



DOKUMENTATION

„Versorgungslandschaften“

Fünfte Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung
10. Juli 2017

5. Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung „Versorgungslandschaften“

Das NRW Fortschrittskolleg GROW veranstaltete am 10. Juli 2017 seine fünfte Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung, zu der wieder Menschen aus der Wissenschaft, der Praxis aber auch aus dem ganz normalen Leben kamen. Diesmal diskutierten über vierzig Teilnehmer*innen über das Thema „Versorgungslandschaften“. Diese werden vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerungsstruktur in Deutschland immer wichtiger.

Im Themenschwerpunkt „Versorgungslandschaften“ erforschen unsere Doktorand*innen Saskia Bordne, Bernadette Groebe, Ralf Tebest und Jaroslava Zimmermann, ob und wenn ja welchen Einfluss die Versorgungslandschaften auf das Wohlbefinden im hohen Alter haben. Auf der Kollegtagung stellten sie ihre bisherigen Forschungsergebnisse vor und diskutierten diese im Anschluss mit dem Publikum. Die Diskussionen wurden dabei von den jeweiligen Praxispartner*innen geleitet, die von ihren eigenen Erfahrungen aus dem praktischen Alltag berichteten. Die Vorträge und Diskussionen fanden in zwei parallelen Themenforen statt.

Im Anschluss folgte ein Perspektivvortrag von Prof. Dr. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und im Professorenteam von GROW, über das Thema „Zukunftsmodelle der Versorgung“.





Vorträge und Diskussionen Themenforum A

„Versorgungslandschaften“

Fünfte Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung
10. Juli 2017, Köln

„Erfassung von Lebensqualität als Zielgröße in der stationären geriatrischen Rehabilitation“

Saskia Bordne, Doktorandin des NRW Fortschrittskollegs GROW

Die Geriatrie, also die Altersmedizin, bietet den professionellen klinischen Rahmen, um ältere, chronisch kranke und gebrechliche Patienten*innen zu versorgen. Sie leistet sowohl die akute medizinische Betreuung als auch rehabilitative Maßnahmen. Dabei ist das Ziel geriatrischer Behandlung die „Restitutio ad Optimum“, also die bestmögliche Wiederherstellung und Wiederbefähigung. Dafür wird angestrebt, die Patienten*innen ganzheitlich und im interdisziplinären Team zu behandeln.

In ihrem Vortrag stellte Frau Bordne ihr Promotionsprojekt vor. Dort untersucht sie, wie sich die geriatrische Rehabilitation auf die Lebensqualität ihrer Patienten*innen auswirkt.

Bisher zeigen Forscher*innen, dass sich durch gezielte geriatrische Behandlung gute Erfolge erzielen lassen. So verbessert sich vor allem das Funktionsniveau, so dass die Menschen die Aktivitäten des täglichen Lebens besser bewältigen und wieder mobiler sind. Zudem verringert sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Jedoch gibt es nur wenige Erkenntnisse darüber, wie sich Lebensqualität über diese rein objektiv und medizinisch geprägten Zielgrößen hinaus bei älteren Patient*innen gestaltet, die an mehreren Krankheiten leiden. Ebenfalls unerforscht ist, wovon eine hohe Lebensqualität für sie abhängt.

Die Forschungsarbeit von Frau Bordne beleuchtet daher neben der Funktionalität auch das subjektive Wohlbefinden als Teile von Lebensqualität. Unter das subjektive Wohlbefinden fallen zum Beispiel die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben, das Erleben von Gefühlen, der Lebenssinn und die Bewertung des eigenen Lebens. Mögliche Einflussfaktoren für Lebensqualität sind biomedizinische Variablen und psychosoziale Variablen. Biomedizinische

Faktoren sind zum Beispiel die Einnahme von mehreren Medikamenten und Gewichtsverlust. Beispiele für psychosoziale Einflüsse sind die Persönlichkeit, das soziale Netzwerk und Unterstützung durch andere. Hieraus entwickelte Frau Bordne ein biopsychosoziales Modell für die Lebensqualität geriatrischer Patienten*innen, welches sie mit ihrem Promotionsprojekt überprüfen möchte.

Frau Bordne führt die Studie in der stationären geriatrischen Rehabilitation in der Klinik für Geriatrie des St. Marien-Hospitals in Köln durch. Die Haupterhebung ist im Juli 2017 angelaufen. Frau Bordne befragt dabei hundert Patienten*innen, einmal bei der Aufnahme, dann am Tag der Entlassung und drei Monate nach der Entlassung. Vor der Haupterhebung testete sie ihren Fragebogen und ihre Methode mit Probeinterviews in einer Pilotstudie. Dabei ging es ihr darum, ob sie die Befragung in der geplanten Form durchführen kann und ob die älteren Patient*innen den Fragebogen gut verstehen. Außerdem gewann sie erste Erkenntnisse, die sie in ihrem Vortrag näher erläuterte:

Wie erwartet waren die befragten Patient*innen in einem sehr hohen Alter, durchschnittlich waren sie 86 Jahre alt. Es gab mit circa 66 Prozent deutlich mehr Frauen.

Bei der Lebensqualität zeigte sich ein positiver Trend. Sowohl die Funktionalität im Alltag als auch das subjektive Wohlbefinden verbesserten sich während der Zeit der geriatrischen Rehabilitation. Auch die möglichen Einflussfaktoren für Lebensqualität veränderten sich positiv. Am Ende der geriatrischen Behandlung verbesserten sich der biomedizinische Bereich (Kognition, subjektive Gesundheit, Schmerzwahrnehmung) wie auch der psychosoziale Bereich (Kontrollüberzeugungen, sozialer Vergleich).

Neben diesen insgesamt positiven Trends bei der Lebensqualität zeigte sich außerdem, dass die Patient*innen die Fragen gut verstanden. Die Bereitschaft zur Teilnahme an den Interviews war in

diesem Testlauf hoch. Die Befragungen zum ersten Zeitpunkt dauerten im Durchschnitt vierzig Minuten, was als eine gute Interviewzeit gilt. Auch für die interviewten Patienten*innen waren circa vierzig Minuten machbar.

Nach der erfolgreichen Pilotierung sind somit die Weichen für die gerade gestartete Haupterhebung gestellt, welche voraussichtlich bis zum Ende des Jahres abgeschlossen ist.



Diskussion

Diskutant: Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz, Chefarzt der Geriatrie des St. Marien-Hospitals in Köln

Die anschließende Diskussion leitete Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz, Chefarzt der Klinik für Geriatrie des St. Marien-Hospitals in Köln. Themen der Diskussion waren die Durchführbarkeit der Studie und deren Inhalte sowie die Interpretation der Ergebnisse und deren Relevanz für die Praxis.

Beispielsweise stellte jemand die Frage, inwiefern die Befragung auch bei kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen durchführbar ist. Frau Bordne erläuterte, dass sie Patient*innen bei zu schwerwiegenden kognitiven wie sprachlichen Hürden nicht in die Studie einschließen könne.

Auch Traumata wurden angesprochen. Dieses Thema ist zwar nicht Teil der Studie, wurde jedoch während der Pilotierung von unterschiedlichen Patient*innen erwähnt. So kamen in den Probeinterviews zum Beispiel der 2. Weltkrieg und andere einschneidende biographische Episoden zur Sprache. In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich, dass die Psychosomatik, also der Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und psychischen Vorgängen, in der Geriatrie noch zu wenig betrachtet wird.

Auf die Frage, wie die Praxis die Studienergebnisse nutzen könne, gab es verschiedene Antworten. So könne ein erhoffter Nachweis der positiven Effekte einer geriatrischen Rehabilitation eine proaktivere Nutzung der Reha-Strukturen unterstützen. Patient*innen würden dann nicht mehr nur von ihrem Hausarzt geschickt, sondern fordern eine solche Maßnahme selbst ein. Die Ergebnisse könnten dazu beitragen, dass Krankenhäuser die Patientengruppe stärker ganzheitlich mit allen ihren Bedürfnissen sehen und behandeln. Um mehr als nur den medizinischen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht zu werden, wäre es dann unter anderem notwendig mehr Klinikper-

sonal einzustellen. So könnten beispielweise vermehrt Neuropsychologen eingesetzt werden. Außerdem könnten die Patient*innen als Vermittler gegenüber Hausärzten fungieren, in dem sie über die Wirksamkeit geriatrischer Behandlungen berichten. Durch die positiven Rückmeldungen könne die Geriatrie mehr ins Bewusstsein der Hausärzte geholt werden.

Abschließend wurde betont, dass es besonders wichtig sei herauszufinden, welche Faktoren entscheidend sind, um den Zustand der Patient*innen ganzheitlich zu verbessern.



„Sprechen über Sterben, Tod und die Endlichkeit des Lebens - Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag“

Bernadette Groebe, Doktorandin des NRW Fortschrittskollegs GROW

Das Sprechen über Sterben, Tod und die Endlichkeit des Lebens ist eine Form der bewussten Auseinandersetzung damit. Über Gespräche können wir uns unsere Gedanken, Gefühle, Sorgen und Wünsche zu diesen Themen verdeutlichen. Somit gelangen wir an bewusstes Wissen darüber. In Theorie und Praxis zeigte sich, dass das Wissen über Einstellungen zu Sterben, Tod und Endlichkeit mit dem Wohlbefinden verbunden ist. Die Forschung erfasst solche Einstellungen mit verschiedenen strukturierten Methoden, meist Fragebögen. Die meisten dieser Methoden sind für den Einsatz in der Versorgung am Lebensende jedoch nicht entwickelt oder erprobt.

In ihrem Vortrag berichtete Frau Groebe von ihren ersten Erkenntnissen aus Gruppeninterviews mit Mitarbeiter*innen der Versorgungspraxis. In den Gruppeninterviews ging es darum, wie sie Gespräche über das Sterben, den Tod und die Endlichkeit des Lebens erleben und wie sie darüber denken.

Die Teilnehmer*innen der Gruppeninterviews wenden im Versorgungsalltag am Lebensende keine strukturierten Methoden oder Fragebögen an. Sie sehen einen Einsatz strukturierter Methoden eher kritisch. Die interviewten Mitarbeiter*innen empfanden wissenschaftliche Methoden als widersprüchlich zu ihrer inneren Haltung bei Gesprächen mit Menschen am Lebensende. Zudem fragten sich die Studienteilnehmer*innen, inwieweit diese Methoden in der Lage seien, das individuelle Erleben von Sterben und Tod angemessen wiederzugeben. Andere hatten Bedenken, ob sich diese Methoden im Versorgungsalltag flexibel anwenden ließen.

Dennoch seien Gespräche mit Sterbenden oder deren Angehörigen über den Tod und das Sterben für den Versorgungsalltag wichtig. Sie könnten dabei helfen, auf das gelebte Leben zurückzublicken

und Entscheidungen möglich und nachvollziehbar zu machen. In Folge könnten solche Gespräche helfen, Nähe zwischen dem Sterbenden und den Angehörigen oder Versorgern herzustellen, so die Studienteilnehmer*innen.

Ob ein Gespräch über Sterben und Tod zustande kommt, hänge von der Gesprächsatmosphäre, dem passenden Gesprächseinstieg und der Haltung des Gesprächspartners ab. So berichteten die interviewten Mitarbeiter*innen, dass eine ruhige Atmosphäre wichtig sei mit genügend Zeit, das Sterben und den Tod zu besprechen. Dies könnte in Aufnahmegesprächen bei Heimeinzug oder in Gesprächen in der Trauerbegleitung der Fall sein. In diesen Situationen werden Gespräche über Sterben und Tod zum Beispiel mit pragmatischen Punkten wie der Patientenverfügung oder über das miterlebte Sterben anderer eingeleitet. Es werden also vorsichtig „Brücken gebaut“, die Gespräche über Sterben und Tod ermöglichen. Ebenso wichtig sei auch ein Vertrauensverhältnis zwischen den Gesprächspartner*innen. Dieses Verhältnis zeichne sich aus durch ein empathisches, behutsames Vorgehen und ein ehrliches Interesse an den Erzählungen des Sterbenden oder der Angehörigen.

Letztendlich sind es zwei persönliche Kompetenzen, die besonders wichtig erscheinen, wenn Gespräche über Sterben und Tod geführt werden. Eine innere Haltung, die davon geprägt ist, sich selbst zurückzunehmen und achtsam auf Impulse des Gegenübers zu hören. Außerdem sollte der Fragende Gespräche sicher führen können. Er soll geschult sein im Zuhören, Nachfragen und Auffangen von Gefühlen in Folge des Gesprächs.

Eine neue Methode, mit der Einstellungen zu Sterben, Tod und der Endlichkeit des Lebens im Versorgungsalltag am Lebensende erforscht werden können, sollte ein sensibles Vorgehen ermöglichen und flexibel anzuwenden sein. Anwender der Methoden sollten zudem in Gesprächsführung geschult sein.

Diskussion

DiskutantIn: Renate Hofer, Koordinatorin des Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln e.V.

Nach dem Vortrag gab es eine rege Diskussion im Themenforum, die Frau Renate Hofer-Küster, Koordinatorin des Palliativ- und Hospiznetzwerks Köln, leitete. Die Teilnehmer*innen der Kollegtagung bestätigten zum Teil die Ergebnisse aus den Gruppeninterviews. So berichteten sie, dass Gespräche über das Thema „Sterben und Tod“ meistens im formellen Rahmen stattfänden, beispielsweise bei der Bestattungsvorsorge oder über die Patientenverfügung. Die Gespräche blieben dabei oft pragmatisch, es gehe eher um organisatorische und juristische Fragen. Über persönliche Einstellungen gegenüber Sterben und Tod werde selten gesprochen. Insbesondere individuelle Wünsche und Ängste oder die Sinnesebene – was fühle ich, was schmecke ich gerne, was höre ich gerne – kämen in solchen formellen Kontexten selten zur Sprache. Somit werde über individuelle Einstellungen zum eigenen Sterben und Tod meistens abstrakt gesprochen. Ein vertiefter und persönlicher Austausch finde dann in geschützten und intimen Umgebungen wie zum Beispiel im engeren Freundeskreis statt.

Des Weiteren sprachen die Teilnehmer*innen des Themenforums darüber, dass es zwar viel Wissen über Schritte und Routinen nach dem Tod gebe, aber kaum Wissen über Rituale im Sterbeprozess. Woran orientieren sich Pflegekräfte und andere Versorgende, wenn jemand im Sterben liegt? Entsprechend wurde das Dissertationsprojekt von Frau Groebe, nämlich die Entwicklung einer Methode zur Generierung von Wissen über Einstellungen, als sehr wichtig erachtet. Das Publikum überlegte, wie Frau Groebe ihr Promotionsprojekt weiterentwickeln und wie sie die Ergebnisse in die Praxis bringen könne. Die Arbeit von Frau Groebe könne gerade in Schulungen von Hausärzt*innen und weiteren Versorgern genutzt werden. Solche Schulungen könnten Versorgende im Umgang mit Sterben und Tod stärken und ein noch immer bestehendes Tabu auflösen.

Man könne zur strukturierten Befragung alternativ bekannte Methoden wie narrative Interviews oder biographisches Schreiben nutzen. Auch das Wissen und die Erfahrungen von Geistlichen seien interessant. Zuletzt merkte das Publikum an, dass in zukünftiger Forschung der Genderaspekt mitberücksichtigt werden sollte.





Vorträge und Diskussionen Themenforum B

„Versorgungslandschaften“

Fünfte Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung
10. Juli 2017, Köln

„Die Umsetzung gesetzlicher Beratungsaufträge für pflege- und hilfebedürftige Menschen durch Beraterinnen und Berater vor Ort“

Ralf Tebest, Doktorand des NRW Fortschrittskollegs GROW

In Deutschland sind inzwischen 15 % der Bevölkerung oder 12,8 Millionen Menschen in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt. Um hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu beraten und zu versorgen, gibt es viele unterschiedliche Angebote. Diese unterscheiden sich allerdings teilweise deutlich voneinander. So sind Beraterinnen und Berater mit dem gleichen Auftrag vor Ort bei verschiedenen Trägern angesiedelt und oft unterschiedlich ausgebildet. Sie verfügen nicht überall über die gleichen Mittel und ihre Beratungsangebote sind oft auf verschiedenen Wegen erreichbar. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wissen daher oft nicht, an wen sie sich wenden sollen, und erhalten nicht immer die für sie passende Beratung. Zudem stimmen sich die Beratungsstellen nicht genug untereinander ab. Der Gesetzgeber reagierte in den letzten Jahren darauf und schuf neue Beratungsaufträge oder passte bestehende an.

Herr Tebest untersucht in seiner Promotion die Umsetzung dieser gesetzlichen Beratungsaufträge in der Stadt Krefeld. Mit einem qualitativen Forschungsansatz arbeitet er heraus, wie die unterschiedlichen Beraterinnen und Berater vor Ort die Ziele und Aufgaben ihrer Beratung verstehen und umsetzen. Ein erster wichtiger Schritt ist zu verstehen, in welchem Umfeld die Beraterinnen und Berater arbeiten. Dazu gehören vor allem die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben.

Aus diesem Grund stellte Herr Tebest in seinem Vortrag zunächst alle gesetzlichen Beratungsaufträge für pflege- und hilfebedürftige Menschen in Deutschland vor. Einen gesetzlichen Beratungsauftrag haben die gesetzliche Krankenversicherung (nach Sozialgesetzbuch (SGB) V), die Rehabilitationsträger (SGB IX), die soziale Pflegever-

sicherung (SGB XI) sowie die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger (SGB XII). Dies führt zu einer Vielzahl unterschiedlicher Angebote. Der Gesetzgeber macht in der Regel klare Vorgaben zu den Zielen der Beratung und zu den Personen, die erreicht werden sollen. Hierzu gehört auch, dass die unterschiedlichen Beratungsstellen sich vernetzen, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen optimal zu beraten. Herr Tebest verdeutlichte, dass die gesetzlichen Vorgaben allerdings einen großen Spielraum bei der Umsetzung der Beratungsaufträge ermöglichen.

In dem zweiten Teil seines Vortrages fasste Herr Tebest die bisherige Forschung zu gesetzlichen Beratungsaufträgen für pflege- und hilfebedürftige Menschen und ihrer Umsetzung in der Praxis zusammen und bewertete sie. Die vorliegenden Studien weisen darauf hin, dass Beratungsangebote sich weiterentwickeln sollten. Sie bräuchten klarere und genauere Konzepte, müssten besser erreichbar sein und sich stärker mit anderen Beratungsstellen vernetzen. Darüber hinaus führte Herr Tebest aus, dass mit der bisherigen Datenlage viele Fragen zum Erfolg der Umsetzung nicht beantwortet werden können. So ist zum Beispiel bei der Pflegeberatung der Kassen nach § 7a SGB XI nicht bekannt, wie die einzelnen Kranken- und Pflegekassen diesen gesetzlichen Beratungsauftrag in die Praxis umsetzen. Nach Herrn Tebest besteht ein weiteres Problem darin, dass die vorliegenden Studien in der Regel einzelne Beratungsstellen aus unterschiedlichen Regionen miteinander vergleichen. Hierbei berücksichtigen sie andere Beratungsangebote für pflege- und hilfebedürftige Menschen und lokalspezifische Besonderheiten zu wenig. Aus diesem Grund nimmt Herr Tebest in seiner Dissertation nur die Stadt Krefeld in den Blick, dort aber die ganze Vielfalt der Beratungslandschaft. In Krefeld befragt er möglichst viele lokale Beraterinnen und Berater persönlich. Wie sinnvoll dieses Vorgehen ist, begründete Herr Tebest mit den vielen und unterschiedlichen Angeboten vor Ort. So hat er in Krefeld bereits über hundert Beratungsangebote für pflege- und hilfebedürftige Menschen aufgespürt.

Diskussion

Diskutant: Sandy Schilling, Quartiersentwickler Krefeld, südliche Innenstadt, Caritasverband für die Region Krefeld e.V.

Nach dem Vortrag berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erfahrungen mit der deutschen Beratungslandschaft für hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Außerdem stellten sie Herrn Tebest Fragen.

Zunächst berichtete der Diskutant Herr Schilling über seine Erfahrungen als Quartiersmanager in Krefeld. Er fand, dass Herr Tebest den „Beratungsdschungel“, dem er sich jeden Tag gegenüber sieht, sehr anschaulich dargestellt hat. Er fragte, ob Herr Tebest bereits konkrete Ergebnisse über die Umsetzung der gesetzlichen Beratungsaufträge in Krefeld nennen könne. Herr Tebest gab an, dass er die Interviews mit den Berater*innen noch nicht ausgewertet habe und daher nur erste Eindrücke schildern könne. Sehr interessant sei beispielsweise, dass in Krefeld die Beraterinnen und Berater der Stadt und der AOK von einer guten Zusammenarbeit sprechen. Sie berichten auch über eine klare Aufgabenteilung. Dies sei deshalb bemerkenswert, weil in Krefeld von keiner anderen Kasse Pflegeberaterinnen oder -berater vor Ort zu finden sind.

Eine Mitarbeiterin einer kreisangehörigen Stadt aus NRW zeigte sich überrascht über dieses Ergebnis. Sie berichtete davon, dass in ihrer Stadt auch die AOK keine Beratung vor Ort anbiete und immer auf die Beratung der Stadt verweise. Sie fragte Herrn Tebest, ob er einen Rat für sie hätte. Herr Tebest verwies darauf, dass sich die Stadt an den Modellvorhaben nach den Paragraphen 123 und 124 SGB XI beteiligen könne. Die Kommunen erhalten dabei auch die Verantwortung über die Pflegeberatung der Kassen (siehe Folie 21 in der Präsentation).

Eine Vertreterin eines Wohlfahrtsverbandes fragte nach, wie „Beratung“ für pflege- und hilfebedürftige Menschen definiert sei.

Herr Tebest gab an, dass er in seinem Vortrag das Verständnis des Gesetzgebers dargelegt habe, das dieser mit den Beratungsaufträgen näher bestimmt. Es gebe parallel dazu aber auch eine fachliche Diskussion, in der insbesondere die Abgrenzung zwischen „Beratung“ und „Case Management“ eine große Rolle spiele.



„Organisationsbezogene Einflussfaktoren der Pflegequalität am Beispiel von Stürzen in stationären Pflegeeinrichtungen“

Jaroslava Zimmermann, Doktorandin des NRW Fortschrittskollegs GROW

Jaroslava Zimmermann beschäftigte sich in ihrem Vortrag mit der Frage, welchen Einfluss die Organisation einer Pflegeeinrichtung auf Stürze mit schweren Folgen hat. Stürze mit schweren Folgen sind ein Indikator für Pflegequalität. Sie definiert Pflegequalität nach dem Modell von Donabedian (1988) als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität sind die Rahmenbedingungen von Pflegeeinrichtungen. Die Prozessqualität bezieht sich auf Prozesse der Pflegeversorgung. Die Ergebnisqualität umfasst die Auswirkungen der Pflege auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Bewohner*innen. Donabedian geht dabei davon aus, dass diese drei Aspekte voneinander abhängig sind. In ihrem Projekt untersucht Jaroslava Zimmermann den Zusammenhang zwischen der Struktur- und der Ergebnisqualität.

Jaroslava Zimmermann nutzt Daten des Projektes EQisA „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. EQisA ist ein Kooperationsprojekt des Diözesan-Caritasverbandes Köln und des Instituts für Pflegewissenschaft in Bielefeld. Frau Zimmermann kann nur die Aspekte der Struktur- und Ergebnisqualität untersuchen, zu denen dieses Projekt Daten erhob und ihr zur Verfügung stellte. Als Strukturqualität bezieht sie die folgenden Merkmale der Einrichtungen ein. Wohnen Demenzkranke getrennt oder gemeinsam mit anderen? Wird die Pflege nach dem Hausgemeinschaftskonzept organisiert? Wie ist der Personalmix und wie viele Plätze hat die Einrichtung? Wie ist die Belegungsquote und welche Pflegestufen haben die Bewohner*innen? Wie viele Bewohner*innen gibt es in den verschiedenen Risikogruppen? In welchem Bundesland befindet sich die Einrichtung und liegt sie auf dem Land oder in der Stadt?

In ihrem Vortrag legte Jaroslava Zimmermann dar, wie diese Merkmale sich statistisch auf die Ergebnisqualität auswirken, genauer auf

die Häufigkeit von Stürzen mit schweren Folgen. Schwere Folgen von Stürzen in Pflegeeinrichtungen sind: Brüche, Wunden, die behandelt werden müssen, andauernde Schmerzen oder eine geringere Beweglichkeit.

Für die Analysen führte sie logistische Regressionsanalysen durch, die sie getrennt für Bewohner*innen mit niedrigem Sturzrisiko und für Bewohner*innen mit hohem Sturzrisiko berechnete. Ein hohes Sturzrisiko haben Menschen mit Demenz. Die Stichprobe besteht aus gut 220 Pflegeeinrichtungen aus unterschiedlichen Bundesländern mit insgesamt fast 16.000 Bewohner*innen. Die meisten Einrichtungen liegen in Nordrhein-Westfalen und in Bayern. In den anderen Bundesländern gibt es nur sehr wenige.

Die Ergebnisse zeigen erstens, dass es einen Einfluss hat, ob Demenzkranke gemeinsam mit oder getrennt von anderen wohnen. Zweitens ist der Personalmix, also der Anteil an Pflegefachkräften, entscheidend. Interessant sind die Unterschiede zwischen Nordrhein-Westfalen und Bayern. Für Stürze von Bewohner*innen mit niedrigem Sturzrisiko erwies sich als wichtiges Merkmal, ob sie gemeinsam mit Demenzkranken untergebracht waren oder nicht. Dabei zeigten sich aber Unterschiede zwischen den Bundesländern. In Bayern ist es bei gemeinsamem Wohnen zu weniger Stürzen gekommen. NRW und sonstige Bundesländer (Saarland, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hamburg, Hessen) schnitten besser mit getrennten Wohnbereichen für Demenzkranke ab. Bei Bewohnern*innen mit hohem Sturzrisiko spielten der Personalmix und wieder das gemeinsame oder getrennte Wohnen eine wichtige Rolle. Erneut gab es Unterschiede zwischen den Bundesländern. Einrichtungen in NRW mit einem höheren Anteil an Pflegefachkräften meldeten weniger schwere Stürze bei hohem Sturzrisiko. In Bayern führte ein hoher Anteil an Pflegefachkräften hingegen zu mehr Stürzen. Bei Bewohnern*innen mit schwerer Demenz traten in NRW bei getrenntem Wohnen weniger schwere Stürze auf als in Einrichtungen mit gemeinsamen Wohnbereich. In Bayern und den restlichen

Bundesländern war gemeinsames Wohnen hingegen besser. Hier stürzten Bewohner*innen mit Demenz seltener schwer, wenn sie gemeinsam mit anderen wohnten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Organisation der Versorgung in Pflegeeinrichtungen für das Vermeiden von Stürzen wichtig ist. Um die festgestellten Unterschiede zwischen Bayern und NRW zu erklären, gibt es einige Ansätze und Ideen. Zum einen gibt es Einrichtungen mit getrenntem Wohnen, in denen es nicht genug Plätze für alle Demenzkranken im speziell angepassten Wohnbereich gibt. Dadurch haben diese Pflegeeinrichtungen zwar ein Wohnkonzept mit getrennten Bereichen, de facto wohnen Demenzkranke dort aber zum Teil in gemischten Gruppen. Zum anderen können die unterschiedlichen Kompetenzen der Pflegefachkräfte im Umgang mit Demenz einen Einfluss haben. In der Diskussion mit Vertretern der EQisA-Einrichtungen wurde erwähnt, dass es Unterschiede zwischen den Urteilen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in den Bundesländern gibt. Das könne die Bewohnerstruktur, beziehungsweise die Einstufung von Bewohner*innen in Pflegestufen oder neu Pflegegrade beeinflussen.

Diskussion

DiskutantIn: Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A., Referentin für Qualitätsberatung in der Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

Ein Teilnehmer schlussfolgerte aus den Ergebnissen, dass es in Bayern viele, aber dafür schlechtere Pflegefachkräfte gebe. Er fragte, ob Frau Zimmermann das auch so sehe. Frau Zimmermann hält diese These für weder belegbar noch widerlegbar. Frau Kelleter machte deutlich, dass es in Bayern für Pflegefachkräfte eine andere Ausbildung gebe als in NRW. Des Weiteren unterschieden sich die Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen zwischen Bayern und NRW.

Es folgten mehrere Fragen, ob Aussagen zu individuellen Bewohner*innen möglich seien. Frau Zimmermann erläuterte, dass dies nicht möglich sei, da sie nur die Einrichtungen als Ganzes analysiert habe. Der Grund dafür sei, dass sie vom Projekt EQisA nur Daten auf Organisationsebene erhalten habe. Unter anderem wurden Medikamente für Demenzkranke thematisiert, die zu einem erhöhtem Sturzrisiko führten.

Ein Teilnehmer warf in den Raum, dass die Versorgung von Demenzkranken in Bayern aufgrund von engeren Familienstrukturen eher zuhause stattfinde. Somit seien in Pflegeheimen tendenziell Demenzkranke in einem späteren Stadium, was die Sturzgefahr erhöhe. Ein Teilnehmer fragte, ob es Unterschiede gebe, wie Pflegeheime Stürze dokumentieren. Frau Kelleter schloss dies aus, da Pflegeheime haftungspflichtig seien und somit Stürze standardisiert dokumentierten. Bauliche und räumliche Gründe für Stürze in Pflegeheimen merkten Teilnehmer*innen an. Als Beispiele nannten sie Spiegelflächen und keine ausreichenden Kontraste in den Fluren und Räumen. Hinzu komme, dass Brillen von Bewohner*innen vertauscht und anscheinend zu selten überprüft würden. Ein Teilnehmer vermutete, dass Freizeitaktivitäten in Pflegeheimen mit weniger Stürzen zusammen-

hingen. Abschließend stellte Frau Kelleter dem Publikum folgende Fragen: „Nach welchen Kriterien würden Sie für sich selber oder für Ihre Angehörigen eine Pflegeeinrichtung auswählen? Wäre es für Sie relevant zu wissen, wie hoch die Sturzfolgenrate eines Pflegeheims ist?“ Die Teilnehmer*innen diskutierten über Bewertungskriterien für Pflegeheime, insbesondere Gütesiegel. Über den Nutzen herrschte Uneinigkeit. Einige erachteten Siegel als positiv. Jedoch könnten Verbraucher schnell überfordert sein, da es schwer sei, Siegel nach ihrer Qualität und Aussagekraft einzuordnen. Siegel wurden von einer Teilnehmerin mit den Noten für Pflegeheime verglichen. Hierzu schlussfolgerte sie, dass Siegel keinen Nutzen haben, wenn alle die Note „1“ haben. Hinzu komme, dass sich die Pflegeheime bei Bewertungssystemen immer auf die Teilaspekte konzentrierten und die verbesserten, die im Bewertungssystem die höchsten Punktsteigerungen versprechen. Stürze fänden immer statt, merkte ein Teilnehmer an. Wichtig sei es daher, Häufigkeiten nach dem Risiko zu beurteilen. Ein weiterer Teilnehmer empfand, dass es bereits ein Qualitätsmerkmal an sich sei, wenn sich Pflegeheime mit Gütekriterien auseinandersetzten. Dies zeige, dass diese Heime über Verbesserungen und Risiken aktiv nachdächten.





Perspektivvortrag „Zukunftsmodelle der Versorgung“

Prof. Dr. Holger Pfaff
Direktor des Instituts für Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und Rehabilitationswissen-
schaft (IMVR) der Universität zu Köln

Fünfte Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung
10. Juli 2017, Köln

Perspektivvortrag: „Zukunftsmodelle der Versorgung“

Prof. Dr. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und im Professorenteam von GROW

Zum Abschluss der Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung beleuchtete der Vortrag von Prof. Dr. Holger Pfaff verschiedene Versorgungsmodelle der Zukunft.

In seinem Vortrag ging er zunächst auf das Desintegration-Modell der Versorgung ein und sprach über dessen Folgen. Das Ziel ist eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient*innen, die heutige Lösung erreicht dieses Ziel nur bedingt. Gegen Ende seines Vortrags stellte er verschiedene Modelle der Versorgung vor und benannte Vor- und Nachteile.

Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, viele unterschiedliche Akteure und strikte Budgetvorgaben sind ein Teil der Hürden, die es in der deutschen Versorgungslandschaft zu überwinden gilt. All diese Probleme werden durch das Desintegrationsmodell beschrieben. Je weniger die Versorgungsleistungen auf der medizinischen, psychosozialen, technischen, ökonomischen und organisatorischen Ebene ineinandergreifen, desto eher stellen sich negative Folgen für die Patient*innen ein.

Die heutige Antwort auf das Desintegrationsmodell lautet „Modell der integrierten Segmentierung“. Das „Modell der integrierten Segmentierung“ ist die Idee einer sektorenübergreifenden Versorgungsform. Sie vernetzt die verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser). In der Praxis zeigen sich jedoch Schwächen der aktuellen Lösung. So werden Patient*innen zwischen verschiedenen Ärzte*innen hin und her geschickt. Dabei liegen die Standorte der Ärzte*innen oftmals über den gesamten Ort verteilt, was die Patient*innen zusätzlich belastet. Da jede*r Arzt*Ärztin und jedes Krankenhaus allein an ihrer Teilleistung verdienen, haben sie

keinen richtigen Anreiz, sich um eine übergreifende, patientenorientierte Versorgung zu bemühen.

Zukunftsmodelle der Versorgung

Prof. Dr. Holger Pfaff benannte drei mögliche Lösungen für die Zukunft. Die erste lautet „Gesamtdienstleister-Modell“. Ein Beispiel hierfür ist die Cleveland Clinic in Amerika: eine Großklinik, in der Fach- und Allgemeinärzte zusammen arbeiten. Somit bleiben den Patient*innen umständliche Wege zu den verschiedenen Ärzte*innen erspart. Ein weiterer großer Vorteil ist, dass die Verantwortung für den Gesamtprozess in einer Hand liegt. Die Prozesskette – die von der Notfallversorgung über die ambulante und stationäre Versorgung bis hin zur Rehabilitation, Nachsorge und Palliativsituation reicht – würde in diesem Fall nur von einem Dienstleister abgedeckt und verantwortet werden.

Das Generalunternehmer-Modell ist dem Gesamtdienstleister-Modell ähnlich. Auch hier hat der Anbieter für den Genesungsprozess der Patient*innen sowohl die medizinische als auch die finanzielle Gesamtverantwortung. Dafür erhält er, wie beim Gesamtdienstleister-Modell, eine bestimmte Summe von der Krankenkasse. Der Unterschied zum Gesamtdienstleister-Modell ist, dass der Generalunternehmer alle oder einzelne Teilleistungen an Subunternehmen vergibt. So könnte zum Beispiel ein Brustzentrum einzelne Leistungspakete (zum Beispiel Rehapaket; Nachsorgepaket) an bestimmte Facharztpraxen und Rehakliniken vergeben und diese über die Kontrolle der Ergebnisse steuern.

Das dritte Modell ist das des Patientenunternehmers. Dabei beauftragen die Patient*innen wie Unternehmer selbstgewählte Anbieter, zum Beispiel Ärzte*innen oder Kliniken. Die Anbieter können sich auf ihre jeweilige Kernkompetenz konzentrieren und damit gut auf dem Markt für sich werben. Da sie nur innerhalb ihres Spezialgebiets beraten, sind sie allerdings auch nicht für den gesamten Genesungsprozess des*der Patient*in verantwortlich. Für den*die Patient*in be-

deutet dies jedoch, dass das Abstimmen der Versorgungskette durch ihn*sie selber oder durch eine*n Vertreter*in erfolgen muss.

Welches dieser Modelle in Zukunft am ehesten geeignet ist, bleibt offen. Fest stehe, dass es einen Wandel in der Organisations- und Finanzierungsform geben müsse, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.



DOKUMENTATION

Gestaltung, Fotos, Layout und Redaktion

Christina Pagés

Tel. 0221 470-1178

cpages1@uni-koeln.de

Kontakt

Dr. Konstanze Arp

Tel.: 0221 470-1182

Fax: 0221 470-1186

konstanze.arp@uni-koeln.de