anteil gegenüber 1991 um 9 Prozentpunkte angestiegen ist. In diesen Situationen leisten Angehörige die Unterstützung „auf Distanz“, was in der Regel durch die Wohnortnähe ermöglicht wird. Gemeinsam mit der Partnerin oder dem Partner leben 27% der Pflegebedürftigen, etwa ein Viertel lebt bei den eigenen und erwachsenen Kindern. Hier sind Partner und Kinder in der Regel auch die pflegenden Hauptbezugspersonen. Gegenüber der vorangegangenen Studie hat sich bei diesen beiden Gruppen keine nennenswerte Veränderung ergeben. Nur ein kleiner Anteil (8%) der Pflegebedürftigen, die alleine leben, verbleiben ausschließlich durch die Unterstützung von ambulanten Pflegediensten in der eigenen Häuslichkeit.[2]

Die häusliche Pflege ist für die Familien dann besonders belastend, wenn sie Angehörige betreuen, die einen sehr hohen Pflegebedarf (Stufe III) haben, oder die demenziell

[1] Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin

Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hrsg.) (2005/2006): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III).

[2] Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hrsg.) (2005/2006): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III).

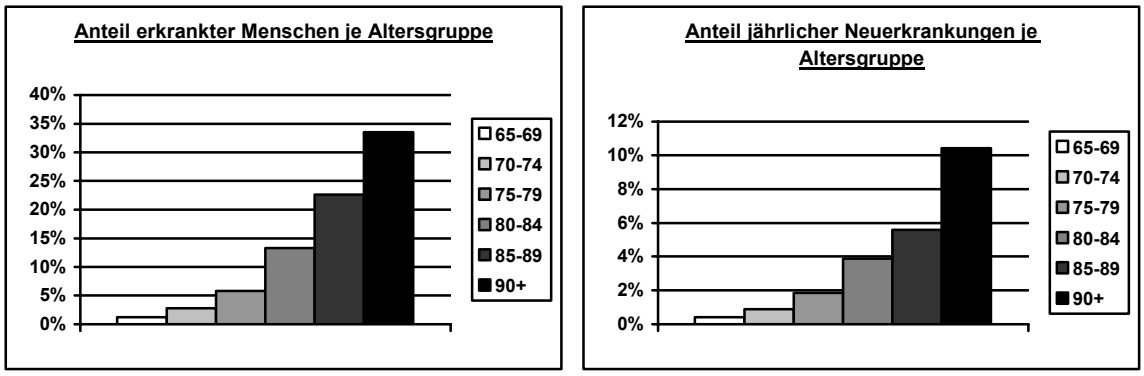
Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

erkrankt sind und „rund um die Uhr“, also auch nachts, der Betreuung und Unterstützung bedürfen. Haben Angehörige weitere berufliche oder/und familiäre Verpflichtungen oder stehen nicht die angemessenen Hilfsmittel zur Verfügung, kommen sie ebenfalls schneller an ihre Belastungsgrenze.

Versorgungslücken treten besonders dann auf, wenn Angehörige nicht die entsprechende Hilfe leisten können und die Erkrankten ausschließlich auf die Leistungen der ambulanten Anbieter zurückgreifen können. Denn haben sie dann eine niedrige Pflegeeinstufung und ein geringes eigenes Einkommen und Vermögen, können die für sie finanzierbaren ambulanten Leistungen den Hilfebedarf nicht abdecken.

Da demenzielle Erkrankungen eine besondere Bedeutung für den Umfang der Pflegebedürftigkeit und für die Möglichkeiten der häuslichen Pflege spielen, soll im Folgenden hierauf noch etwas näher eingegangen werden[3]: Das Auftreten einer demenziellen Erkrankung hängt in starkem Maße vom Alter ab. Von daher ist die demographische Entwicklung auch als vorrangige Ursache für die wachsende Anzahl alter und hochaltriger Menschen mit Demenz anzusehen.

Abbildung 1: Alter und Demenz



nach: Weyerer, Bickel (2007)

In Deutschland verursacht Demenz die Hälfte aller Fälle von Pflegebedürftigkeit. Trotz des umfangreichen Betreuungsbedarfs, den diese Personengruppe hat, leben 60% der demenziell erkrankten Menschen in der eigenen Häuslichkeit. Der sehr hohe Pflegebedarf bei weit fortgeschrittener Erkrankung führt jedoch auch dazu, dass „nur“ 15 bis 30% der Erkrankten bis zu ihrem Lebensende im Privathaushalt wohnen bleiben. Die meisten wechseln bei stark ausgeprägtem Krankheitsbild in ein Altenheim, wo sie im Durchschnitt zweieinhalb bis drei Jahre verbringen. Derzeit ist davon auszugehen, dass etwa zwei Drittel der Menschen, die in einem Altenheim leben, demenziell erkrankt sind.

In der Diskussion um die Sicherung des Pflege- und Sozialsystems wird immer wieder auf die hohen Kosten hingewiesen, die besonders durch die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Menschen entstehen. Nach der Krankheitskostenrechung des Statisti-

---

[3] Einen sehr guten und aktuellen Einstieg in die Thematik bieten: Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28: Altersdemenz.

Weyerer, S./Bickel,H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart, Kohlhammer

schen Bundesamtes lagen in 2002 die Kosten für die Versorgung bei 5,6 Mrd. Euro. Von diesen Gesamtkosten entfallen zwei Drittel auf die so genannten „indirekten Kosten“. Das heißt, dass der unbezahlten Betreuungs- und Pflegearbeit der Angehörigen ein Rechnungswert von 3,7 Mrd. Euro zukommt. Bei den Zahlungen für die „direkten Kosten“, also pflegerische und medizinische Hilfe, nimmt die stationäre Pflege in Einrichtungen einen Anteil von 50 bis 75% ein. Nur 2 bis 3% der Gesamtkosten entfallen auf Diagnostik und medikamentöse Behandlung.

2. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM KREIS RECKLINGHAUSEN[4]

Mit einem Anteil von 3,1% Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung gehört der Kreis Recklinghausen in 2005 zu einer der Regionen mit der höchsten Pflegehäufigkeit (NRW: 2,5%). Bedingt wird dieser hohe Anteil vor allem durch die demographische Struktur des Kreises.[5] Doch obgleich im Kreisgebiet der Anteil der (älteren) pflegebedürftigen Menschen relativ hoch ist, leben die wenigsten von ihnen in einer stationären Pflegeeinrichtung: Während dies auf Kreisebene für 26% der pflegebedürftigen Menschen zutrifft, beträgt der Durchschnitt auf Landesebene 31% und auf Bundesebene 32%.

In 2005 waren im Kreis Recklinghausen insgesamt 20.327 Menschen im Sinne der Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt. Gegenüber 1999 bedeutet dies eine Zunahme um 1,3%. Diese Gesamtbetrachtung ist jedoch durch eine genauere Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zu ergänzen: Demnach ist die Anzahl der Pflegebedürftigen bei den unter 50-Jährigen um 11% und bei den 65- bis unter 80-Jährigen um 4% zurückgegangen. Dem steht ein Anstieg der über 80-jährigen Pflegebedürftigen von 11% gegenüber. Aufgrund der demographischen Struktur, der höheren Lebenserwartung sowie der unterschiedlichen Pflegehäufigkeit von Frauen und Männern, sind durchschnittlich 70% der pflegebedürftigen Menschen Frauen, wobei jedoch deutlich unterschiedliche Verteilungen in den Altersgruppen vorliegen: Bei den unter 50-Jährigen liegt der Frauenanteil bei 45%, bei den über 65-Jährigen hingegen bei 73%.

Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen im Kreis Recklinghausen voraussichtlich bis auf 29.000 Personen ansteigen. Dabei wird die Anzahl der unter 50-jährigen pflegebedürftigen Menschen sinken, während sich in den höheren Altersgruppen sehr moderate Anstiege abzeichnen; ein deutlicher Zuwachs pflegebedürftiger Menschen wird in der Gruppe der über 80-Jährigen auftreten. Diese Veränderungen füh-

---

[4] Datengrundlage: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (2007): GBE-Stat 2007 – Daten für die Gesundheitsberichterstattung in NRW. Bielefeld.

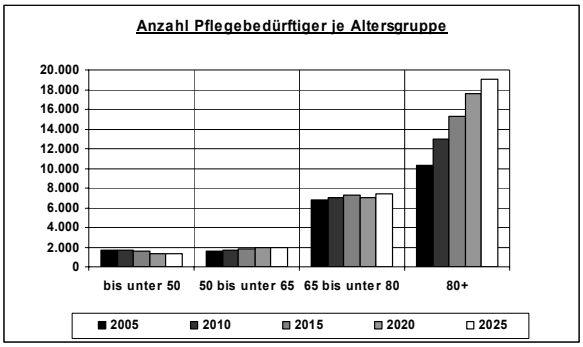
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2007): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2005 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2005 in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

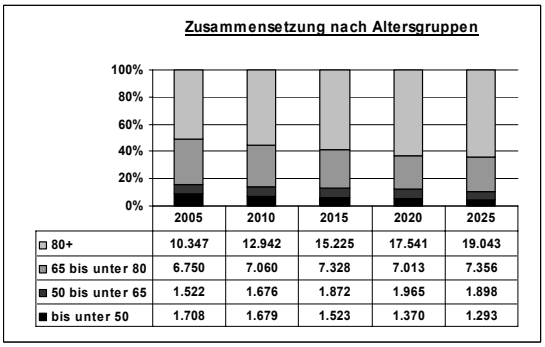
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Pflegestatistik über die Pflegeversicherung. Tabelle „Z1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12. 1999, 2001, 2003, 2005 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht“ für den Kreis Recklinghausen.

[5] Kreis Recklinghausen (Hrsg.) (2006): Gesundheitsberichterstattung. Demographische Rahmenbedingungen für Gesundheit und Krankheit im Kreis Recklinghausen. www.kreis-recklinghausen.de

ren dazu, dass in Zukunft besonders die Betreuung hochaltriger Menschen von immer größerer Bedeutung sein wird.

Abbildung 2: Modellrechnung bis 2025: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen



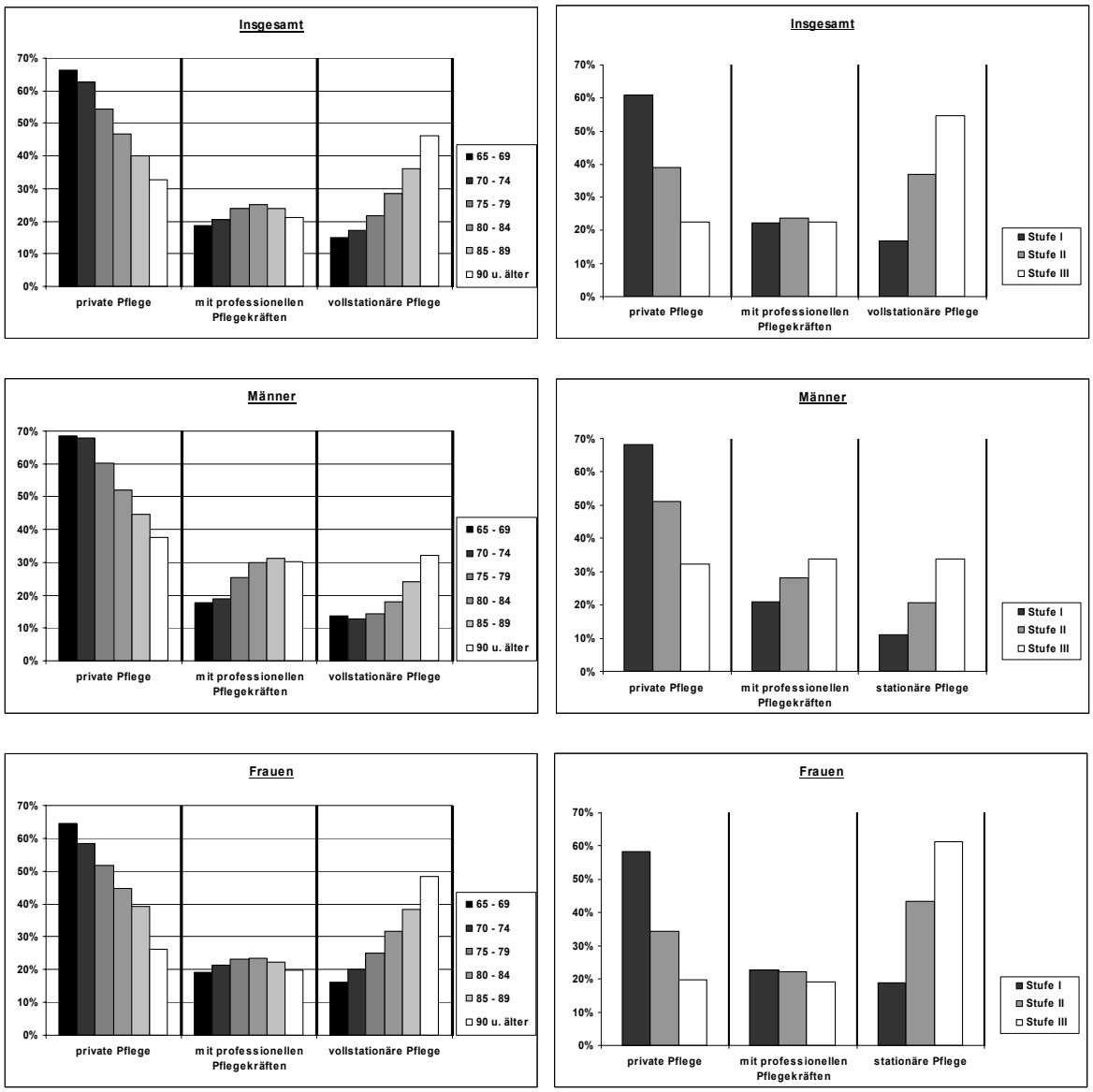


	2005	2010	2015	2020	2025
80+	10.347	12.942	15.225	17.541	19.043
65 bis unter 80	6.750	7.060	7.328	7.013	7.356
50 bis unter 65	1.522	1.676	1.872	1.965	1.898
bis unter 50	1.708	1.679	1.523	1.370	1.293

© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung
eigene Berechnungen

Nach wie vor ist die eigene Häuslichkeit der prioritäre Lebensraum älterer pflegebedürftiger Menschen. Auch in 2007 leben 70% zu Hause, wobei fast die Hälfte ausschließlich von privaten Bezugspersonen betreut wird. Mit zunehmender Hochaltrigkeit und mit steigender Pflegebedürftigkeit stoßen die Möglichkeiten der privaten Pflege jedoch an ihre Grenzen. Die Pflegestatistik spiegelt wieder, dass mit den derzeitigen Rahmenbedingungen für die häusliche Versorgung ambulante Pflegedienste sowie Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege diese häuslichen Pflegearrangements nicht ausreichend unterstützen können. Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung wird für hochaltrige und schwerst pflegebedürftige Menschen zunehmend wahrscheinlicher. Derzeit noch sind Männer von dieser Entwicklung weniger stark betroffen, da für sie eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, auch im hohen Alter mit ihrer Partnerin zusammen zu leben, die in der Regel die Betreuung und Pflege gewährleistet.

Abbildung 3: Pflegearrangements je Altersgruppe und je Pflegestufe (65 Jahre und älter) – mittlere Quote 1999-2005



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung
eigene Berechnungen

Bleibt das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber dem Basiszeitraum konstant, ist davon auszugehen, dass zukünftig der Bedarf für alle Leistungsarten der Pflegeversicherung ansteigt. Doch auch in Zukunft kann nicht von einem Rückgang der privaten Pflege gesprochen werden, denn auch die häuslichen Pflegearrangements werden in diesem Zeitraum von derzeit 13.350 auf dann knapp 20.000 ansteigen. Mehr als heute wird die Versorgung alter und hochaltriger pflegebedürftiger Menschen zur Normalität in privaten Bezugssystemen. Für alle Pflegearrangements besteht die große Herausforderung darin, dass die pflegebedürftigen Menschen zunehmend hochaltriger werden. Dies bedeutet besonders für den ambulanten Bereich, dass auch die pflegenden Angehörigen, seien es die Partner/-innen, seien es die „Kinder“, zunehmend älter werden.

3. FINANZIERUNG DER VOLLSTATIONÄREN PFLEGE IM KREIS RECKLINGHAUSEN

Ziehen ältere Menschen in eine Pflegeeinrichtung, setzen sich die Kosten aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Pflegekosten, in Abhängigkeit von der anerkannten Pflegestufe des älteren Menschen und dem Pflegesatz des Altenheims;
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung;
- Investitionskosten, in Abhängigkeit von Alter und Ausstattung der Einrichtung.

Im Kreis Recklinghausen lagen die durchschnittlichen monatlichen Pflegekosten je nach Pflegestufe in 2001 zwischen 1.114 € und 2.116 €; im Jahr 2007 betrugen die Kosten zwischen 1.212 € und 2.289 €. Dies bedeutet in der PflegestufeI eine Preissteigerung von 9%, in den beiden höheren Pflegestufen von jeweils 8%. Da die Sätze der Pflegeversicherung auf einen fixen Betrag festgelegt sind, müssen diese Kostensteigerungen in voller Höhe auf den Eigenanteil der Bewohner/-innen der Pflegeeinrichtungen umgelegt werden.

Die monatlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung lagen in 2001 bei durchschnittlich 733 € und in 2007 bei 803 € / Monat, was einer Preissteigerung von 10% entspricht. Diese Kosten sind von den Bewohnern/-innen der Einrichtungen aus dem eigenen Einkommen und Vermögen zu bestreiten.

Für die Investitionskosten fallen im Kreis Recklinghausen derzeit durchschnittlich 410 € monatlich an; gegenüber 2001 bedeutet dies eine Steigerungsrate von 14%.

Reichen Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Menschen nicht aus, um den Eigenanteil für die vollstationäre Pflege zu begleichen, können Ansprüche im Rahmen der Sozialhilfe geltend gemacht werden. Kostenträger für die Hilfen zur vollstationären Pflege ist im Kreis Recklinghausen das Kreissozialamt. Bei nicht ausreichendem Einkommen und Vermögen besteht auf Grundlage des SGB XII Anspruch auf „Grundsicherung im Alter“ und „Hilfe zum Lebensunterhalt“ sowie „Hilfe zur Pflege“. Zur Finanzierung der Investitionskosten haben Versicherte in NRW unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Pflegewohngeld. Das Pflegewohngeld ist keine Leistung der Sozialhilfe, sondern ist mit dem Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes NRW in der Fassung von 08/2003 modifiziert worden. Gleichwohl ist der Kostenträger des Pflegewohngeldes der kommunale Sozialhilfeträger.

Im Dezember 2005 haben im Kreis Recklinghausen insgesamt 5.089 ältere (65 Jahre und älter) und anerkannt pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der vollstationären Pflege gelebt. Von diesen haben fast die Hälfte (n=2.466) keinerlei Leistungen des Sozialhilfeträgers zur Finanzierung der Heimkosten in Anspruch genommen. Ausschließlich Pflegewohngeld haben 14% (n=727) bezogen, 37% (n=1.896) der älteren pflegebedürftigen Menschen hatten Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe.

1. ZIELSETZUNGEN UND VERLAUF DES PROJEKTES

Nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre ereignen sich im Kreis Recklinghausen etwa ein Drittel aller Aufnahmen in ein Altenpflegeheim unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Um Ansätze für eine stärkere Steuerung zu prüfen, hat sich der Kreis Recklinghausen daher zunächst der Beleuchtung dieser Schnittstelle (Übergang Krankenhaus-Altenheim) zugewandt.

Schwerwiegende akute Erkrankungen oder eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes bei bestehender Multimorbidität haben bei älteren Menschen entscheidenden Einfluss auf ihre Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Zugleich ist die Phase der Rekonvaleszenz länger als bei jüngeren Menschen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus haben die Betroffenen daher häufig noch nicht die erforderliche gesundheitliche Verfassung wiedererlangt, um sich zu Hause selbst versorgen zu können. Oftmals hat der Pflege- und Unterstützungsbedarf deutlich zugenommen. Für die Betroffenen selbst, aber auch für ihre Angehörigen stellt sich daher in dieser Situation die Frage, ob eine Versorgung zu Hause überhaupt noch möglich oder ob ein Umzug in ein Pflegeheim unumgänglich ist. Vor dem Hintergrund einer in den letzten Jahren zunehmenden Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern muss diese Entscheidung vielmals in einem sehr engen Zeitfenster getroffen werden.

In dieser Krisensituation stehen die Krankenhaussozialdienste den Betroffenen und Angehörigen beratend zur Seite. Auf der Grundlage des Landespflegegesetzes informieren sie über die pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich und leiten im Falle eines Umzugs in ein Pflegeheim alle erforderlichen Formalitäten ein. Hierzu gehört auch die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), sofern ein zumindest erheblicher Pflegebedarf erkennbar ist. Der MDK entscheidet anhand des vorliegenden „Überleitungsbogens“ nach § 3 Landespflegegesetz zeitnah über eine vorläufige Pflegeeinstufung und formuliert eine Einschätzung zur Heimpflegenotwendigkeit. Wird diese als gegeben angesehen, bindet der Krankenhaussozialdienst das Kreissozialamt ein. Als Kostenträger für Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (SGB XII) entscheidet die Kommune darüber, ob stationäre Pflege als erforderlich anzusehen ist und somit der Antragsteller im Bedarfsfall zum Bezug von Leistungen nach dem SGB XII berechtigt ist. Das Kreissozialamt entscheidet dabei anhand der vorliegenden Einschätzung des MDK oder, im Falle nicht pflegeversicherter Menschen, auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens über die Notwendigkeit der Heimpflege. Seit Sommer 2006 werden die Unterlagen ergänzt durch einen Fragebogen zur persönlichen Versorgungssituation, der Auskunft über das bisherige häusliche Pflegearrangement gibt.

Der beschriebene Ablauf, an dessen Ende der Umzug des pflegebedürftigen Menschen in ein Altenpflegeheim steht, wirft verschiedene Fragen auf:

Beratung

Ist aus gesundheitlichen Gründen eine Weiterversorgung im häuslichen Umfeld in Frage gestellt, wird diese Situation von den betroffenen Menschen selbst und von ihren Angehörigen als belastend erlebt. Wird in dieser Krisensituation eine intensive, auf die besonderen Belange der konkreten Situation abgestimmte Beratung wirksam, kann in vielen Fällen auf das Pflegearrangement Einfluss genommen werden.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhaussozialdienste bleibt bei zunehmend kürzer werdenden Liegezeiten für die Beratung der Patienten jedoch immer weniger Spielraum. Nicht selten werden sie erst kurz vor der Entlassung eingeschaltet. Es stellt sich daher die Frage, ob durch eine zusätzliche, in stärkerem Maße zugehende Beratung, die auch im privaten Umfeld der Betroffenen angeboten werden kann, häusliche Versorgungsarrangements gefördert werden können.

Rehabilitationspotential

Auch wenn zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung die Fähigkeit zur Selbstversorgung (noch) nicht wieder hergestellt ist, so ist in Abhängigkeit von Krankheitsbild und Gesamtsituation des Betroffenen oftmals eine weitere Rekonvaleszenz zu erwarten. In diesen Fällen kann nach einer zeitlich befristeten stationären pflegerischen Versorgung eine Rückkehr nach Hause möglich sein.

Ob die körperlichen und / oder geistigen Einschränkungen als dauerhaft anzusehen sind oder ob unter intensiver Ausschöpfung rehabilitativer Maßnahmen eine Besserung zu erwarten ist, stellt für die Entscheidung über die (dauerhafte) Heimpflegebedürftigkeit daher einen wesentlichen Aspekt dar. Wird die Notwendigkeit der Heimpflege bestätigt und der Privathaushalt aufgelöst, ist eine Rückkehr nach Hause nur noch in seltenen Fällen möglich.

Von Interesse ist daher die Frage, ob ein differenziertes Assessment Aussagen dahingehend ermöglich, ob nach einer befristeten stationären und rehabilitativen Pflege eine Rückkehr in die häusliche Versorgung ermöglicht werden kann.

Heimpflegenotwendigkeit

Wie bereits beschrieben formuliert der MDK seine Einschätzung zur Heimpflegenotwendigkeit nach Aktenlage. Diese Einschätzung dient im weiteren Ablauf den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kreissozialamtes als Grundlage, um den Bedarf von Leistungen zur Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen sowie von Pflegewohngeld zu prüfen.

Es stellt sich die Frage, ob die Feststellung der Heimpflegenotwendigkeit nach Aktenlage als Entscheidungsgrundlage für eine dauerhafte Heimpflege ausreichend ist. Es gilt zu prüfen, ob durch eine umfassende Analyse der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Situation Aussagen zu den Möglichkeiten einer häuslichen Versorgung fundierter getroffen werden können.

Zur Klärung dieser Fragen hat der Kreis Recklinghausen das Projekt zum Übergang Krankenhaus-Altenheim auf den Weg gebracht. In Anlehnung an das sog. „Kölner Modell“ sollten insbesondere die Chancen und Möglichkeiten einer differenzierten Einzelfallprüfung unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten, ergänzt durch eine aktive, zugehende Beratung der Betroffenen und ihren Angehörigen, erprobt werden.

Der Projektentwurf sah vor, dass nach Eingang eines Antrags auf Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen die Antragstellerin/der Antragsteller möglichst zeitnah noch im Krankenhaus durch eine Ärztin des Gesundheitsamtes besucht wird. Anhand der vor Ort erhobenen Befunde zur körperlichen und mentalen Situation erfolgt eine Einschätzung zu Pflegebedarf, Rehabilitationspotential und Prognose. Den Angehörigen und, soweit diese dazu in der Lage sind, auch den pflegebedürftigen Menschen selbst, wird ein Besuch durch eine Fachkraft für Pflege und soziale Beratung angeboten. Sofern die Bereitschaft hierzu besteht, erfolgt der Besuch zu Hause, um die häusliche Pflegesituation und den hieraus resultierenden Bedarf an Hilfsmitteln erfassen zu können. Zudem sollen durch zusätzliche Kontakte mit weiteren an der Versorgung beteiligten Akteuren (Pflegedienste, Betreuer etc.) wichtige Informationen über die Tragfähigkeit des häuslichen Pflegearrangements gesammelt werden.

Weiter sah der Projektentwurf vor, dass die gesammelten Informationen in einer Fallkonferenz zusammengetragen werden. In dieser Fallkonferenz sollen alle am Projekt beteiligten Akteure gemeinsam unter Berücksichtigung der gesammelten Informationen eine Entscheidungsgrundlage zur Klärung der Frage der Heimnotwendigkeit vorbereiten.

Die Aufnahme in das Projekt ist freiwillig und erfolgt nur, wenn die Patienten oder deren Bevollmächtigte das Krankenhauspersonals gegenüber den Projektmitarbeiterinnen ausdrücklich von der Schweigepflicht entbinden.

Als weitere Eckpunkte des Projektes wurden formuliert:

- die Dauer des Projektes wird auf 6 Monate beschränkt;
- in das Projekt werden nur Pflegebedürftige der Stufe 0, 1 und 2 aufgenommen;
- Projektteilnehmer sollen Leistungsberechtigte nach dem SGB XII sein;
- unter Berücksichtigung der zeitlichen und personellen Ressourcen wird eine Stichprobe von 100 Fällen angestrebt; die Kalkulation dieser Stichprobe erfolgte auf der Grundlage von Daten der vergangenen Jahre, die durch das Sozialamt zur Verfügung gestellt wurden;
- es erfolgt eine Verlaufsbeobachtung, indem Zweitbesuche zum Ende einer befristeten Heimaufnahme (Kurzzeitpflege) durchgeführt werden.

Um eine fachlich kompetente pflegerische und soziale Beratung sicherzustellen, hat der Kreis Recklinghausen für die Dauer des Projektes eine doppelt qualifizierte Kraft (Pflegefachkraft und Diplom-Pädagogin) im Umfang einer halben Stelle eingestellt. Für die ärztliche Begleitung des Projektes stellte die Abteilung Amtsärztlicher Dienst eine Ärztin stun-

denweise zur Verfügung. Die Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse übernahm die Gesundheitsberichtserstatterin des Kreisgesundheitsamtes. Die Projektgruppe erarbeitete die erforderlichen Dokumentationsbögen und Informationsflyer. Zudem erfolgte die Festlegung auf geeignete Assessmentverfahren.

Vor dem Start wurden die Verwaltungsdirektoren und ärztlichen Direktoren sowie die Sozialdienste der Krankenhäuser im Kreis Recklinghausen über den Projektablauf informiert.

In der Anfangsphase des Projektes traten verschiedene Probleme zutage, die einige Änderungen des Ablaufs erforderlich machten. Die wesentlichen Änderungen werden nachfolgend erläutert:

Stellt sich im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes heraus, dass der pflegebedürftige Patient nicht mehr zu Hause versorgt werden kann und eine stationäre Pflege erforderlich ist, so ist das Zeitfenster bis zur Heimaufnahme in der Regel zu kurz, um die Prüfung seiner wirtschaftlichen Voraussetzungen abschließend durchführen zu können. Das heißt, zu dem Zeitpunkt, zu dem über die Heimnotwendigkeit entschieden wird, ist nicht sicher, ob der Pflegebedürftige tatsächlich Leistungen nach dem SGB XII in Anspruch nehmen kann. Aus diesem Grund wurde die zunächst geplante Beschränkung auf Sozialhilfeempfänger im Projekt nicht umgesetzt.

Dieser Sachverhalt führte dazu, dass die Zahl der täglich aus den Krankenhäusern eingehenden Fallmeldungen deutlich höher war, als im Vorfeld kalkuliert. Bei gleichzeitig begrenzten Personalressourcen der Projektgruppe war es erforderlich, neben persönlichen Beratungsbesuchen weitere Instrumente, wie z.B. Telefoninterviews zur Abschätzung des Beratungsbedarfs in hierfür geeigneten Fällen einzusetzen.

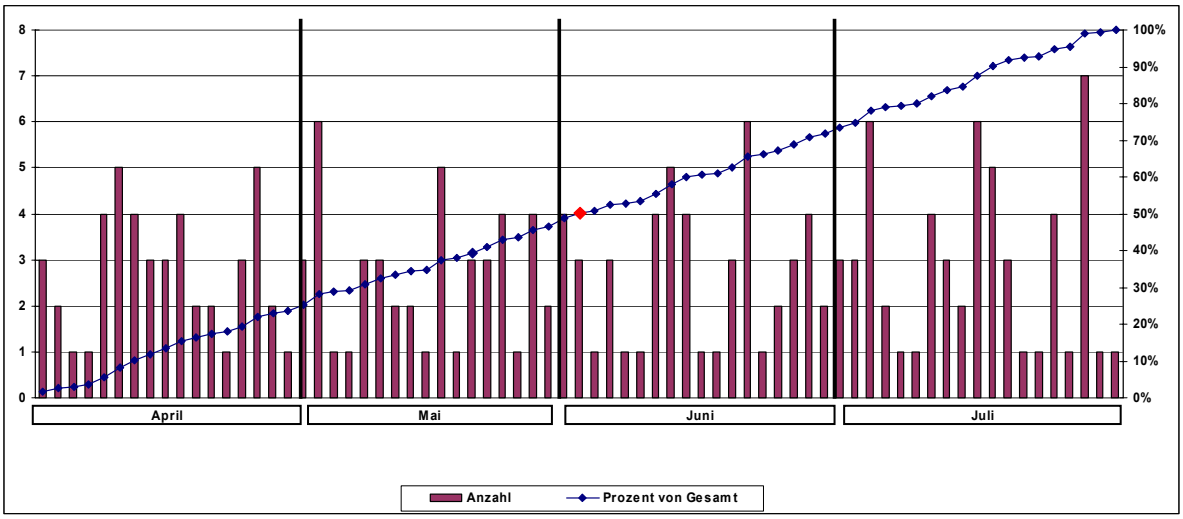
Sowohl aufgrund der unerwartet hohen Fallzahl als auch infolge der häufig erst kurz vor der Entlassung eingehenden Fallmeldungen war das Zeitfenster für die Bearbeitung in der Projektgruppe so eng, dass in vielen Fällen zunächst einer befristeten stationären Unterbringung im Sinne einer Kurzzeitpflege zugestimmt wurde und der direkte Kontakt dann im Pflegeheim stattfand.

Da überraschend viele der pflegebedürftigen Personen alleinstehend waren, konnte die Beratung nicht so oft wie gewünscht im häuslichen Umfeld erfolgen. Die entsprechenden zeitlichen Ressourcen wurden daher für die Beratungen in den Fällen eingesetzt, in denen eine Rückkehr nach Hause von Betroffenen und/oder Angehörigen gewünscht wurde. In diesen Fällen stellte sich ein einzelner Besuch oder ein einzelnes Beratungsgespräch als völlig unzureichend heraus. Vielmehr waren mit allen Akteuren des zukünftigen Versorgungsarrangements den Prozess begleitende (Telefon-) Gespräche notwendig.

2. ZEITLICHER RAHMEN UND BETEILIGUNG DER EINRICHTUNGEN

Von Anfang April bis Ende Juli 2007 wurden 178 Krankenhauspatienten in das Projekt aufgenommen, sodass es möglich war, bis zum Abschluss des Projektes (Ende September) alle Beratungen abzuschließen. Der Eingang der Fälle verteilte sich über die vier Monate gleichmäßig. Eine Häufung für einzelne Monate lag nicht vor.

Abbildung 4: Eingang der Fälle



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

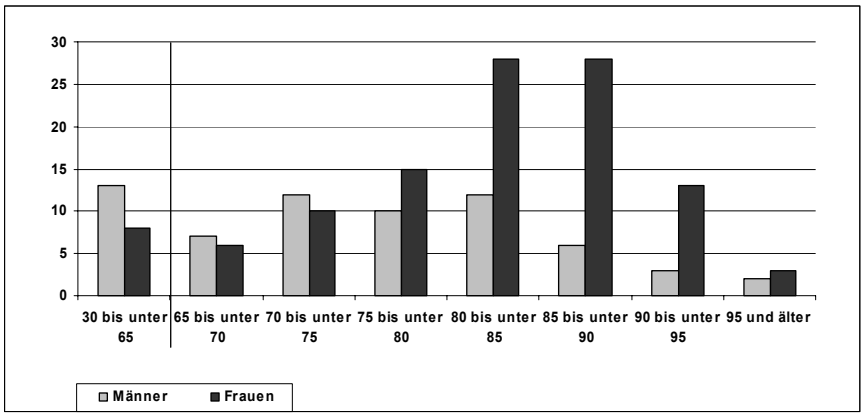
Es haben sich alle Krankenhäuser im Kreisgebiet an dem Projekt beteiligt. Hinzu kamen 10 Krankenhäuser aus Städten außerhalb des Kreisgebietes. Dies sind entweder spezielle Einrichtungen z.B. für Menschen mit Suchterkrankungen oder Kliniken mit ausgewiesenen Fachabteilungen. Von insgesamt 62 Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe im Kreisgebiet waren 48 Einrichtungen in das Projekt eingebunden; 10 weitere kooperierende Pflegeeinrichtungen lagen außerhalb des Kreisgebietes. Die Wahl der Einrichtung erfolgte in der Regel nach dem Kriterium der Wohnortnähe der Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen. Zudem spielte die Verfügbarkeit eines freien Platzes eine Rolle. Für jüngere pflegebedürftige Menschen mit Alkoholabhängigkeit standen meist Plätze in speziellen zum Teil geschlossenen Pflegeeinrichtungen außerhalb des Kreisgebietes zur Verfügung (Essen, Lippstatt, Möhnesee). Bei der Analyse der Versorgungswege konnte keine auffällige Häufung von Übergängen aus einzelnen Krankenhäusern in bestimmte Pflegeeinriechungen festgestellt werden.

3. BESCHREIBUNG DER FALLGRUPPE

In das Projekt wurden die 178 Personen aufgenommen, bei denen während des Krankenhausaufenthaltes fraglich war, ob die pflegerische Versorgung zu Hause im ausreichenden Maße sicher gestellt ist. Dabei wurde die Fallgruppe auf die Personen eingegrenzt, die bislang keine Pflegeeinstufung hatten oder im ambulanten Bereich bereits in Stufe I bzw. II eingestuft waren. Bei allen Patienten wurde während des Krankenhausaufenthaltes ein Antrag auf vorläufige Prüfung der Pflegebedürftigkeit gestellt. In allen Fällen sah der Medizinische Dienst der Krankenkassen aufgrund der Aktenlage die Notwendigkeit der vollstationären Versorgung.

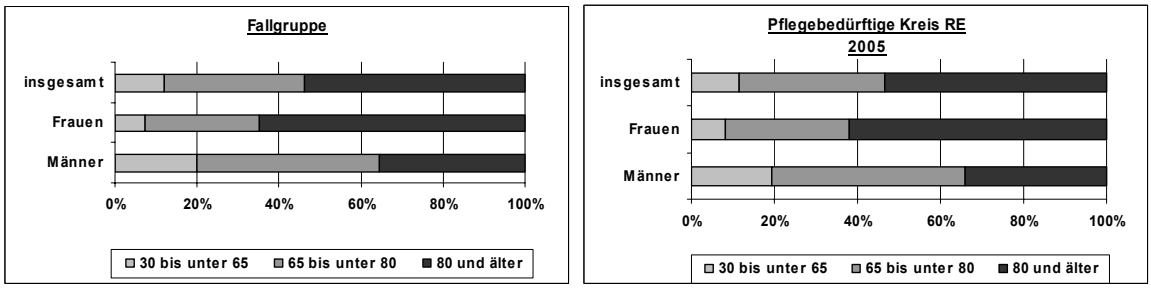
Die Gruppe setzt sich aus 112 Frauen und 66 Männern zusammen und weist gegenüber der Gesamtheit der Pflegebedürftigen des Kreises Recklinghausen in 2005 einen leicht höheren Männeranteil aus (37% gegenüber 31%). 21 Personen sind zwischen 30 und 65 Jahre alt, wobei die hohe Anzahl junger Männer (n=13) auffällig ist. Im Alter von 65 bis unter 80 Jahre sind 60 Personen, hier liegt ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vor. Mehr als die Hälfte der Patienten/-innen ist 80 Jahre und älter, wobei die Frauen den überwiegenden Teil stellen.

Abbildung 5: Altersverteilung in der Fallgruppe



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

Abbildung 6: Alterszusammensetzung der Fallgruppe und der Gruppe Pflegebedürftiger insgesamt (Kreis Recklinghausen)

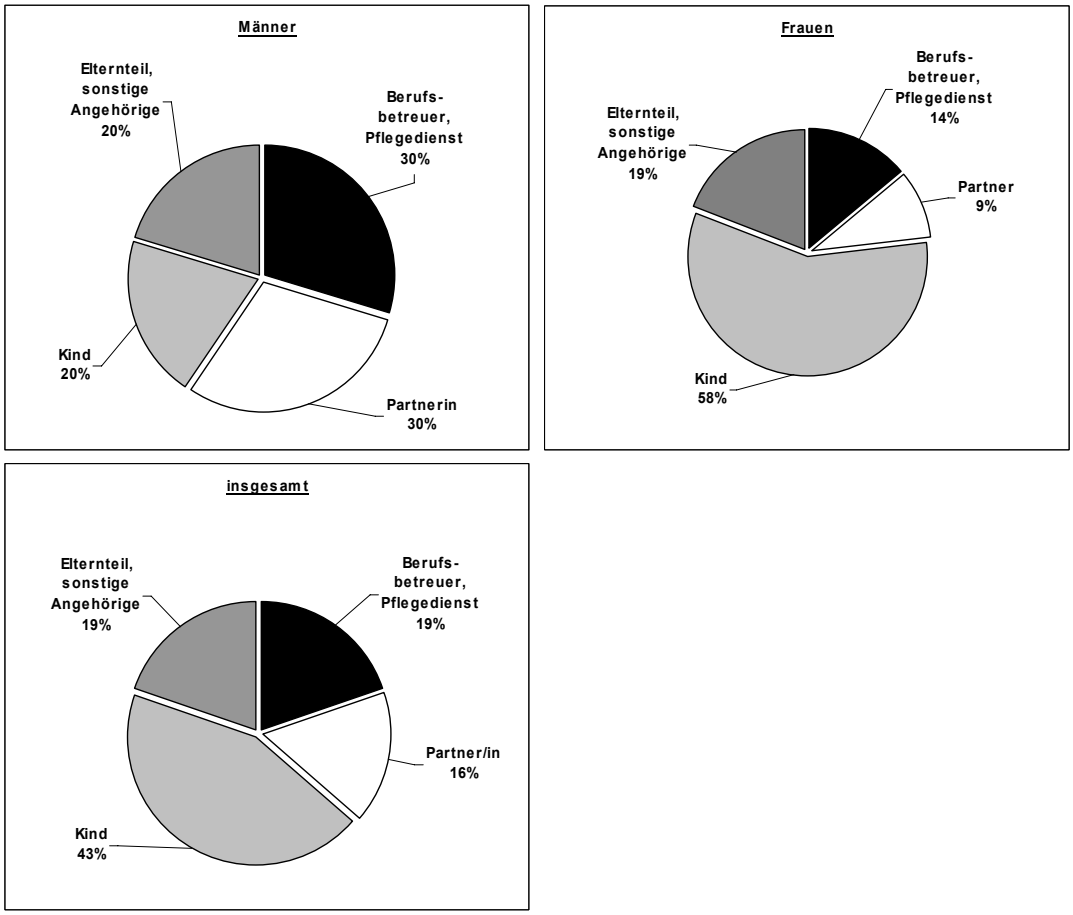


© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

Fast ein Fünftel der Fallgruppe verfügt nicht über eine private Bezugsperson, wobei dies für Männer (30%) eher zutrifft als für Frauen (14%). Sie haben entweder keine Angehörigen (mehr), oder es bestehen schon über Jahrzehnte hin keine tragfähigen familiären Beziehungen. Für diese Personen sind Berufsbetreuer oder Mitarbeiter-/innen der ambulanten Pflegedienste Ansprechpartner für das Versorgungsmanagement. Diese sind vielfach auch die einzigen, mit denen kontinuierliche soziale Kontakte bestehen.

Während den pflegebedürftigen Männern, die in ein Bezugssystem eingebunden sind, eher ihre Partnerin zur Seite steht, übernehmen bei den Frauen meist die Kinder die Rolle der Hauptbezugsperson. Dies ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass alte und besonders hochaltrige Frauen häufiger verwitwet sind als Männer. Bei denjenigen, die in einem familiären Bezugssystem leben (n=139), sind in 26 Fällen (19%) noch weitere Personen hilfe- oder pflegebedürftig. In diesen Familien wird das Phänomen sichtbar, dass Abwägungen dahingehend getroffen werden müssen, welches Familienmitglied in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden kann, und wer in eine stationäre Einrichtung umzieht. Diese Entscheidungen werden besonders dann aktuell, wenn alte und hochaltrige Menschen von ihren Partnern gepflegt werden, die aber selber ebenfalls einen zunehmenden Unterstützungsbedarf haben.

Abbildung 7: Hauptbezugspersonen

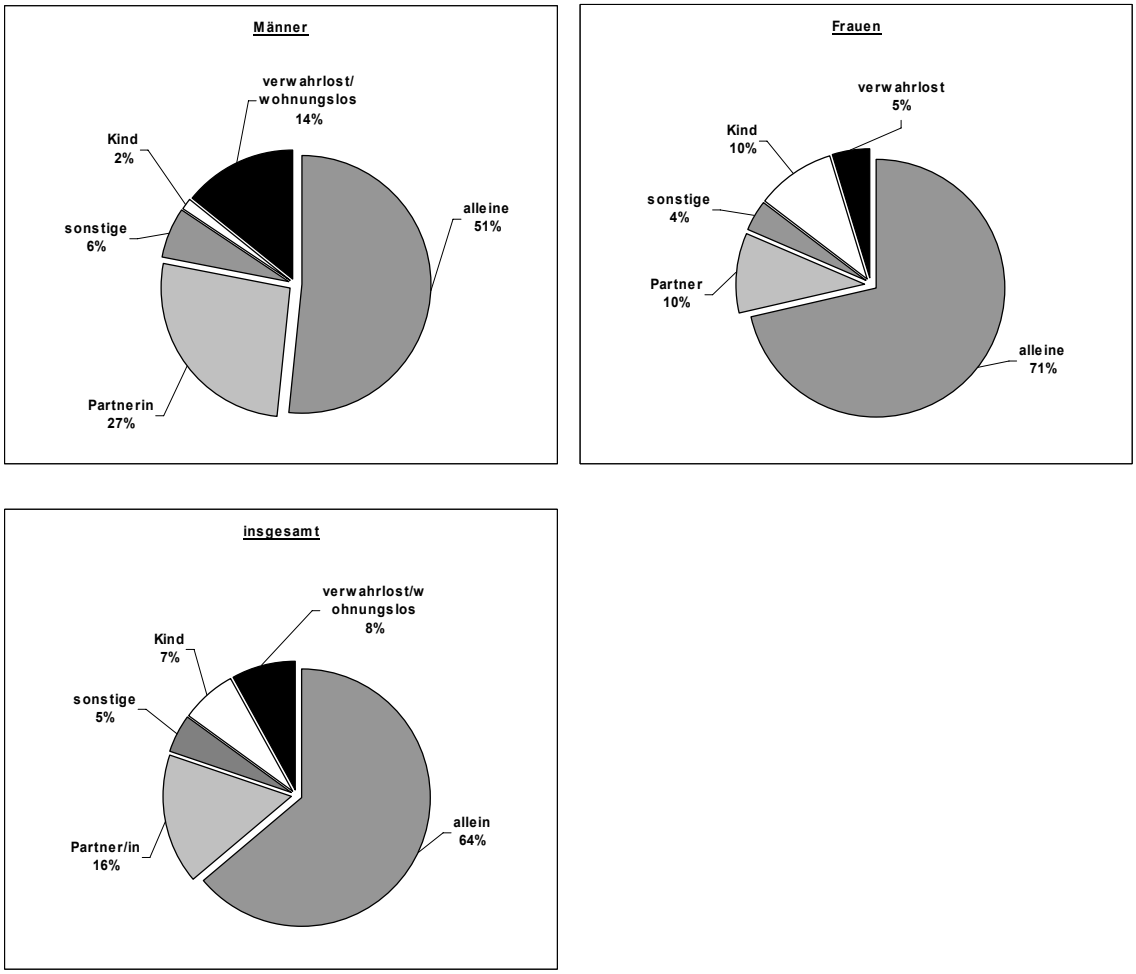


n = 178

© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

Weniger als ein Drittel der Fallgruppe lebte zum Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung mit anderen Menschen zusammen oder in unmittelbarer räumlicher Nähe. Der Anteil der Alleinlebenden ist bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern. Auffällig ist, dass 14% der Männer und 5% der Frauen in verwahrlosten Lebensumständen leben. Hier finden sich sowohl wohnungslose Menschen als auch jene, die in ihren Wohnungen alleine oder gemeinsam mit Angehörigen zunehmend verwahrlost sind.

Abbildung 8: Wohnsituation



n = 178

© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

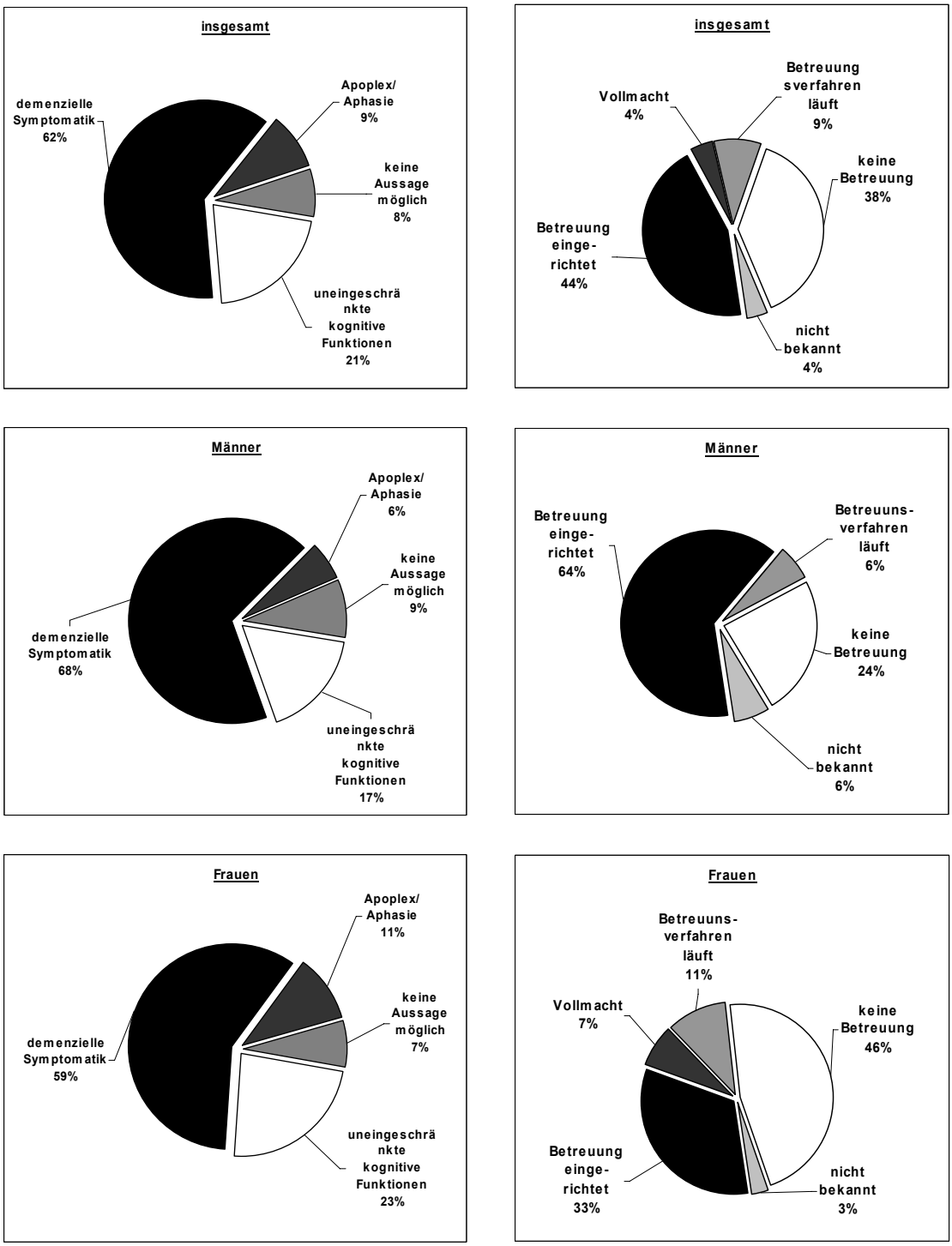
5. ERKRANKUNGEN UND PFLEGEBEDARF

Die Fallgruppe zeichnet sich dadurch aus, dass in der Regel eine Vielzahl von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen den Pflegebedarf begründen. In der Regel werden mehr als zwei Erkrankungen aufgeführt, die im Krankenhaus aktuell behandlungsbedürftig sind. Hinzu kommen die Diagnosen, die eine chronische aber aktuell stabile Erkrankung wiedergeben (z.B. Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen) sowie die durchlebten Erkrankungen, die als Ursachen für bestehende Funktionseinschränkungen anzusehen sind (z.B. Schlaganfall, Demenz, Bypass-Operation). Bei den aktuell therapierelevanten Diagnosen werden in 32 Fällen demenzielle Erkrankungen aufgeführt, die nachfolgenden Ränge nehmen Erkrankungen des Herzens (n=26), Schlaganfälle (n=22), Knochenbrüche/Verletzungen (n=21) oder Alkoholabhängigkeit mit dadurch bedingten körperlichen und/oder psychiatrischen Erkrankungen (n=20) ein. Mit über 10 Nennungen sind Lungenerkrankungen (n=16), bösartige Neubildungen (n=15) sowie Stürze oder Sturzneigung (n=11) besetzt. Bei den unter 65-Jährigen (n=21) wird der Krankenhausaufenthalt in 10 Fällen durch einen langjährigen Alkoholabhängigkeit zumindest mitbedingt. Hiermit korrespondieren häufig Lebererkrankungen, bösartige Neubildungen, Amputationen/Verletzungen und/oder ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand durch Mangel-/Unterernährung sowie Verwahrlosung. Bei den anderen jüngeren Personen sind in jeweils mindestens 2 Fällen Krebserkrankungen, Multiple Sklerose oder ein Wachkoma aufgrund einer unmittelbar vorangegangenen Reanimation Anlass für den Krankenhausaufenthalt und für die anschließende Versorgung in einer Pflegeeinrichtung.

Mit der ausgeprägten Multimorbidität und/oder den weit fortgeschrittenen Krankheitsverläufen gehen die Einschränkungen in den körperlichen Funktionen und der Alltagskompetenz einher: In den Fällen, in denen entweder im Krankenhaus oder im Altenheim ein geriatrisches Assessment durchgeführt wurde, benötigen 92% zumindest personelle Hilfe bei der Haushaltsführung, wobei über die Hälfte vollständig auf Fremdhilfe angewiesen ist. Hilfe bei der Körperpflege benötigen 74% der Gruppe, 61% sind auf Hilfe bei der Ausscheidung angewiesen. Über die Hälfte kann sich nur mit Hilfe einer anderen Person von einem Stuhl auf den anderen setzen oder das Bett verlassen. Bei denjenigen, bei denen kein geriatrisches Assessment durchgeführt wurde, weisen die dokumentierten Erkrankungen und Einschränkungen ebenfalls auf eine stark ausgeprägte Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in allen Bereichen hin.

Die tägliche Betreuung und Pflege wird bei vielen Patienten dadurch erschwert, dass sie starke Einschränkungen in ihrer Motivation haben (56%) oder eine depressive Symptomatik vorliegt (46%). Bei über 60% der gesamten Fallgruppe liegt eine demenzielle Symptomatik vor, die in den meisten Fällen durch eine Alzheimererkrankung oder/und Durchblutungsstörungen des Gehirns bedingt ist, bei anderen als Folge einer langandauernden Alkoholabhängigkeit anzusehen ist. Bei 17% der Gesamtgruppe sind keine Aussagen zu den kognitiven Funktionen möglich, entweder weil ein Schlaganfall zu ausgeprägten Sprachstörungen geführt hat, oder weil die Schwere der Erkrankung einem Demenztest entgegensteht. Mit der demenziellen Symptomatik korrespondieren die Angaben zu bestehenden oder laufenden Verfahren einer gesetzlichen Betreuung: Bei der Hälfte der Fallgruppe sind Vorsorgevollmachten wirksam oder bestehen gesetzliche Betreuungen, bei weiteren 9% sind Anträge auf die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung gestellt worden.

Abbildung 9: Demenzielle Symptomatik und gesetzliche Betreuung



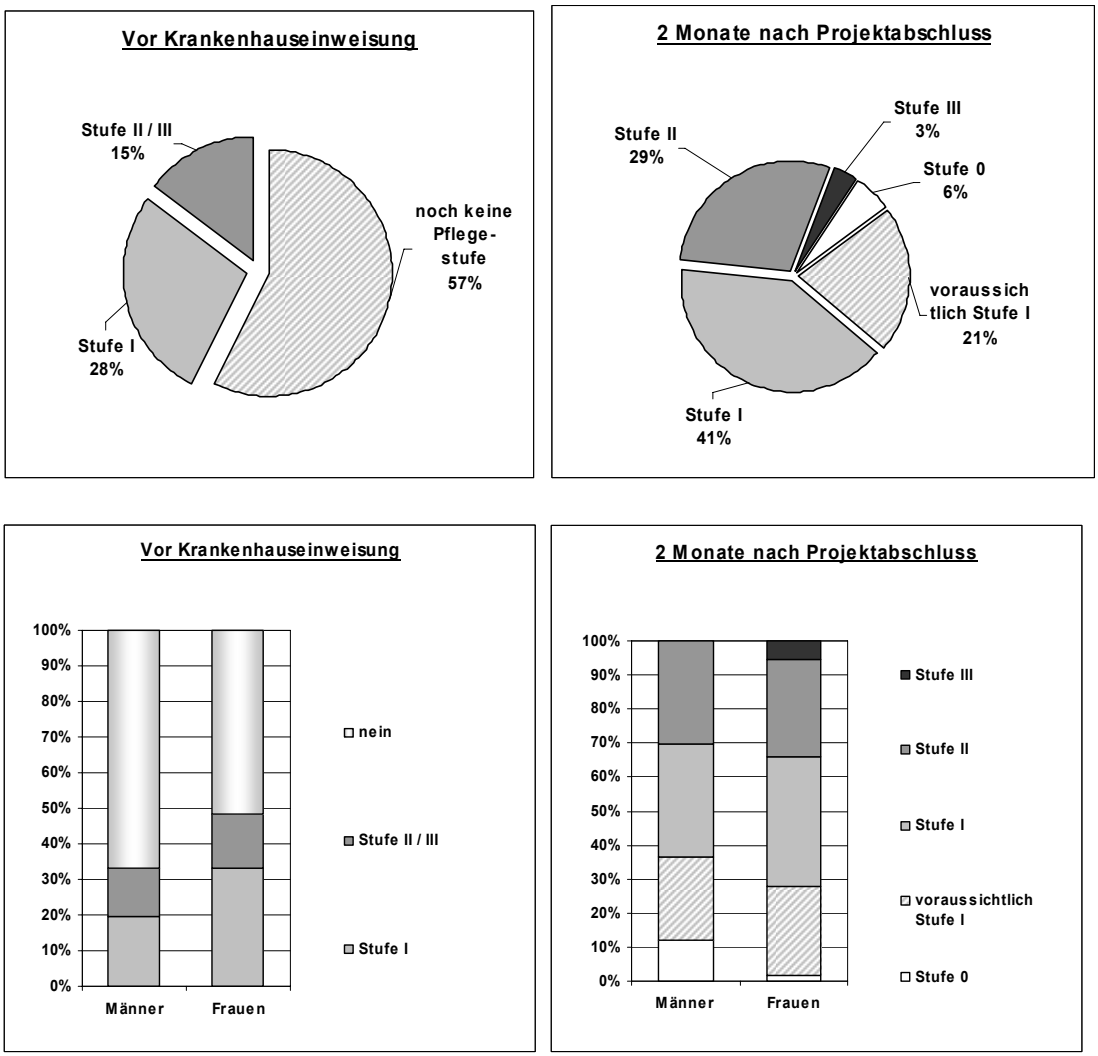
n = 178

© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

Bei etwas mehr als einem Viertel der Fallgruppe lag zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt die Pflegestufe I vor, bei einem Sechstel die Pflegestufe II oder in Ausnahmefällen bereits die Pflegestufe III. Auffällig groß ist mit über 50% der Anteil derer, die vor Aufnahme in das Krankenhaus noch keine anerkannte Pflegestufe hatten. Bei diesem Personenkreis wurden im Krankenhaus Anträge an die Pflegekassen auf eine Pflegeein-

stufung gestellt. Die Entscheidung wird zunächst vorbehaltlich nach Aktenlage getroffen, die reguläre Begutachtung mit der Anerkennung der Pflegestufe erfolgt im häuslichen Bereich oder in der Pflegeeinrichtung. Hat sich die gesundheitliche Situation verschlechtert, wurden auch von denjenigen, die bereits als pflegebedürftig anerkannt waren, Anträge auf eine Wiederholungsbegutachtung gestellt. Zwei Monate nach Projektabschluss (Ende November) waren diese Verfahren überwiegend abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt waren lediglich 10 Personen nicht im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig. Die Anerkennung der Pflegestufe I haben 40%, die Pflegestufe II haben 29% und 3% sind der Pflegestufe III zugeordnet.

Abbildung 10: Anerkannte Pflegestufe



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

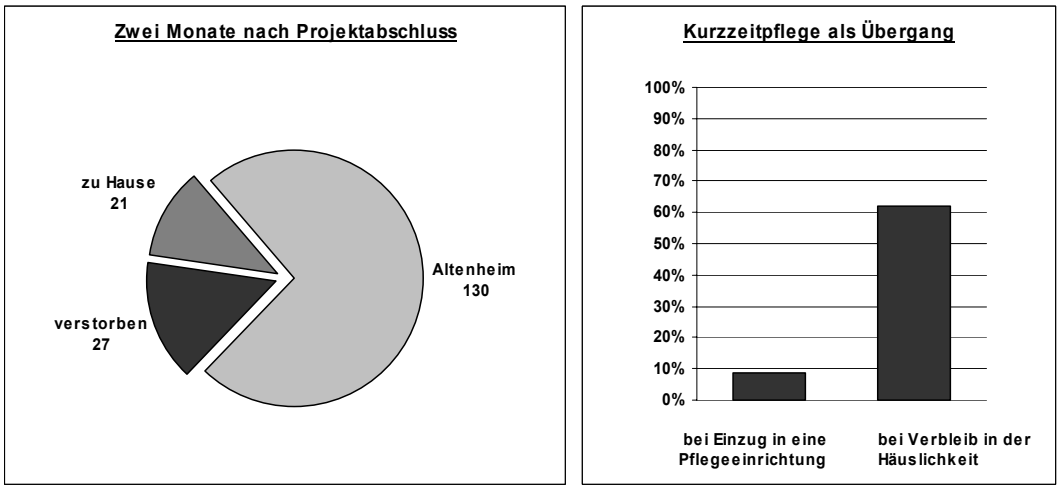
Von denjenigen, die vor dem Krankenhausaufenthalt keine Pflegestufe hatten, haben 63% eine demenzielle Symptomatik. Hier spiegelt sich das Problem wieder, dass die Pflegeeinstufung prioritär über somatische Erkrankungen und Funktionseinschränkungen bestimmt wird. Auch die Personen mit einer Alkoholkrankheit (n=13) hatten vor dem Krankenhausaufenthalt keine Pflegeeinstufung; nach Antragstellung durch das Krankenhaus hatten von diesen Acht eine anerkannte Pflegestufe, Fünf hatten die „Pflegestufe 0“. Bei dieser Gruppe spielen sicherlich die unzureichende Einbindung in soziale Beziehungsstrukturen sowie die Defizite in der gesundheitlichen Versorgung eine entscheidende Rolle für die eher späte Pflegeeinstufung.

Zusammenhänge zwischen der Pflegestufe und der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes sind bei der Fallgruppe deutlich ausgeprägt: So haben 58% derer, die vor dem Krankenhausaufenthalt die Pflegestufe I hatten, Sach-/oder Kombileistungen in Anspruch genommen; von den Menschen mit Pflegestufe II oder III waren es 65%. Fast ein Fünftel derjenigen, die keine Pflegeeinstufung hatten, haben über die Krankenkasse Leistungen zur Behandlungspflege durch ambulante Pflegedienste erhalten.

6. VERSORGUNGSARRANGEMENTS NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

Bis Ende November waren seitens des Sozialhilfeträgers alle Anträge von Menschen aus der Fallgruppe bearbeitet. Bis zu diesem Zeitpunkt leben von den 178 Personen 130 in einem Altenheim, 21 sind nach dem Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit zurückgekehrt. 27 Menschen aus der Fallgruppe sind verstorben, davon 8 Personen noch während des Krankenhaushausaufenthaltes und 19 nach dem Einzug in ein Altenheim bzw. während der Kurzzeitpflege.

Abbildung 11: Verbleib der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

13 Personen, die in die eigene Häuslichkeit zurückgekehrt sind, haben zur Überbrückung die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Über diese Zeitspanne war es möglich, dass sich die gesundheitliche Situation stabilisierte und ein angemessenes Pflegearrangement für den häuslichen Bereich eingerichtet werden konnte. Bei einer Person konnte durch das Projekt im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden, wodurch die Aufnahme in die stationäre Pflege verhindert werden konnte.

Bei denjenigen, die in ein Altenheim gezogen sind, hat sich diese Versorgungsform häufig bereits mit der ersten Fallkonferenz als einzig mögliches und vertretbares Pflegearrangement herausgestellt. In 11 Fällen wurde zunächst eine Kurzzeitpflege bzw. eine befristete Heimaufnahme befürwortet. In 8 Fällen wurde in der ersten Fallkonferenz beschlossen, die Möglichkeiten einer Rehabilitationsmaßnahme zu überprüfen, aufgrund des jungen Alters alternative Versorgungssettings zu erschließen oder einen Hilfeplan für die häusliche Versorgung zu erstellen. Jedoch konnten keine Alternativen zu einer stationären Aufnahme ermöglicht werden. Zwei Personen sind nach der Kurzzeitpflege zunächst als nicht heimpflegebedürftig eingestuft worden, wobei sich nach der Rückkehr in den häuslichen Bereich die gesundheitliche Situation wiederum so destabilisiert hat, dass der Einzug in eine Pflegeeinrichtung notwendig wurde.

Die bekannten Einflussfaktoren für die Form der Pflegearrangements sind in der Fallgruppe wie folgt wirksam:

Geschlecht

Keinen deutlichen Einfluss hat das Geschlecht gehabt: Bei Frauen und Männern sind die Anteile derer, die nach Hause gegangen sind, mit 13% identisch. Jedoch ist bei den Männern der Anteil derer größer, die verstorben oder in ein Hospiz gegangen sind (18% gegenüber 13%).

Alter

Die unter 65-Jährigen sind zum überwiegenden Teil in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen (17 von 21 Personen). Bei ihnen sind die Art der Erkrankung, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und/oder das Fehlen eines privaten Bezugssystems ausschlaggebend für die stationäre Pflege. Von den 65- bis unter 80-Jährigen sind mit 18% mehr Personen nach Hause gegangen als dies bei den Hochaltrigen der Fall ist (8%).

Wohnsituation und Bezugspersonen

Die Wohnsituation oder das Vorhandensein privater Bezugspersonen spielt bei der Fallgruppe eine weniger starke Bedeutung als vorab vermutet: Von den alleine Lebenden sind 12% nach Hause gegangen. Jedoch auch bei denjenigen, die mit ihren Partnern oder mit Angehörigen zusammenleben, war nach dem Krankenhausaufenthalt in „nur“ 14% der Fälle die Pflege im häuslichen Bereich möglich. Keinen Einfluss hatte es, ob eine private oder ausschließlich eine professionelle Hauptbezugsperson zur Verfügung stand.

Kognitive und psychosoziale Veränderungen

Von denjenigen, die keine demenziellen oder psychiatrischen Erkrankungen haben, konnten 29% nach Hause entlassen werden, was in der Gruppe mit diesem Erkrankungsspektrum für nur 7% möglich war.

Pflegestufe

Je höher die Pflegestufe ist, umso geringer ist der Anteil derer, die nach dem Krankenhausaufenthalt nach Hause entlassen werden konnten (Stufe 0: 30%, Stufe I: 15%, Stufe II: 4%, Stufe III: 0). Von denjenigen, die mit „Pflegestufe 0" in einer Pflegeeinrichtung leben (n=6), haben 4 Personen ausgeprägte kognitive Einschränkungen, die ein Leben in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr zulassen und spezielle, zum Teil geschlossene Einrichtungen nötig machen, im Sinne der Pflegeversicherung jedoch noch keine Pflegebedürftigkeit begründen.

7. INANSPRUCHNAHME VON SOZIALHILFE

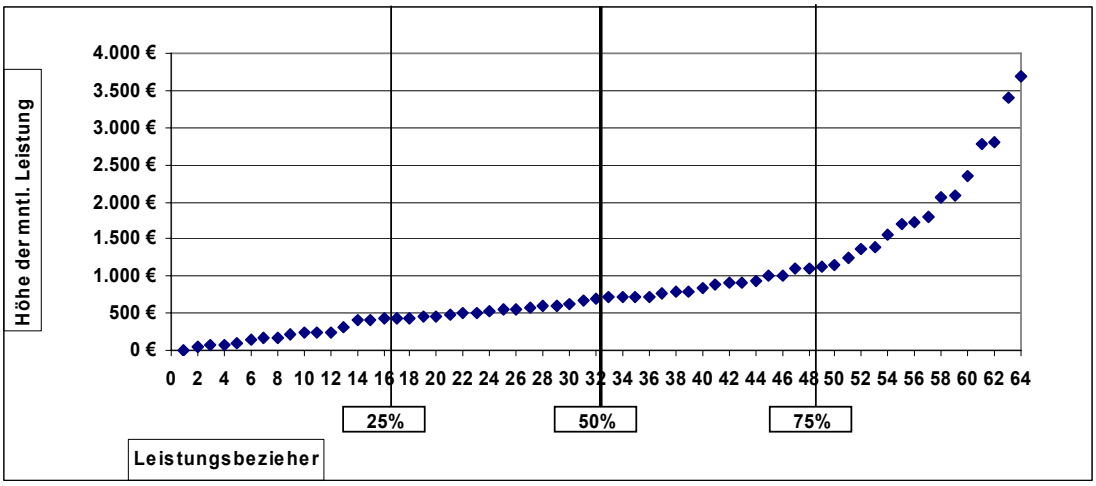
Von denjenigen, die nach dem Krankenhausaufenthalt in ein Altenheim gezogen sind, haben 78% (n=109) einen Antrag auf Hilfe zur Pflege in Einrichtungen gestellt, die Anträge von sechs Personen wurden im Verlaufe des Prüfverfahrens wieder zurückgezogen. Hierunter fallen Menschen, die kurz nach Einzug in das Altenheim verstorben sind, andere haben von sich aus ihren Antrag wieder zurückgezogen. Bis Ende Oktober waren die eingegangenen Anträge fast vollständig (90%) abschließend bearbeitet. Zu diesem Zeitpunkt sind 64 Antragsteller anspruchsberechtigt, bei einem kleinen Teil ist ein anderer Kostenträger zuständig. Dies bedeutet, dass 49% derer, die in ein Altenheim gezogen sind, Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe haben.

Die Höhe der Pflegestufe beeinflusst deutlich den Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe: Während ein Drittel der Personen mit Pflegestufe I anspruchsberechtigt ist, sind es mehr als die Hälfte derer mit Pflegestufe II und zwei Drittel derjenigen mit Pflegestufe III. Von denjenigen, die „Pflegestufe 0" haben, erhalten 83% Leistungen des Sozialhilfeträgers. Wegen der großen Streuung von 11,55 Euro bis 3.700 Euro verbietet es sich, einen monatlichen Mittelwert abzubilden. Aussagekräftiger ist es, die Verteilung der Kosten aufzuschlüsseln:

Der individuelle monatliche Anspruch liegt zwischen 11,55 und 3.700 Euro, wobei die Hälfte der Leistungsbezieher einen Betrag zwischen 420 und 1.100 Euro erhält; ein Viertel erhält monatliche Leistungen von über 1.100 Euro, sieben Personen erhalten Leistungen von über 2.000 Euro (Abb. 12).

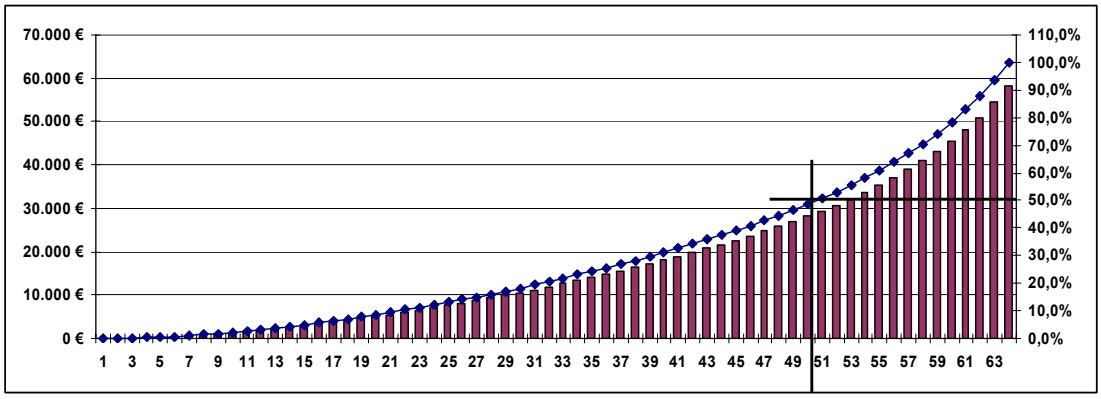
Dieses ungleiche Bild schlägt sich auch bei der Verteilung der monatlichen Gesamtkosten von 58.000 Euro nieder: So entfallen 50% der monatlichen Sozialhilfekosten auf 22% der Leistungsbezieher (Abb. 13).

Abbildung 12: Höhe der monatlichen Leistungen – Verteilungsmuster in der Gesamtgruppe



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

Abbildung 13: Monatliche Gesamtausgaben – Anteil der Gesamtkosten zu Anteil der Leistungsbezieher



© Kreisverwaltung Recklinghausen Gesundheitsamt – Gesundheitsberichterstattung

Folgende Muster lassen sich in der Verteilung der Gesamtkosten identifizieren:

- Fast 29% der Gesamtkosten entfallen auf Pflegebedürftige mit den Pflegestufen 0 und III, obwohl diese Gruppe nur 14% der Leistungsberechtigten stellt.

- Die monatlichen Kosten entfallen je zur Hälfte auf 50 Leistungsbezieher mit niedrigeren Ansprüchen und auf 14 Leistungsbezieher mit Ansprüchen von jeweils über 1.250 Euro monatlich. Letztere sind Menschen, die aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen in speziellen Pflegeeinrichtungen leben, aber keine Pflegestufe anerkannt bekommen, sowie Menschen, deren Erkrankung (Multiple Sklerose, Wachkoma, Schlaganfall) eine umfangreiche und anspruchsvolle Pflege erfordert. Die Erkrankten sind entweder allein lebend, oder ihre Hauptbezugsperson ist berufstätig und/oder für die Betreuung und Erziehung minderjähriger Kinder verantwortlich. Die Art der Erkrankungen ist in dieser Gruppe nicht vorrangig altersbedingt, von daher ist zu erklären, dass 5 Personen aus dieser Gruppe 60 Jahre oder jünger sind.

8. TYPISCHE BERATUNGS- UND VERSORGUNGSVERLÄUFE

Für den Beratungsverlauf durch die Projektmitarbeiterinnen sowie für den Versorgungsverlauf hat sich bei einer qualitativen Auswertung der „gewünschte Lebensort“ der pflegebedürftigen Menschen und der Bezugspersonen als zentrales Kriterium herauskristallisiert.

Bei Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung

Entsprechend dem Wunsch der pflegebedürftigen Person

Diejenigen, die einem Einzug in ein Altenheim befürwortend oder akzeptierend gegenüber stehen, haben das bestehende Ungleichgewicht von Versorgungs- und Pflegebedarf einerseits und den mangelnden Ressourcen zur häuslichen Pflege andererseits realisiert. Typische Äußerungen wie „es geht ja nicht anders“ oder „wer soll das zu Hause machen“, weisen darauf hin, dass sich dem Umzug in ein Altenheim aufgrund fehlender Alternativen gefügt wird.

Bei dieser Gruppe lag die Aufgabe der Projektmitarbeiterinnen darin, die Notwendigkeit der Heimpflege aus pflegerischer und medizinischer Perspektive auszuwerten. Gespräche mit den Betroffenen und den Angehörigen, sofern diese vorhanden waren, waren dadurch charakterisiert, dass die Unausweichlichkeit des Heimeinzugs reflektiert wurde und dadurch wenn möglich auch besser akzeptiert werden konnte.

Entgegen dem Wunsch der pflegebedürftigen Person

Diejenigen, die entgegen ihrem Wunsch in ein Altenheim gezogen sind, verfügten in ihrem Nahbereich nicht über Menschen, die die tägliche und oft auch nächtliche Betreuung und Pflege zuverlässig hätten durchführen können. Einer Versorgung, die vorrangig durch ambulante Pflegedienste sichergestellt wird, stehen die demenziellen oder psychischen Erkrankungen entgegen, die zu einer in starkem Maße reduzierten Alltagskompetenz führen. Diese Erkrankungen sind auch ursächlich dafür anzusehen, dass diese Personen ihre Situation und die vorhandenen Ressourcen nicht richtig einschätzen können.

Die Projektarbeit mit dieser Gruppe war durch eine intensive Assessment- und Beratungstätigkeit charakterisiert. Durch Telefonate und persönliche Kontakte mit allen am Versorgungsgeschehen Beteiligenten galt es, ein möglichst deutliches Bild der Situation zu zeichnen und alle Möglichkeiten einer häuslichen Versorgung zu prüfen: Welche Ressourcen die pflegebedürftige Person hat, welche Versorgungs- und Pflegeressourcen die Angehörigen haben und ob die ambulanten Leistungen bereits ausgeschöpft sind, waren hierbei die zentralen Fragen. Da diese Arbeit sehr zeitintensiv und mit einer möglichst zügigen Entlassung aus dem Krankenhaus nicht zu vereinbaren ist, hat sich ein stationärer Aufenthalt zur Kurzzeitpflege oder/und Verhinderungspflege als notwendige Option herausgestellt.

Bei nicht entscheidungsfähigen Personen

Sind die pflegebedürftigen Menschen aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, eine Entscheidungen darüber zu treffen, in welchem Rahmen die notwendige Pflege und Betreuung realisiert werden können, übernehmen stellvertretend die Angehörigen und/oder gesetzliche Berufsbetreuer diese Aufgabe. Charakteristisch ist in diesen Situationen die hohe Pflegebedürftigkeit, die mit weit fortgeschrittenen demenziellen, neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen oder einem Wachkoma einhergeht. Lag schon vor der Einweisung in das Krankenhaus eine anerkannte Pflegestufe vor, haben Angehörige oft über Jahre hin die Betreuung und Pflege durchgeführt. Hier ist es gerade für Partner/-innen charakteristisch, dass sie Pflege auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit und der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung im häuslichen Bereich gewährleistet haben. Die Einweisung in das Krankenhaus wurde wegen einer akuten Erkrankung oder der Dekompensation einer chronischen Erkrankung notwendig. Der mit diesem Einschnitt verbundene nochmals gestiegene Pflegebedarf ist dann im häuslichen Bereich für die oft schon selber alten pflegenden Menschen nicht mehr zu gewährleisten. Haben gesetzliche Berufsbetreuer/-innen die Entscheidung zum Heimeinzug getroffen, lebten die pflegebedürftigen Menschen vor dem Krankenhausaufenthalt meist alleine und hatten in der Regel keine Angehörigen. In dieser Gruppe finden sich die Personen, die wohnungslos waren oder in einem unzumutbaren und verwahrlosten Zustand lebten. In Einzelfällen mussten Berufsbetreuer die Entscheidung entgegen dem Wunsch der Angehörigen aber für das Wohl der pflegebedürftigen Menschen treffen. Diese Situationen sind durch völlig prekäre und gesundheitsgefährdende Lebensverhältnisse gekennzeichnet.

In diesen Situationen war die Heimpflegenotwendigkeit in der Regel so zwingend, dass in der ersten Fallkonferenz der Heimeinzug befürwortet wurde. Häufig war eine medizinische und pflegerische Auswertung der Unterlagen ausreichend. Schien zunächst die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung zu bestehen, wurden zu den telefonischen Kontakten mit Angehörigen, Pflegepersonal oder ambulanten Diensten auch persönliche Besuche bei den pflegebedürftigen Menschen und/oder ihren Angehörigen durchgeführt. Es zeigte sich, dass Angehörige zu diesem Zeitpunkt häufig ihren Entscheidungsprozess beendet hatten und ambulante Versorgungsformen auch aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeit nicht mehr zur Diskussion standen.

Entsprechend dem Wunsch der pflegebedürftigen Personen und der Angehörigen

Besteht ein positiver, familiärer Zusammenhalt und sind die Angehörigen in der Lage, die Betreuung und Pflege kontinuierlich zu gewährleisten, war eine Rückkehr in die eigene Wohnung auch bei sehr hoher Pflegebedürftigkeit oder bei bestehender demenzieller Erkrankung möglich. Typisch für diese Familien sind die hohe Kompetenz, Unterstützungsangebote zusammenzustellen sowie die Bereitschaft, professionelle Angebote in Anspruch zu nehmen. Das Beratungsangebot durch die Projektmitarbeiterinnen sowie die Vermittlung anderer Beratungsstellen (Wohnraumanpassung, Beratungs- und Informationscenter Pflege) wurden von dieser Gruppe besonders dann gerne angenommen, wenn während des Krankenhausaufenthaltes deutlich wurde, dass die häusliche Pflege sehr kurzfristig eingerichtet oder verändert werden musste.

Entsprechend dem Wunsch der pflegebedürftigen Personen und Ambivalenz der Angehörigen

Für diese Gruppe ist es typisch, dass Angehörige sich nicht vorschnell für den Einzug in ein Altenheim aussprechen. Unkenntnis über das ambulante Versorgungssystem sowie mangelnde Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und die Ressourcen der pflegebedürftigen Person führen dazu, dass das Altenheim als besserer Lebensraum gesehen wird. Charakteristisch ist auch die Angst der Angehörigen, dass zu Hause eine Unterversorgung auftritt, oder „dass wieder etwas passiert“, zumal dann, wenn sie berufstätig sind oder nicht mit den pflegebedürftigen Angehörigen zusammenleben.

In diesen Situationen galt es zunächst, über ein umfangreiches Assessment die Möglichkeiten des Verbleibs in der eigenen Wohnung einzuschätzen. In Beratungsgesprächen mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen sowie durch Bahnung der Kontakte zu ambulanten Anbietern war es möglich, die häusliche Pflege so zu gestalten, dass alle Beteiligten mit dem gefundenen Arrangement leben konnten. Oft war das hohe Engagement des Pflegedienstes für die Angehörigen entscheidend, dann auch von ihrer Seite die häusliche Betreuung zu bevorzugen. Aufgrund der unterschiedlichen Wünsche der pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen war in diesen Situationen eine den Entscheidungsprozess begleitende Beratung notwendig. Um die notwendigen zeitlichen Ressourcen zu schaffen und um den Pflegebedürftigen nach der Krankenhausentlassung einen längeren Zeitraum der Stabilisierung zu ermöglichen, war die Kurzzeitpflege ein wichtiges Angebot.

Entsprechend dem Wunsch der pflegebedürftigen Personen und bei Ambivalenz der gesetzlichen Berufsbetreuer

Typisch für diese Gruppe ist es, dass erst aufgrund der aktuellen Krankenhaussituation die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung notwendig wurde und Angehörige diese Aufgabe nicht übernehmen können. Von daher kennen die Betreuer/-innen ihre Klienten kaum und können deren Lebenssituation nur begrenzt einschätzen. Die pflegebedürftigen Menschen sind aufgrund ihrer Erkrankungen nicht in ausreichendem Maße in der Lage, ihre Situation und die eigenen Ressourcen zu erfassen und die Möglichkeiten der weiteren Lebensgestaltung mit den vorliegenden Einschränkungen vorausschauend zu planen.

Gleichwohl aber sind sie sehr gut in der Lage, ihre Vorstellungen zu kommunizieren und ihren Willen zu äußern.

In diesen Situationen fand im Projekt ein enger Informationsaustausch mit den gesetzlichen Betreuern und den Sozialdiensten der Krankenhäuser/Rehakliniken statt. Es galt, die gesundheitliche Situation sowie die Möglichkeiten der selbständigen Lebensführung einer besonders kritischen Einschätzung zu unterziehen, fehlte doch den pflegebedürftigen Menschen in dieser Gruppe in der Regel ein stabiles und unterstützungsfähiges Bezugssystem. Die Kurzzeitpflege sowie die Durchsetzung einer Rehabilitationsmaßnahme erwiesen sich als notwendige Voraussetzung für die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit. Die Gespräche mit den gesetzlichen Betreuern waren in dieser Gruppe auch in starkem Maße davon geprägt, Vorbehalte gegenüber dem Projekt abzubauen, zumal bei ihren Klienten ein umfangreicher Bedarf zur Stärkung der Alltagskompetenz besteht. In der Projektarbeit wurde deutlich, dass eine koordinierende und engmaschige Arbeit im Sinne eines Case Managements unumgänglich ist, dass die beteiligten Akteure (Krankenhaussozialdienste, Berufsbetreuer, Pflegedienste) jedoch kaum über die dazu notwendigen zeitlichen Ressourcen verfügen.

Die typischen Erkrankungen der Menschen können jedoch auch dazu führen, dass sie sich der professionellen Unterstützung entziehen. Zu einem kleinen Personenkreis konnte kein Kontakt aufgebaut werden. Sie sind entgegen der Einschätzung des medizinischen und pflegerischen Personals sowie der Projektgruppe und entgegen dem Anraten der gesetzlichen Betreuung nach Hause gegangen. Auch die geplante Kurzzeitpflege wurde trotz vorheriger Zusage kurzfristig nicht wahrgenommen. Die Situation dieser Personen ist als ausgesprochen instabil einzuschätzen, da sie aufgrund ihrer Erkrankungen kaum in der Lage sind, vorausschauende Entscheidungen zu treffen und nicht über ausreichende Voraussetzungen verfügen, tragfähige Unterstützungsnetzwerke aufzubauen. Eine erneute Destabilisierung des Gesundheitszustandes mit notwendiger Krankenhauseinweisung ist bei dieser Gruppe in der Regel abzusehen.

Entgegen dem Wunsch der betroffenen Person und ohne Pflegestufe/Heimnotwendigkeit

Diese Gruppe ist dadurch charakterisiert, dass wohl ein Versorgungsbedarf, jedoch kein anerkannter Pflegebedarf vorliegt. Die Personen sind in ihrer aktuellen Lebenssituation eher unzufrieden und nehmen die Möglichkeiten der Alltagsgestaltung im häuslichen Bereich als defizitär wahr. Jedoch liegt keine Pflegebedürftigkeit vor und ist auch die Heimpflegenotwendigkeit nicht gegeben.

Die Projektmitarbeiterinnen standen vor der Herausforderung, auf verschiedenen Ebenen Überzeugungs- und Motivationsarbeit zu leisten: Ambulante Hilfen wurden von den Betroffenen nicht als Unterstützung, sondern vielmehr als Störfaktor auf dem Weg zur dauerhaften stationären Versorgung verstanden. Aufgrund der negativen Einschätzung ihrer privaten Situation sind sie auch in direkter Ansprache kaum bereit, sich den Angeboten der ambulanten Versorgung zu öffnen. Auch gesetzliche Betreuer oder Angehörige, soweit vorhanden, können in diesen Situationen kaum Unterstützungsangebote implementieren. Die häusliche Situation dieser Personengruppe kann tendenziell als instabil bezeichnet werden.

Stabilität des häuslichen Versorgungsarrangements

Die Stabilität der häuslichen Situation spielt eine wichtige Rolle für die Einschätzung, wie lange ein Heimeinzug durch die Projektintervention hinausgezögert werden kann.

Die Situationen, die sich während des Projektverlaufs als stabil erwiesen haben, zeichnen sich durch eine realistische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs und der Pflegeressourcen der unmittelbar beteiligten Personen aus, sowie durch die Fähigkeit, ein möglichst breit gefächertes Versorgungsarrangement aufzubauen: Die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen stellen ein Unterstützungsnetzwerk zusammen, das von privaten Bezugspersonen, ambulanten Pflegediensten und privat bezahlten Haushaltshilfen getragen wird. Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist dabei ausdrücklicher Wunsch aller Beteiligten und wird auch dann aufrechterhalten, wenn die pflegebedürftigen Menschen demenzielle Symptome aufweisen oder sich in der abschließenden Lebensphase befinden.

Als eher instabil ist die Situation dann einzuschätzen, wenn ein privates Bezugssystem nicht zur Verfügung steht oder dieses den Wunsch der hilfebedürftigen Person nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nicht respektiert. In diesen Fällen steht zu erwarten, dass das für die häusliche Versorgung notwendige Engagement der privaten Helfer nicht ausreicht und auftretende Probleme nicht als Herausforderungen, sondern im Sinne eines „zu Hause kann das nicht geleistet werden“ verstanden werden. Des weiteren bestehen schlechte Prognosen für die Dauer der häuslichen Versorgung, wenn die Erkrankten wohl ausdrücklich darauf bestehen, nach Hause zurückzukehren, jedoch aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung in ihren Alltagskompetenzen und der Fähigkeit, notwendige Hilfe anzunehmen, extrem labil sind. In diesen Situationen stehen professionelle Helfer/-innen in der ethischen Herausforderung, die Autonomie der Person zu wahren, auch wenn eine erneute Dekompensation absehbar scheint. Es ist jedoch zu betonen, dass im zeitlich begrenzten Rahmen des Projektes letztlich keine Aussagen darüber gemacht werden können, ob über eine kontinuierliche und regelmäßige Betreuung dieser Personen der absehbare „Drehtüreffekt“ verhindert werden könnte.

1. BEWERTUNG DER AUSGANGSLAGE

Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Kreis Recklinghausen zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

⇒ Der demographische Wandel führt zu einem überproportionalen Anstieg in der Gruppe der Hochaltrigen. Damit ist ein sich bereits in den vergangenen Jahren abzeichnender Anstieg der Zahl pflegebedürftiger hochaltriger Menschen verbunden. In der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen nehmen Hochaltrige einen zunehmend größeren Stellenwert ein.

⇒ Im Kreis Recklinghausen ist die häusliche Pflege die vorrangige Pflegeform. Die Quote der Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen liegt unterhalb des Landesdurchschnitts und zeigt im zeitlichen Verlauf bislang nur sehr moderate Veränderungen.

⇒ Gleichwohl steigt die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen. Dies gilt in besonderem Maße für hochaltrige und schwerst pflegebedürftige Menschen. Die Ursachen hierfür sind vorrangig in der demographischen Entwicklung zu sehen: Mit zunehmender Hochaltrigkeit steigt die Wahrscheinlichkeit der schwersten Pflegebedürftigkeit und der demenziellen Veränderungen. Zugleich dünnt sich das private Bezugssystem aus oder hat altersbedingt weniger Kräfte für die Übernahme der Pflege.

⇒ In 2005 hat fast die Hälfte der älteren pflegebedürftigen Menschen die Kosten für das Altenheim aus eigenem Einkommen und Vermögen bezahlt, 14% haben ausschließlich Pflegewohngeld bezogen, 37% hatten Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeträgers.

⇒ Die Kosten für die stationäre Pflege sind auf Kreisebene seit 2001 kontinuierlich angestiegen. Dies führte dazu, dass zunehmend mehr eigenes Einkommen und Vermögen für die Pflege in einem Altenheim aufzubringen sind – und somit die Gruppe derer, die Leistungen des Sozialhilfeträgers benötigen, größer wird.

⇒ Die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Altenheimen und die steigenden Kosten für die stationäre Pflege sind als Ursache dafür anzusehen, dass der Umfang der Sozialleistungen für Menschen in Pflegeeinrichtungen in den vergangenen Jahren größer geworden ist.

Repräsentativität der Fallgruppe

Im Zeitraum von April bis Ende Juli sind in das Projekt zur Analyse der Schnittstelle von Krankenhaus und stationärer Pflegeeinrichtung 178 Personen aufgenommen worden. Aufgrund der im Vorfeld festgelegten Kriterien hatten sie bei Aufnahme in das Krankenhaus entweder keine Pflegeeinstufung oder die Pflegestufen I/II anerkannt. Bei allen standen während des Krankenhausaufenthaltes Möglichkeiten und Stabilität der häuslichen Versorgung zur Disposition. Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung wurde von den Beteiligten als (einzig) mögliche weitere Versorgungsform in den Blick genommen. Alle Krankenhäuser des Kreisgebietes sowie der überwiegende Teil der stationären Pflegeeinrichtungen waren in das Projekt einbezogen. Hinzu kam eine Vielzahl von Krankenhäusern aus anderen Städten, in denen Personen der Fallgruppe aufgrund ihrer besonderen Erkrankungen behandelt wurden. Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Geschlecht und Alter unterscheidet sich die Fallgruppe kaum von der Gruppe der Pflegebedürftigen im Kreis Recklinghausen. Hier wie dort dominiert der Anteil alter und besonders der Anteil hochaltriger Menschen. Gleichwohl ist in dem Projekt eine relativ große Anzahl jüngerer Menschen vertreten, bei denen das Krankheitsspektrum und eine prekärer Lebenslage eine stationäre Pflege notwendig machen. Die Aufnahme in das Projekt erfolgte unabhängig von einem möglichen Anspruch auf Sozialhilfe zur Pflege in Einrichtungen.

Ungleichgewicht von Pflegebedarf und Pflegemöglichkeiten

Die Fallgruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen in der Regel mehrere behandlungsbedürftige Erkrankungen haben, und dass die Erkrankungen in weit fortgeschrittenem Stadium sind. Besonders hoch ist die Anzahl der Menschen, die aufgrund demenzieller oder psychiatrischer Erkrankungen nur über eingeschränkte kognitive und psychosoziale Ressourcen verfügen. Die Auswahlkriterien für das Projekt bedingen, dass über die Hälfte der Personen zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes nicht als pflegebedürftig eingestuft waren. Die aktuellen Erkrankungen aber wohl auch die Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit seitens der Krankenhaussozialdienste haben dazu geführt, dass sich das Spektrum der Pflegestufen im Fallverlauf verschoben hat. Nach Abschluss der Projektarbeit sind deutlich mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft; ebenso wurden in Wiederholungsbegutachtungen höhere Pflegestufen anerkannt. Dem skizzierten hohen Versorgungs- und Pflegebedarf stehen die eher als gering einzuschätzenden Möglichkeiten der häuslichen Versorgung und Pflege gegenüber. Im Vergleich zur Gesamtgruppe pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten auf Bundesebene zeichnet sich die Fallgruppe durch den hohen Anteil Alleinlebender aus: Nur ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen leben gemeinsam mit anderen Menschen in stabilen häuslichen Situationen. Auffällig sind die große Anzahl der Menschen, die keine private Bezugsperson haben, aber auch die große Zahl derer, deren Lebenssituation als prekär einzuschätzen ist.

Dieses Ungleichgewicht von Versorgungs-/Pflegebedarf einerseits und Versorgungs-/Pflegeressourcen andererseits schlägt sich darin nieder, welche Versorgungsformen nach dem Krankenhausaufenthalt möglich sind: 27 Personen sind verstorben, 130 Menschen

sind in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung eingezogen und 21 konnten in die eigene Häuslichkeit zurückkehren. Hierunter befinden sich jedoch auch Personen, bei denen die häusliche Situation eher als labil einzuschätzen ist. Es ist die Tendenz sichtbar, dass bei den über 65-Jährigen die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege mit zunehmendem Alter und mit steigendem Pflegebedarf zurückgehen. Bei den jüngeren Menschen sind aufgrund der Erkrankung und/oder der prekären Lebenssituation kaum Möglichkeiten einer häuslichen Betreuung und Pflege gegeben. Einen wesentlich geringeren Einfluss als zunächst erwartet, haben in der Fallgruppe die Lebensform und das Vorhandensein einer privaten Bezugsperson für die Wahl des Pflegesettings: Die Anteile derer, die nach Hause gegangen sind, unterscheiden sich nur geringfügig in Abhängigkeit von der Wohnform und der Bezugsperson.

Assessment, Beratung und Unterstützung

Die Projektarbeit zeichnet sich zunächst durch eine umfangreiche Informationssammlung und Einschätzung der pflegerischen Bedarfslage und der Unterstützungsressourcen der Angehörigen aus. Die Beratung als weiterer zentraler Bestandteil des Projektes reichte von einer eher begleitenden Information bis hin zu Formen des Fall-Managements. Eine besonders intensive Arbeit hat in den Fällen stattgefunden, in denen der Wunsch der erkrankten Menschen auf Rückkehr in die eigene Häuslichkeit leitend war und Angehörige oder Betreuer/-innen dem eher ambivalent gegenüber standen. Bei den Familien, deren Angehörige in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen sind, ermöglichten die Gespräche, die Situation zu reflektieren und die getroffene Entscheidung akzeptieren zu können. Als Bedingung für diese Form des Schnittstellenmanagements hat sich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder der Verhinderungspflege herausgestellt, die für das Projekt seitens des Sozialhilfeträgers sehr unbürokratisch und großzügig ermöglicht wurde.

Konzentration der Sozialhilfekosten

Von denjenigen, die in eine Pflegeeinrichtung gezogen sind, haben 78% einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt. Davon wurde wenig mehr als die Hälfte der Anträge genehmigt. Es findet eine deutliche Zentrierung der Kosten auf eine kleine Personengruppe statt. Diese Menschen sind aufgrund ihrer sehr schlechten gesundheitlichen und zum Teil auch sozialen Situation nicht in der Lage, eigenes Einkommen oder Vermögen in die Kosten für die Heimpflege einzubringen. Sie benötigen in hohem Maße die solidarische Unterstützung der Gesellschaft, um bei bestehender Pflegebedürftigkeit oder bei ausgeprägter Versorgungsbedürftigkeit leben zu können.

3. VERSORGUNGSMANAGEMENT ALS ETHISCHER ENTSCHEIDUNGSPROZESS

Im Rahmen der Projektarbeit hat die Kommune in stärkerem Maße als bei den sonst üblichen Verfahren an der Schnittstelle von Krankenhaus und pflegerischer Versorgung agiert: Durch die Fallkonferenzen hat sie unmittelbar über Zugang und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems mit entschieden. Durch die Beratungsgespräche waren die Mitarbeiterinnen in die Entscheidungsprozesse der Familien zur weiteren Pflege eingebunden. Die Projektarbeit hat aufgezeigt, dass damit eine enge Einbindung in ethische Entscheidungsprozesse einhergeht.

Das Projekt war an einer Stelle angesiedelt, an der Menschen in besonderer Weise verwundbar sind: Akut aufgetretene Erkrankungen führen zu dem Verlust der Fähigkeit, weiterhin ein eigenständiges Leben führen zu können. Bei anderen ist ein schon seit langem instabiles gesundheitliches Gleichgewicht zusammengebrochen. Viele können aufgrund der Erkrankungen ihre Autonomie und ihr Selbstbestimmungsrecht nicht mehr selbsttätig wahrnehmen. Gerade bei hochaltrigen Menschen besteht kaum Aussicht auf eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands. Angehörige oder Berufsbetreuer stehen in der Verantwortung, im Sinne der erkrankten Person gemeinsam mit Ärzten, Pflegekräften und den Sozialdiensten der Krankenhäuser Entscheidungen über aktuell notwendige medizinisch/pflegerische Maßnahmen zu treffen, aber auch über den zukünftigen Lebensort der Erkrankten.

Partner/-innen und Kinder sind mit grundlegenden Veränderungen der bisherigen Formen des Zusammenlebens und mit dem möglichen Verlust eines ihnen nahe stehenden Menschen konfrontiert. Die Suche nach den Möglichkeiten zur Pflege und Betreuung für den Erkrankten wird auch zu einer Frage nach der Qualität der bisherigen Beziehung und der eigenen Lebensplanung: Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege, mögliche Einschränkungen der eigenen Flexibilität, aber auch Aspekte der innerfamiliären Gerechtigkeit werden in diesen Entscheidungsprozessen berührt. Die Abrechnungslogik des Systems Krankenhaus führt dazu, dass diese Prozesse geradezu in einem Zeitraffer ablaufen müssen. Auch Angehörige befinden sich an der Schnittstelle von Krankenhaus und Altenheim häufig in einer Grenzsituation, in der sie bei der Wahrung der Würde in besonderer Weise verwundbar sind.

Für die Projektarbeit galt es, gerade in den Situationen, in denen bei den Beteiligten zunächst kein Konsens über die zukünftige Pflegemöglichkeit bestand, Autonomie und Selbstbestimmungsrecht sowohl der Pflegebedürftigen als auch der potenziell pflegenden Angehörigen zu achten. In diesen Situationen war es oft sehr aufwändig, die Möglichkeiten und Grenzen für eine zukünftige selbständige Lebensführung aus medizinischer, pflegerischer und sozialer Perspektive einzuschätzen. Zugleich bestand oft ein hoher Beratungsbedarf für die Pflegebedürftigen und/oder die Angehörigen, um die Konsequenzen der jeweiligen Entscheidungen zu realisieren und die notwendigen Maßnahmen für die weitere Pflege in die Wege zu leiten. In diesen Entscheidungsprozessen sind auch Situationen aufgetreten, in denen das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung der unmittelbar Beteiligten unvereinbar einander gegenüber standen. Für die beruflichen Akteure bedeutet dies, dass sie in diesem ethischen Dilemma Stellung beziehen müssen, für wen sie die Anwaltschaft übernehmen. Dies kann die pflegebedürftige Person sein, die in besonderem Maße schutzbedürftig ist. Dies kann aber auch die (potenziell) pflegende Person sein, wenn die Übernahme der häuslichen Versorgung wohl auf den Wunsch der Erkrankten

geschieht, aber eine völlig instabile und die Pflegenden überfordernde Situation absehbar ist. Weitere ethisch zu reflektierende Entscheidungsprozesse treten dann auf, wenn die Rückkehr in die Häuslichkeit wohl von den Angehörigen gewünscht wird, die Versorgung und Pflege aber für die pflegebedürftigen und nicht einwilligungsfähigen Menschen als nicht ausreichend gegeben einzuschätzen ist. Die Würde eines Menschen zu wahren, der in besonderer Weise des Schutzes bedarf und aufgrund von Krankheit nur begrenzt entscheidungsfähig ist, war in diesen Situationen vorrangig vor der zunächst kostengünstigeren Entlassung in die eigene Häuslichkeit und vor dem Wunsch der Angehörigen.

Für die Projektarbeit waren der Schutz der Privatheit und die Achtung der Freiwilligkeit eine grundlegende Voraussetzung. Die Teilnahme an dem Projekt war freiwillig und nur wenn die Mitarbeiter/-innen des Krankenhauses ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden waren, konnten Unterlagen an das Projektteam weitergeleitet werden. Bei der direkten Kontaktaufnahme wurde nochmals danach gefragt, ob das Einverständnis besteht, dass die Projektmitarbeiterinnen in den Entscheidungsprozess über mögliche pflegerische Versorgungsformen einbezogen sind. Wird die Kommune dauerhaft und aktiv in das Versorgungsmanagement einbezogen, bedarf es der Reflexion, ob eine medizinisch-pflegerische und soziale Prüfung sowie die Beratung der Erkrankten und ihrer Angehörigen für potenzielle Bezieher von Sozialhilfeleistungen verpflichtend sein dürfen.

Die Fallgruppe spiegelt in hohem Maße die Situation der Menschen im Kreis Recklinghausen wider, bei denen während eines Krankenhausaufenthaltes die stationäre Pflege als notwendige weitere Versorgungsform zur Diskussion steht.

Die Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen pflegerischen Versorgung in der Fallgruppe stehen in Übereinstimmung zu den Erkenntnissen, die wir zur Inanspruchnahme der stationären Pflege in Abhängigkeit von Alter, demenzieller Erkrankung, Pflegestufe und Lebensform haben. Das Ergebnis spricht dafür, dass die stationäre Pflege von den Angehörigen erst dann in Erwägung gezogen wurde, als die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege ausgeschöpft waren. Besonders deutlich wurde dies bei alten und hochaltrigen Paaren, bei demenziell erkrankten Menschen oder in den Familien, in denen mehrere kranke bzw. pflegebedürftige Menschen leben. Haben hilfe- und pflegebedürftige Menschen keine Angehörige, stoßen besonders bei demenziellen Erkrankungen die Möglichkeiten der Versorgung durch ambulante Pflegedienste an ihre Grenzen.

Die Einschätzung der Projektmitarbeiterinnen hinsichtlich des zukünftigen Pflegearrangements stimmten in hohem Maße überein mit der Einschätzung der Mitarbeiter-/innen aus den Krankenhäusern.

Die zugehende und den Entscheidungsprozess begleitende Beratung stellte eine deutliche qualitative Verbesserung der Begleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehöriger dar. Pflegerische Kenntnisse sowie fundierte Kompetenzen für eine psychosoziale Beratung von Menschen in Krisensituationen sind hierbei notwendige Voraussetzungen.

Die häusliche Pflege ist im Kreisgebiet im Vergleich zur Landesebene besonders stark ausgeprägt. Gleichwohl besteht im Hinblick auf die demographischen Prognosen ein Handlungsbedarf, die häusliche Pflege noch mehr als bislang zu fördern. Aus den gesammelten Erkenntnissen lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

⇒ Interventionen zur Stärkung der häuslichen Pflege sind bei Menschen ohne oder mit eher geringen demenziellen Veränderungen sowie bei älteren aber noch nicht hochaltrigen Menschen (65- bis 80-Jährige) als besonders aussichtsreich anzusehen.

⇒ Zugehende Beratung mit Unterstützungsangeboten, die den Pflegeprozess begleiten, kann zu einer Stabilisierung der häuslichen Versorgung beitragen. Dabei ist die Vernetzung professioneller Hilfs- und Entlastungsangebote mit dem privaten Hilfssystem entscheidend.

⇒ Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihre Angehörigen bedürfen in besonderem Maße der zugehenden und der psychosozialen Beratung. Denn gerade in diesen Familien kann aufgrund der krankheitsbedingten Veränderungen die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, erschwert sein. Zudem finden demenziell erkrankte Menschen mit den derzeitigen Rahmenbedingungen erst relativ spät Zugang zu dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung.

Werden die häuslichen Pflegearrangements durch einen Beratungsansatz gestärkt, der

- bei Bedarf eine zugehende Beratung vorsieht,
- eine pflegerische und psychosoziale Beratung umfasst
- und zu Beginn oder bereits bei sich absehbarer Pflegebedürftigkeit aktiv werden kann,

können längerfristig Pflege- und Versorgungskosten gesteuert werden. Zudem kann die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der privat Pflegenden verbessert werden. Auch ein solcher Ansatz erfordert jedoch kurz- und mittelfristig einen verstärkten Mitteleinsatz. Denn die Projektarbeit hat deutlich gemacht, dass umfangreiche personelle Ressourcen und fachspezifische Qualifikationen aus den Bereichen der Pflege, der sozialen Arbeit und der Medizin notwendig sind, um eine qualitativ gesicherte Einschätzung der jeweiligen Situation sowie eine pflegerische und psychosoziale Beratung durchführen zu können.