
Innovationen der Versorgungsoptimierung in Pflegeheimen – Eine Projektübersicht

Olivia Kada ^a, Herbert Janig ^b, Georg Pinter ^c, Karl Cernic ^c, Rudolf Likar ^c

^a FH Kärnten, Hauptplatz 12, A-9560 Feldkirchen, AUSTRIA

^b Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Universitätsstraße 65-67, A-9020 Klagenfurt, AUSTRIA

^c Klinikum Klagenfurt am WS, Feschnigstraße 11, A-9020 Klagenfurt, AUSTRIA

KURZFASSUNG/ABSTRACT:

Krankenhaustransporte stellen eine psychische und physische Belastung für Pflegeheimbewohner dar. Bemühungen zur Optimierung der Versorgung im Heim sollen helfen, diese Belastung zu reduzieren. Im vorliegenden Beitrag wird ein Projekt aus Kärnten vorgestellt, welches insbesondere durch Fortbildungen für Pflege und Hausärzte sowie die Implementierung eines geriatrischen Konsiliardienstes zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte beitragen möchte. Die Maßnahmen wurden über den Zeitraum von 12 Monaten in 10 Pflegeheimen in Kärnten umgesetzt. Das Praxisprojekt wurde von einer systematischen Dokumentation der Maßnahmenumsetzung und Begleitforschung flankiert, um eine Grundlage für die weitere Ausrollung des Projektes zu schaffen. Verglichen mit Ergebnissen einer Sekundärdatenanalyse aus Kärnten war die Transporthäufigkeit aus den Projektheimen geringer. Die Implementierung eines geriatrischen Konsiliardienstes scheint deutlich zur Reduktion nicht indizierter Transporte beizutragen. Die Ergebnisse liefern überdies Hinweise für die weitere Elaboration der Maßnahmen.

1 EINLEITUNG

Internationale Studien zeigen, dass Pflegeheimbewohner häufig hospitalisiert werden [1], wobei viele dieser Transporte durch eine optimierte Versorgung vor Ort in den Heimen vermeidbar wären. Dadurch würden nicht nur Kosten eingespart und Krankenhäuser entlastet werden, sondern vor allem könnte man die Bewohner vor dem Stress eines Krankenhaustransportes sowie vor den potenziellen gesundheitlichen Einbußen bewahren [2]. Die Gründe für die hohen Krankenhaustransportraten aus Pflegeheimen sind mannigfaltig [3, 4]: Dazu zählen die fragmentarische Verfügbarkeit von Hausärzten und Fachärzten, Kommunikationslücken zwischen Pflege, Hausarzt und Krankenhaus, defensive Entscheidungsfindung, Personalengpässe in Heimen sowie strukturelle Defizite (stark eingeschränkte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten im Heim). Die meisten veröffentlichten Interventionen zur Versorgungsoptimierung werden von der Pflege getragen [4]: So liegt der Fokus des US-amerikanischen INTERACT-Projektes [5] etwa auf der Verbesserung von Kommunikation und Monitoring aufseiten der Pflege. Betrachtet man jedoch die oben erwähnten Gründe für fehlindizierte Transporte sowie die vielfach belegte hohe Bedeutsamkeit berufsgruppenübergreifender Kommunikation und Kooperation für die Patientensicherheit, wird deutlich, dass Interventionen in Österreich nur dann gute Erfolgsaussichten haben dürften, wenn sich die Maßnahmen auf Pflege und Ärzteschaft gleichermaßen beziehen und auch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit tangieren. In einer rezenten systematischen Literaturübersicht wird unter anderem das Konzept des geriatrischen Konsiliardienstes als vielversprechende, wenn auch noch wenig überprüfte, Intervention zur Reduktion nicht indizierter Krankenhaustransporte eingeschätzt [6].

2 AUSGANGSLAGE UND ZIELSETZUNG

Ausgehend von diesen Überlegungen wurden im Rahmen eines Reformpoolprojektes Maßnahmen partizipativ entwickelt und zwei Pflegeheimen über den Zeitraum von sechs Monaten umgesetzt und evaluiert; zwei vergleichbare Heime ohne Maßnahmenumsetzung fungierten als Kontrollgruppe (Details andernorts veröffentlicht [4]). Die Ergebnisse der summativen Evaluati-

on des Projektes sprechen für die Wirksamkeit der Maßnahmen; so konnte für die Interventionsheime ein geringerer Anteil vermeidbarer Transporte sowie eine Verbesserung der Arzt-Pflege-Kooperation im Prä-Post-Vergleich festgestellt werden. Die Maßnahmen umfassten Fortbildungen für Pflege und Hausärzte, Kooperationsworkshops, Polypragmasiekonsile und Vorträge über Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse wurden die Maßnahmen im Zuge des hier vorgestellten Folgeprojektes erweitert und für ein Jahr in insgesamt 10 Pflegeheimen in Kärnten umgesetzt (Laufzeit 10 2013 – 09 2014). Konkret umfassen die Maßnahmen zum einen Fortbildungen für die Pflege abgestimmt auf die Bedarfe der einzelnen Heime: In allen Heimen fanden Fortbildungen zu Pflege von Menschen mit Demenz statt sowie Vorträge zum Themenkreis Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für Bewohner, Angehörige und Pflege; weitere Themen waren u.a. ethische Aspekte im Zusammenhang mit Krankenseinweisungen oder Palliativpflege. Zum anderem fanden für Hausärzte und Pflege gemeinsam im Projektverlauf wiederholt Patientenfallkonferenzen [7], also fachärztlich moderierte Bearbeitungen geriatrischer Kasuistiken, sowie weitere themenspezifische Vorträge statt. Die geplanten Kooperationsworkshops zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflege, die sich im Zuge des Reformpoolprojektes bewährt hatten, mussten im vorliegenden Projekt mangels Teilnahmebereitschaft der Hausärzte entfallen. Die größte Veränderung des Maßnahmenpaketes betraf die Implementierung eines geriatrischen Konsiliardienstes (kurz: GEKO), einem Konzept, welches nach Schippinger et al. [6, 8] modifiziert wurde. Jedem Heim wurde ein Facharzt für Geriatrie (GEKO) zugeteilt, als dessen Aufgabe primär die Beratung von Hausärzten und Pflege sowie die Überbrückung von Kommunikationsbrüchen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich geplant war. Dieses Praxisprojekt wurde von einer systematischen Dokumentation der Maßnahmenumsetzung und Begleitforschung flankiert, um eine Grundlage für die weitere Ausrollung des Projektes zu schaffen.

3 DOKUMENTATION UND BEGLEITFORSCHUNG

Ziel der Begleitforschung was es, Stärken und Schwächen des Projektes zu identifizieren und somit eine Grundlage für die weitere Optimierung der Maßnahmen zu schaffen (z.B. Schärfung des GEKO-Aufgabenprofils). Zur Vorbereitung der Maßnahmenumsetzung fanden mit den Pflegedienstleitungen (PDLs) aller Projektheime ausführliche, an einem Leitfaden orientierte, Gespräche zur Bestimmung der Problemlagen und Bedarfe der einzelnen Heime statt. In allen teilnehmenden Pflegeheimen wurden sämtliche ambulante und stationäre Krankentransporte von der Pflege mittels entsprechender Dokumentationsformulare aufgezeichnet (N = 1.059). Die GEKOs dokumentierten ihre Tätigkeit, also telefonische Konsile sowie Konsile und weitere Tätigkeiten vor Ort im Heim, auf entsprechenden Formularen (N = 315); neben Daten zur Anzahl der GEKO-Einsätze ermöglichen diese Aufzeichnungen auch eine Auswertung der Tätigkeitsschwerpunkte, die sich im Rahmen des Projektes orientiert an den Bedarfen in den Heimen herauskristallisierten. Zusätzlich fanden Zwischen- und Abschlussfeedbacks mit den Pflegedienstleitungen der Projektheime und den GEKOs statt, welche ebenfalls Hinweise auf Stärken und Schwächen des Projektes geben.

4 CHARAKTERISTIKA DER PROJEKTHEIME

Zehn Pflegeheime aus unterschiedlichen Bezirken Kärntens konnten für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Es handelt sich in Hinblick auf Heimgröße und geografische Lage um heterogene Heime: In diesen Projektheimen wurden zwischen 44 und 160 Bewohner bis inklusive Pflegestufe sieben betreut (M = 87). Die Anzahl der Hausärzte pro Heim bewegte sich zwischen einem Hausarzt und 32 Hausärzten (M = 15), wobei die kein Zusammenhang mit der Bewohnerzahl gegeben ist. Vielmehr lässt sich feststellen, dass in Heimen in städtischer Lage deutlich mehr Hausärzte tätig sind als in Heimen in ländlicher Lage.

Aus den maßnahmenvorbereitenden und –begleitenden Feedbackgesprächen mit den PDLs der Projektheime (n = 10) lassen sich folgende Problemlagen im Zusammenhang mit Kranken-

haustransporten festhalten: Alle Heime berichten von ungenügendem Informationsaustausch zwischen Heim und Krankenhaus; so wurde berichtet, dass Therapieempfehlungen oftmals sehr spät kommuniziert werden oder Entlassung wenig abgestimmt erfolgen, was zu Versorgungsbrüchen führen kann. Sechs PDLs thematisierten die aufwändigen Bewilligungsprozesse für Medikamente und Hilfsmittel seitens der Kassen als Ursache für Therapieunterbrechungen und vermeidbare Krankenhaustransporte. Vier Pflegeheime sehen sich mit einem Mangel an Fachärzten konfrontiert, ebenfalls vier Heime sehen die Versorgung durch einzelne, wenig kooperative und schwer erreichbare Hausärzte erschwert. Die teilweise große Anzahl an Hausärzten ist zudem mit einem erheblichen Koordinationsaufwand verbunden. Vier PDLs beklagten zudem, dass der Pflege im Pflegeheim vonseiten des Krankenhauspersonals und der Hausärzteschaft wenig Kompetenz zugeschrieben wird, was ihrer Ansicht nach ebenfalls dazu führe, dass oftmals einer Behandlung im Krankenhaus der Vorzug gegeben würde, auch wenn diese prinzipiell im Heim möglich wäre. Einmal wurde auch explizit der Personalschlüssel als Problem für eine „gute“ Versorgung angesprochen. Diese Erfahrungsberichte decken sich weitgehend mit den Ergebnissen vorheriger Projekte der Arbeitsgruppe sowie anderer Projekte aus Deutschland und Österreich [4].

Eben diese Problemlagen bildeten den Ansatzpunkt des vorliegenden Projektes, wenngleich nicht alle Herausforderungen im Zuge der begrenzten Laufzeit eines solches Projektes gelöst werden können (z.B. Bewilligungsprozesse, Personalschlüssel, Lagerung von Medikamenten).

5 ZENTRALE ERGEBNISSE

Da ein Heim aufgrund interner Umstrukturierungen aus dem Projekt ausgeschieden ist, beziehen sich die nachfolgenden Auswertungen auf die neun verbleibenden, kontinuierlich am Projekt teilnehmenden Heime.

Aus den Feedbackgesprächen mit PDLs und GEKOs sowie aus den systematischen Aufzeichnungen der GEKOs lässt sich der Erfolgsgrad der Implementierung des geriatrischen Konsiliardienstes bestimmen (detaillierte Darstellung in [9]). In drei Heimen war die *Implementierung nicht erfolgreich*: In diesen Heimen blieb es weitestgehend bei Vorgesprächen zwischen PDL und GEKO, weitere Visiten im Heim erfolgten nicht, was sich mit den Berichten der betreffenden GEKOs deckt. Demgegenüber stehen vier Heime mit *erfolgreicher Implementierung* und hoher Zufriedenheit aus Sicht der Heime und der GEKOs: Die erfolgreiche Implementierung ist gekennzeichnet von regelmäßiger Präsenz des GEKO im Heim in Abstimmung mit der PDL sowie einem kontinuierlichen Austausch zwischen GEKO und PDL. Die konkrete Ausgestaltung des Aufgabenprofils war in jedem Heim unterschiedlich und an die spezifischen Bedarfe angepasst. Dazu zählten vor allem Bemühungen des GEKO zur Optimierung des Informationsaustausches zwischen Krankenhaus und Heim, die Schulung von Pflegepersonal, die Durchführung medizinischer Tätigkeit in Abstimmung mit den Hausärzten sowie die Durchführung von Fallbesprechungen mit Pflege und Hausärzten. Hierbei ist anzumerken, dass vereinzelt zwar eine gute Zusammenarbeit zwischen GEKO und Hausarzt erreicht werden konnte (wie es auch intendiert war), mehrheitlich aber die Pflege Hauptansprechpartner des GEKO blieb bzw. bleiben musste, da seitens vieler Hausärzte nur wenig Interesse an einem Austausch vorhanden war. In zwei Heimen war die *Implementierung teilweise erfolgreich*, d.h. die Zufriedenheit mit der Maßnahmenumsetzung war bei GEKO und PDL unterschiedlich: In einem Heim setzte der GEKO hauptsächlich die Betreuung der eigenen Bewohner fort, wenn auch verstärkt mit Fokus auf Polymedikation, führte ein Schmerzassessment ein und schulte die Pflege entsprechend; der Austausch mit den anderen Hausärzten fand jedoch kaum statt. Im anderen Heim war die PDL sehr zufrieden mit der guten Erreichbarkeit des GEKO im Anlassfall und seinem Aufgabenprofil (Informationsaustausch zwischen Heim und Krankenhaus, Ausstellen von Rezepten, Bemühung um Vernetzung mit den Hausärzten). Der betreffende GEKO kritisierte jedoch das eher geringe Bemühen des Heims um eine kontinuierliche Zusammenarbeit.

Insgesamt liegen 315 Dokumentationsformulare der GEKOs aus fünf Heimen vor, wobei für jedes Konsil bzw. jeden Bewohner ein Formular auszufüllen war. In den drei Heimen mit erfolg-

loser Implementierung fanden keine Visiten, abgesehen von einem Vorgespräch mit der Pflege, statt und somit liegen auch keine weiteren Dokumentationen vor; aus einem Heim mit teilweise erfolgreicher Implementierung liegt lediglich eine auf Datum und Uhrzeit reduzierte Dokumentation vor. Abbildung 1 zeigt die Anzahl der GEKO Visiten und telefonischen Konsile nach Erfolgsgrad der Maßnahme.

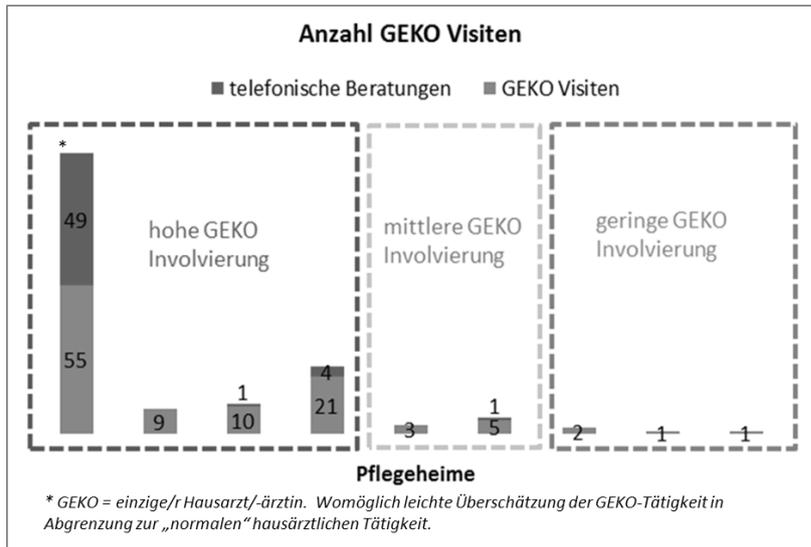


Abbildung 1. Frequenz der GEKO Konsile nach Erfolgsgrad der GEKO-Involvierung ([9], S. 21)

In die Konsilgespräche war fast immer die Pflege involviert (n = 298), oftmals auch der Bewohner bzw. der Angehörige (n = 57) und nur selten der Hausarzt (n = 16). Häufigster Inhalt der Konsile waren die Therapie des Bewohners (n = 226), Transportentscheidungen (n = 96) sowie die Medikation (n = 93). Abbildung 2 zeigt die Anzahl der seitens der Pflege dokumentierten Krankenhaustransporte sowie der gemäß GEKO vermutlich und tatsächlich vermiedenen Transporte. Laut Einschätzung der GEKOs halfen fast zwei Drittel der Konsile (n = 195) vermutlich auf längere Sicht einen Krankenhaustransport zu verhindern, 82 Konsile hatten unmittelbar die Vermeidung eines Krankenhaustransportes zur Folge, während durch 28 Konsile kein Krankenhaustransport verhindert werden konnte.

Über den einjährigen Beobachtungszeitraum hinweg wurden in den neun Pflegeheimen des Projektes 1.059 Krankenhaustransporte durch die Pflege dokumentiert. Drei Heime weisen jedoch verkürzte Dokumentationszeiträume auf, sodass für eine Gesamtbetrachtung der Entwicklung der Transportraten die fehlenden Werte durch die Mittelwerte aller Heime für den betreffenden Monat ersetzt werden mussten. Daraus ergibt sich eine Gesamtzahl von 1.195 Transporten oder anders ausgedrückt: Auf einen Heimplatz kam in 12 Monaten 1,4 Krankenhaustransporte. Im Zuge einer Sekundärdatenanalyse von Daten des Roten Kreuzes (Kada et al., 2011) bezogen auf 15 Pflegeheime aus den Bezirken Klagenfurt und Klagenfurt Land im Jahre 2008 lag die Zahl der Transporte pro Heimplatz bei 3,4; dies ist als Indikator für die Wirksamkeit des gesamten Maßnahmenpaketes zu interpretieren.

Vergleicht man die Transportraten im Projektverlauf von Heimen mit erfolgreicher vs. teilweise/nicht erfolgreicher GEKO-Involvierung (siehe Abbildung 3), so zeigt sich für Heime mit erfolgreicher Involvierung eine geringere Transportrate. Dies ist als Hinweis auf die Wirksamkeit der GEKO-Maßnahme zu deuten, wenngleich das korrelative Design selbstverständlich keinen Kausalschluss erlaubt.

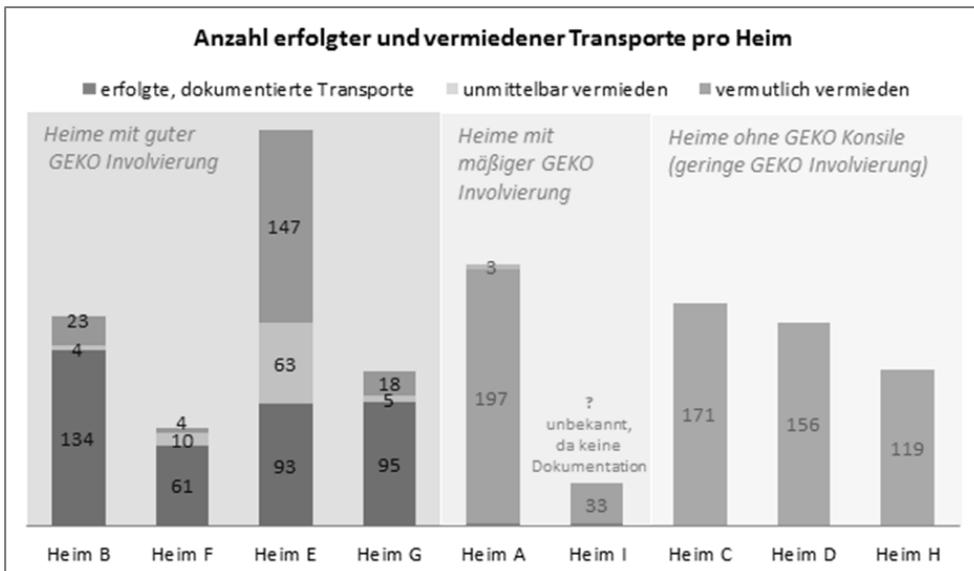


Abbildung 2. Krankenhaustransporte nach Erfolgsgrad der GEKO-Involvierung ([9], S. 25)

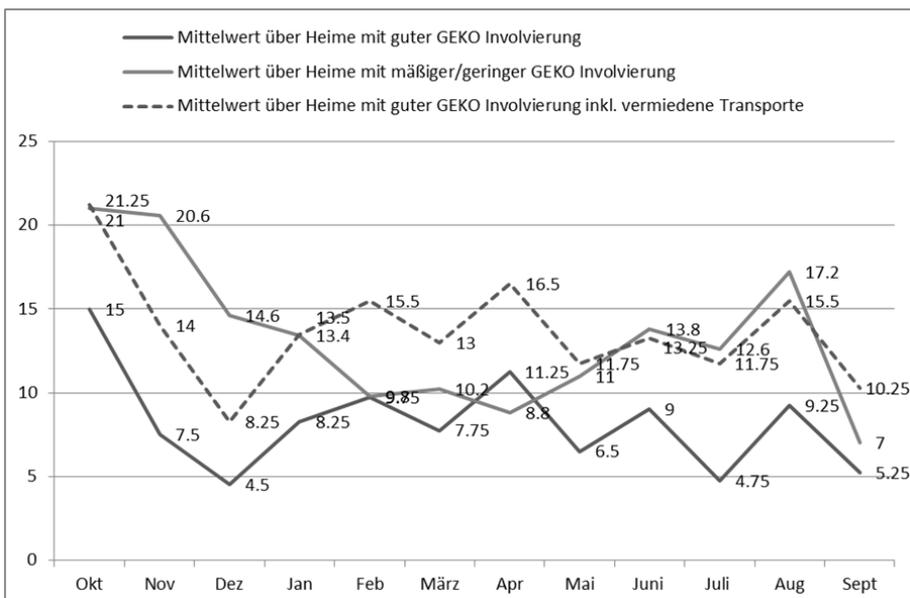


Abbildung 3. Verlauf der Transportraten nach Erfolgsgrad der GEKO-Involvierung ([9], S. 28)

Von den 1.059 dokumentierten Transporten waren 54% geplante Transporte und 46% ungeplante Transporte. Die ungeplanten Transporte wurden am häufigsten durch die Pflege initiiert ($n = 210$), vor allem im Zusammenhang mit einem Sturzgeschehen (57%). Weitere 175 ungeplante Transporte wurden durch den Hausarzt veranlasst, 72 Transporte wurden durch den Not- oder Bereitschaftsarzt initiiert, 8 Transporte durch Angehörige und zwei Transporte durch einen GEKO. Lediglich 50% der Akuttransporte mündeten in einer stationären Aufnahme. Der Anteil ungeplanter pflegerischer Einweisungen war in Heimen mit erfolgreicher GEKO-Implementierung tendenziell geringer als in Heimen mit teilweise/nicht erfolgreicher Implementierung ($\chi^2(1, N = 459) = 3,276, p = .070$), was als ein weiterer Hinweis auf die Wirksamkeit dieser Maßnahme interpretiert werden kann.

6 SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Das vorgestellte Projekt diente der Ausrollung von Maßnahmen, die im Zuge eines vorangegangenen Projektes [4] überprüft worden waren sowie der Erprobung einer weiteren Maßnahme, des sogenannten geriatrischen Konsiliardienstes (GEKO) modifiziert nach Schippinger et al. [8]. Aus den im Projektverlauf gesammelten Daten lassen sich zum einen *Hinweise auf die Wirksamkeit* der gesetzten Maßnahmen ableiten: Im Vergleich zu Ergebnissen einer Sekundärdatenanalyse in Kärnten [3] erfolgten in den Projektheimen pro Heimplatz deutlich weniger Krankenhaustransporte. In Heimen mit erfolgreicher GEKO-Involvierung gab es weniger Krankenhaustransporte und weniger ungeplante pflegerische Einweisungen als in Heimen mit geringerer GEKO-Involvierung. Zum anderen konnten wichtige Hinweise für die *Weiterentwicklung der Maßnahmen* gewonnen werden: So sind künftig verbindliche schriftliche Vereinbarungen mit GEKOs und Heimen zu empfehlen, um sicherzustellen, dass die Maßnahme in allen Heimen greift und von beiderseitigem Engagement getragen wird. Es gilt außerdem Lösungen zur stärkeren Integration der Hausärzteschaft zu erarbeiten; im vorliegenden Projekt waren nur wenige Hausärzte zu einem aktiven Austausch mit dem GEKO sowie zur Beteiligung an Kooperationsworkshops mit der Pflege bereit. Die Schärfung des Aufgabenprofils der GEKOs ist aufgrund der Ergebnisse nun möglich und wird derzeit ausgearbeitet; neben der fachärztlichen Beratung für Pflege und Hausärzte sowie der Unterstützung bei Therapie- und Transportentscheidungen kristallisierte sich die Überbrückung von Kommunikationsproblemen zwischen Krankenhaus und Pflegeheim eine wesentliche Aufgabe des GEKO heraus. Basierend auf den Ergebnissen wird derzeit in Kooperation mit den politischen Entscheidungsträgern ein Konzept zur Optimierung der Maßnahmen und Vorbereitung der Überleitung der Maßnahmen in den Regelbetrieb vorbereitet. Gemeinsam mit Graverholt [6] wird empfohlen, die Evidenzlücke hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen durch weitere Interventionsstudien zu schließen.

LITERATURVERWEISE

- [1] Grabowski, D. C., Stewart, K. A., Broderick, S. M. & Coots, L.A. (2008). Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Medical care research and review: MCRR*, 65, 3 -139.
- [2] Bally, K. W. & Nickel, C. (2013). Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht? *Praxis*, 102(16), 987-991.
- [3] Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N., Pfeiffer, B. & Janig, H. (2011). Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück... Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(10), 714-722.
- [4] Kada, O., Janig, H., Likar, R., Pinter, G. (2013). Versorgung optimieren, vermeidbare Krankenhaustransporte reduzieren. In G. Pinter, R. Likar, W. Schippinger, H. Janig, O. Kada, & K. Cernic (Eds.), *Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte* (S. 227-252). Wien: Springer.
- [5] Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., Atherly, A. & Saliba, D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 627-635.
- [6] Graverholt, B., Forsetlund, L. & Jamtvedt, G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14:36.
- [7] Pinter, G. & Likar, R. (2012). Patientenfallkonferenzen nach Siebolds als Intervention. In O. Kada, H. Janig, G. Pinter, R. Likar & K. Cernic (2012), *Gut versorgt im Pflegeheim? Ein Forschungsbericht über die Wirksamkeit eines Maßnahmenpaketes zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte* (S. 33 – 43). Innsbruck: Studia.
- [8] Schippinger, W., Pilgram, E. W. & Hartinger, G. (2013). Geriatrischer Konsiliardienst – GEKO. In G. Pinter, R. Likar, W. Schippinger, H. Janig, O. Kada & K. Cernic (Eds.), *Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte* (S. 195-226). Wien: Springer.
- [9] Kada, O., Janig, H., Likar, R., Cernic, K. & Pinter, G. (2014). *Versorgungsoptimierung in Kärntner Pflegeheimen. Ergebnisbericht*. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Feldkirchen, FH Kärnten.