

### **Protokoll des Treffens vom 24.10.2018**

in der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der  
TU Dortmund

### **Themen: „Pflegerische Versorgung im Fokus der Forschung“**

**Teilnehmer:** siehe Teilnehmerliste

Eine erste Begrüßung aller Teilnehmenden erfolgt durch Herrn Prof. Dr. Christoph Strünck, Direktor des Instituts für Gerontologie. Nach einer kurzen Vorstellung des Institutes folgt eine Vorstellungsrunde aller Anwesenden, inklusive der vortragenden Referentinnen.

### **Vorträge**

- 1) „Our Puppet“ – Pflegeunterstützung mit einer interaktiven Puppe für informell Pflegende (Verena Reuter)

Das Projekt „Our Puppet“ wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderschwerpunktes „Pflegerinnovationen zur Unterstützung informell und professionell Pflegender“ gefördert. Insgesamt erstreckt sich die Förderung über einen Zeitraum von drei Jahren (05/2016-04/2019). An dem Projekt sind acht Partner und drei Kooperationspartner beteiligt. Die Puppenhülle wird von der Matthies Spielprodukte GmbH & Co KG hergestellt.



**Our  
Puppet**



Die Puppe ist in erster Linie für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen konzipiert und verbleibt in der Häuslichkeit der Menschen mit Demenz. Über eine Kamera auf dem Kopf und ein Mikrofon in der Nase nimmt die Puppe ihre Umgebung wahr und kann Kontakt zu den Menschen mit Demenz herstellen und z.B. an das regelmäßige Trinken erinnern, beruhigen oder auch zu Aktivitäten anregen. Weitere Ziele des Einsatzes der Puppe sind:

- Reduzierung von Unsicherheiten insbesondere bei kurzer Abwesenheit des pflegenden Angehörigen,
- Unterstützung der Kommunikation zwischen pflegendem Angehörigen und Menschen mit Demenz,
- Anregung von Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Trinken, Essen, Kontaktaufnahme),
- Unterstützung zur Tagesstrukturierung (Termine, „Wie spät ist es?“, Tagesablauf),
- Beruhigende Ansprache, Umorientierung bei Unruhe.

Die Unterstützung der Menschen mit Demenz und deren Familien ist in dieser Form nur in Kombination mit einer ausgebildeten „PuppetBegleiterin“ möglich. Diese im Projekt tätigen ehrenamtlichen Kräfte werden im Rahmen einer eigens für diese Tätigkeit/dieses Projekt konzipierten Schulung qualifiziert. Alle 14 PuppetBegleiterinnen verfügen über eine vorherige Qualifizierung zur Demenzbetreuerin/Alltagsbegleiterin nach § 45 SGB XI oder als Pflegebegleiterin. Alle Begleiterinnen haben eine langjährige Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit Demenz oder als Pflegebegleiterin und verfügen in manchen Fällen auch über eine berufliche Ausbildung in der Pflege. Der Einsatz in einer Familie erfolgt immer im Tandem, mit wechselnden Rollen in der Unterstützungssituation (Beobachterin/Gesprächsführerin). Die Puppetbegleiterinnen sind zwischen 32 und 70 Jahre alt und sind alle technikaffin. Im Projekt führen die Begleiterinnen bei ihren regelmäßigen wöchentlichen Besuchen die teilnehmenden Familien in die technischen Funktionen der Puppe ein und üben den Umgang mit diesen Funktionen. In ihrer psychosozialen Begleitung der Familien richten sie einen besonderen Fokus auf die Pflegebeziehung.

Somit gliedert sich die Gesamtintervention des Projektes in zwei Teile:

- 1) Technische Intervention: sensorbasierte interaktive Puppe, Vernetzung in der Wohnung, Unterstützung durch eine App,
- 2) Psychosoziale Intervention: geschulte „PuppetBegleiter“, Fachberatung der Angehörigen, Supervision der „PuppetBegleiter“.

Seit Juni 2018 befinden sich zwei Puppen in jeweils einer Familie im Einsatz. Die Puppe verbleibt mehrere Monate in der Familie, dies unter regelmäßiger Begleitung der PuppetBegleiterinnen. Diese fungieren während dieser Praxisphase als zentrale Schnittstelle zwischen der Technik und den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Sie sind erste Ansprechpersonen für die technischen Funktionen der Puppe und „repräsentieren“ die Projektidee, weiterhin müssen sie während ihrer Besuche die Komplexität der Themen und der Situation aufgreifen und gestalten, d.h. mit Krisensituationen umgehen, immer wieder die Puppe in den Mittelpunkt rücken und zu ihrer Nutzung anregen, die Funktionen der Puppe zeigen und einüben sowie die Pflegebeziehung in den Blick nehmen und die Perspektiven von pflegenden Angehörigen und Menschen mit Demenz aufgreifen und Impulse geben.

Mittlerweile liegen erste Ergebnisse zur Nutzung der Puppe im Praxistest vor:

- Generell entsteht nach der ersten Testphase der Eindruck, dass der Nutzen durch die Begleitung der PuppetBegleiterinnen gegenüber dem Nutzen durch die technischen Funktionen der Puppe zu überwiegen scheint – ggf. ändert sich dies, wenn die Technik der Puppe im Projektverlauf weiter optimiert wird,

- die Besuche der Puppettegleiterinnen und der Umgang mit der Puppe werden als positive Abwechslung im Pflegealltag erlebt,
- bei der Beschäftigung mit der Puppe wurde einem teilnehmenden Menschen mit Demenz anfangs schnell langweilig, die Einführung neuer Funktionen ließ das Interesse aber wieder steigen,
- zurzeit kommt es immer wieder noch zu einer fehlerhaften Kommunikation mit der Puppe (bspw. passt die Antwort der Puppe nicht zu der gestellten Frage), dies wird von den Menschen mit Demenz und deren Angehörigen aber als belustigend erlebt; Wiederholungen seitens der Puppe (z.B. kommt es vor, dass die Puppe einen Witz mehrmals am Tag erzählt) werden von den Angehörigen wiederum als sehr enervierend empfunden. Ggf. weist dies darauf hin, dass die Puppe eher für alleinlebende Menschen mit Demenz geeignet ist,
- die Einführung neuer technischer Funktionen und das Einüben des Umgangs mit diesen Neuerungen kann bei Menschen mit Demenz zu Stress führen → die Puppettegleiterinnen sind dann gehalten, ruhig und mit Geduld vorzugehen und sich dem Lerntempo der Menschen mit Demenz anzupassen,
- wie sich der Umgang mit der Puppe auf die Pflegebeziehung auswirkt dann derzeit noch nicht beurteilt werden.

Als besonders hilfreich wurden die folgenden Funktionen empfunden:

- Erinnerung an regelmäßiges Trinken (80% der Befragten empfanden diese Funktion als sehr hilfreich),
- App/Onlineplattform (59% der Befragten empfanden diese Funktion als sehr hilfreich) .

Die Puppettegleiterinnen schätzen den Umgang der Menschen mit Demenz mit der Puppe wie folgt ein (Folie 13):

- Der Mensch mit Demenz zeigte während des Besuchs der Puppettegleiterinnen großes Interesse an der Puppe (47% der Befragten geben an, dass diese Aussage voll zutrifft),
- der Mensch mit Demenz sprach die Puppe während des Besuchs der Puppettegleiterinnen aktiv an (55% der Befragten geben an, dass diese Aussage voll zutrifft),
- 70% der Befragten erklärten, dass es dem Menschen mit Demenz in der Regel leicht fällt die Puppe zu bedienen,
- 55% der Befragten verneinten die Aussage, dass die Puppe mehr Aufwand als Nutzen bringt.

Insgesamt wird die Puppe also gut angenommen – eine komplette Ablehnung der Puppe durch die einbezogenen Menschen mit Demenz erfolgte selten.

Im weiteren Verlauf des Projektes sind die folgenden Schritte geplant, bzw. sollen die folgenden Fragen geklärt werden:

- Bis Ende 2018 werden zwei weitere Familien in den Praxistest einbezogen,
- Inwiefern erhöht sich die Akzeptanz der Puppe mit den fortlaufenden technischen Optimierungen weiter?

- Bis April 2019: Inwiefern wird die Gesamtintervention von den pflegenden Angehörigen als Entlastung empfunden?
- Welche Unterstützungsbedarfe lassen sich zum Einsatz von Technik in der häuslichen Pflege ableiten?

Offen ist, wie es mit der Intervention nach Projektende weitergeht. Es stellen sich die folgenden Fragen:

- Was geschieht nach Projektende mit den Puppetteilnehmerinnen in den Familien?
- Wird die Intervention verstetigt? Gelangt die Puppe zur Marktreife?
- Wie können die gewonnenen Kompetenzen der Puppetteilnehmerinnen über den Praxistest hinaus zum Einsatz kommen? Gibt es ggf. die Möglichkeit einer Weiterentwicklung des Begleitansatzes?
- Inwieweit erfordert der Begleitansatz eine professionelle Qualifikation?

## 2) Palliative Care in Pflegeheim und Krankenhaus (Dr. Susanne Frewer-Graumann + Anne-Katrin Teichmüller)

Frau Frewer-Graumann leitet den Vortrag mit allgemeinen Informationen zum Thema Palliative Care bzw. Hospizarbeit ein. Die Hospizidee ist aus einer Bürgerbewegung hervorgegangen, deren Ziel es war zu verhindern, dass Menschen alleine sterben müssen.

In der heutigen Zeit werden Sterben und Tod häufig als Versagen der Medizin verstanden – der Tenor medizinischer Anstrengungen lautet diesbezüglich „Können wir das Sterben noch weiter hinauszögern?“.

In ihren Folien geht Frau Frewer-Graumann zunächst auf das Total Pain Concept ein, welches laut aktueller Studien noch nicht ausreichend Beachtung findet. Das Konzept beinhaltet eine mehrdimensionale Betrachtung des Leidens in der letzten Lebensphase (Psychischer Schmerz, Sozialer Schmerz, Spiritueller Schmerz, Körperlicher Schmerz). Das Konzept berücksichtigt die Tatsache, dass Sterbeprozesse so individuell sind, wie Lebensläufe. Das Konzept wurde 1995 von Cicely Saunders entwickelt. Es enthält die Basisprinzipien des Palliative Care Ansatzes, welcher 1977 ebenfalls von Cicely Saunders begründet wurde.

Die Hospizarbeit umfasst, zurückgehend auf Saunders, vier Säulen: Psychosoziale Begleitung, Spirituelle Begleitung, Palliativpflege und Palliativmedizin. Dabei ist der Kern der Hospizidee nach wie vor, dafür zu sorgen, dass kein Mensch alleine sterben muss. Demnach ist Kern der Hospizarbeit die Begleitung sterbender Menschen einerseits, andererseits sollen durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit die Themen Sterben und Tod in die Mitte der Gesellschaft gerückt werden.

Bezüglich der Versorgungssituation Sterbender in Deutschland – hier bezugnehmend auf die „Allgemeine stationäre und ambulante Palliativversorgung“, die 85-90% der Bevölkerung betrifft – gestaltet sich die Situation wie folgt:

### Krankenhaus

- die Wahrscheinlichkeit in einem Krankenhaus zu versterben liegt bei 50% (Prönneke 2018),
- mehr als 400.000 Menschen sterben jährlich in einem Krankenhaus (George et al. 2014),
- 2015 lagen 35.381 Menschen auf Palliativstationen.
- In einer Studie aus dem Jahr 2014 (George et al.) gaben 41% der befragten Ärzt\*innen und Pflegenden an, dass immer oder oft unnötig lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen würden.
- Nur 48% gaben an, dass in ihrem Arbeitsbereich grundsätzlich ein würdevolles Sterben möglich sei.
- Kein Arzt gab an, eine gute bzw. sehr gute Ausbildung für die Begleitung Sterbender zu haben.
- Im Krankenhaus sind die Einflussfaktoren auf die Sterbequalität der Patienten insbesondere: die Station, das Lebensalter des Arztes/ der Pflegefachkraft sowie die Berufsausbildung.

#### Pflegeheim (Anne-Katrin Teichmüller)

- das Pflegeheim ist nach dem Krankenhaus der Ort, an dem die meisten Menschen versterben (Schwenk 2017).
- Laut aktueller Studien (2018/ 2017) gestaltet sich die Situation von hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung im Pflegeheim in Deutschland bzw. NRW wie folgt:
  - Es sind Konzepte zur Umsetzung vorhanden, die Überführung in die Praxis ist aber unzureichend.
  - Es gibt Schwierigkeiten bei der Identifikation von Bewohner\*innen mit palliativem Versorgungsbedarf.
  - Die Erfassung und Behandlung von anderen Symptomen als physiologischen Schmerzen ist unzureichend.
  - Es ist eine Herausforderung den Bewohnerwillen zu identifizieren (Zeit/ Art der Kommunikation, Dokumentation, Ableitung geeigneter (Pflege-) Maßnahmen).
  - Es besteht ein Spannungsfeld zwischen aktivierender und palliativer Pflege.
  - Es ist nur eine geringe Anzahl von Mitarbeitenden im Bereich Palliative Care ausgebildet.
  - Es fehlen zum Teil verlässliche Kooperationsstrukturen.

An die Präsentation schließt sich eine Diskussion zur Situation der palliativen Versorgung in Dortmund an. Grundsätzlich wird die Situation in Dortmund von allen Anwesenden als gut eingeschätzt. Hin und wieder gibt es Unsicherheiten, wann der ambulante Palliativdienst gerufen werden kann.

Weiterhin wird konstatiert, dass viele Ehrenamtliche in diesem Bereich tätig sind.

Im stationären Hospiz gibt es Wartezeiten. Es herrscht Uneinigkeit darüber, ob die zur Verfügung stehenden Hospizplätze in Dortmund ausreichend sind. Es wird angemerkt, dass die Entscheidung für die Überweisung eines Patienten in ein Hospiz immer recht spät getroffen wird.

In der Gesellschaft herrscht die Meinung vor, dass Sterbebegleitung nur im Hospiz stattfinden kann. Es ist oftmals nicht bekannt, dass diese auch im Pflegeheim oder ambulant möglich ist.

Die Darstellung aus der Präsentation, dass es oftmals schwierig ist zu entscheiden, wann ein Mensch palliativ versorgt werden muss, wird in der Diskussion bestätigt. Dies ist besonders dann zutreffend, wenn der betreffende Patient keine onkologische Erkrankung hat. Hier gibt es auch immer wieder Probleme mit den Krankenkassen, die bei Patienten, die keine onkologische Erkrankung haben, keine palliative Behandlung bezahlen.

### 3) Neue Versorgungsstrukturen für eine alte Frage: Rehabilitation vor Pflege im Praxistest (Prof. Dr. Christoph Strünck)

Herr Strünck geht in seinem Vortrag auf eine Problematik ein, die im deutschen Gesundheitssystem bereits länger bekannt ist. Obwohl die geriatrische Praxis und Forschung belegen, dass Rehabilitationsmaßnahmen eine eindrucksvolle Wirkung zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit haben, ist der Zugang zu Reha-Maßnahmen für viele Patienten nach wie vor schwierig. Bezüglich der Gründe herrscht Uneinigkeit, genau so wie über das grundlegende Konzept „Rehabilitation vor Pflege“.

Die Probleme in der Praxis macht Herr Strünck anhand von zwei Artikeln aus dem Deutschen Ärzteblatt deutlich:

1. [Eingeschränkter Zugang der Betroffenen](#) – in dem Artikel wird darauf verwiesen, dass im Jahr 2015 rund 30.000 pflegebedürftigen Patienten durch den MDK eine Rehabilitation empfohlen worden ist. Lediglich 1.700 dieser Patienten erhielten eine Empfehlung für einen stationären Aufenthalt. In dem Artikel fordert der damalige Gesundheitsminister Gröhe ein besseres Zusammenspiel der verschiedenen Sektoren, um den Patienten den Zugang zu Reha-Leistungen zu erleichtern. Gleichzeitig negiert die Leiterin der Abteilung Gesundheit des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Monika Kücking, Versäumnisse der Kostenträger "Angesichts der verschiedenen Möglichkeiten sehe ich keine Probleme beim Zugang". Die GKV würde ihren Auftrag als Rehaträger ernst nehmen und diesen auch erfüllen. „Einstellungsbarrieren“, so vermutete sie, „gibt es eher bei den Betroffenen und Ärzten“.

2. [Mangelnde Vernetzung und Nachhaltigkeit](#) – in dem zweiten Artikel (2017) wird besonders darauf hingewiesen, dass AOK-Chef Martin Litsch in Bezug auf die Schnittstelle Reha/Pflege dazu rät, sich diese genau anzuschauen und dann neu zu justieren: „Die pauschale Kritik, dass die GKV Reha bei Pflegebedürftigen nicht ausreichend fördert, da sie vom Erfolg nicht profitiert, greift bei genauerer Betrachtung nicht.“ Der Grund für die Zurückhaltung liege woanders, ist Litsch überzeugt. So könne eine Reha bei Pflegebedürftigkeit zwar punktuell die Situation des Pflegebedürftigen verbessern. Diese Effekte seien aber häufig nicht nachhaltig, da nach Abschluss der Reha im Alltag oft „keine kontinuierliche Mobilisierung und Aktivierung der Selbsthilfefähigkeit der Pflegebedürftigen“ stattfinde. „Deshalb sollte in der Pflegeversicherung die Rechtsgrundlage für einen niedrigschwelligen Zugang zu einer aktivierend-therapeutischen Pflege geschaffen werden.“ Auf diese Weise könnten Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten die Langzeitpflege unterstützen. „Das wäre ein Ansatz, der den Betroffenen wirklich hilft.“

Zusammengefasst sind die folgenden Ursachen für die mangelnde Umsetzung ausschlaggebend: (Folie 6)

- Verschiedene Kostenträger und Anreizprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.
- Sozialrechtliche Differenzierung zwischen Grundpflege und Behandlungspflege.
- Mangelnde Multi-Professionalität und fehlende Vernetzung der Akteure.
- Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht Teil der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung mit ihrem Wunsch- und Wahlrecht.

Als Voraussetzung für neue Versorgungsstrukturen benennt Herr Strünck die folgenden Punkte:

- Langfristig: Bündelung des Leistungsrechts bei einem Kostenträger.
- Mittelfristig: Verbindliche und integrierte Assessments von Reha- und Pflegebedarfen.
- Kurz- und mittelfristig: Verbesserung der Kooperation zwischen Professionen, Leistungserbringer und Leistungsträger durch ein Care- und Case-Management.

An den Vortrag schließt sich eine Diskussion an, bspw. zur der Ansicht der Kassen (siehe Artikel Ärztezeitung), dass die vorhandenen Maßnahmen ausreichend sind. Ein großes Problem in den Krankenhäusern ist die Versorgungslücke zwischen Geriatrischer Komplexbehandlung im Krankenhaus und einer Reha-Behandlung, die sich zeitlich meist nicht direkt an die Krankenhausbehandlung anschließt. Es stellt sich diesbezüglich die Frage, wer hier in der Verantwortung steht diese Lücke zu füllen.

Ebenfalls ist die Verkürzung der Verweildauer ein Problem. In der Geriatrie kann mit einer Früh-Rehabilitation begonnen werden. Häufig wird aber eine Weiterbehandlung notwendig, die im Zweifelsfall nicht finanziert wird.

Rehabilitationsleistungen werden nach wie vor nicht ausreichend vergütet, daher ist die Behandlung nicht nachhaltig.

Adressiert ist hier die politische Ebene. Case Management ist kein Allheilmittel, Care- und Case-Management können keine leistungsrechtlichen Lücken schließen.

**Das nächste Treffen findet am**

**Mittwoch, den 13.02.2019, um 15:00 Uhr  
im Elisabeth-Krankenhaus in Dortmund-Kurl,**

**statt.**

Die Themen für das kommende Treffen werden noch bekannt gegeben.

Hüttenhospital gGmbH