

Sektorenübergreifende geriatrisch-gerontopsychiatrische Rehabilitation in Pflegeheimen: SGB Reha

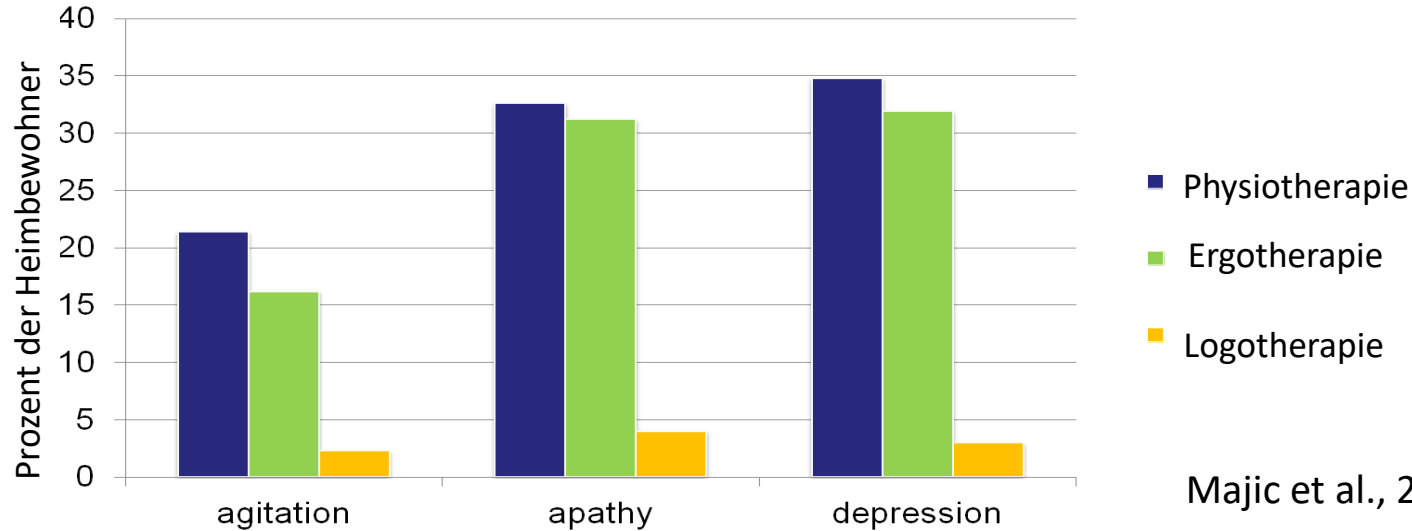
Dipl.-Psych. Andreas Häusler

Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam

Risiko dauerhafter stationärer Pflegebedürftigkeit

- Nach Krankenhausaufenthalt ist das Risiko einer dauerhaften stationären Pflegeversorgung erhöht (van den Bussche et al, 2014)
- Von älteren Patient*innen in der Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt bleiben etwa 40% dauerhaft im Pflegeheim (Kolip & Güse, 2004)

Nichtmedikamentöse Therapien im Pflegeheim: Ist-Zustand



Majic et al., 2010

Kernelemente des *Best Practice Modells* Ruhrgarten

„Konsile“ (Visite)

- Gemeinsame Fallbesprechungen
- Überprüfung der Medikation
- Gemeinsame Zielsetzung und Pflegeplanung für Bewohner
- Entwicklung eines Aktionsplans

Pflege

- Anleitung der PK durch Therapeuten zur Aktivierung der Bewohner
- Aktivierende Pflege im Pflegealltag
- Dokumentation und Bereitstellung der Informationen
- Koordination des Aktionsplans für jeden Bewohner

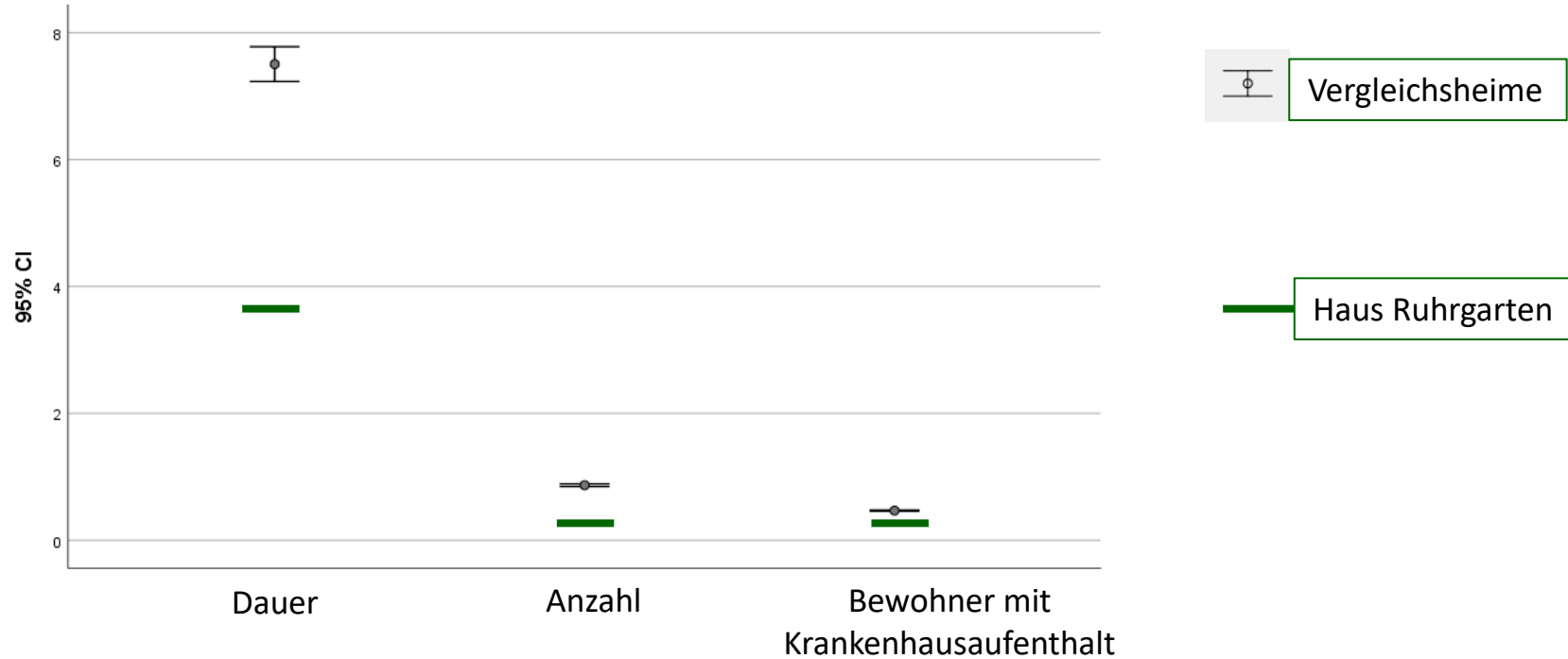
Soziale Betreuung

- Tagesaktivitäten (Musik-, Kunst-, Bewegung, Spiele)
- Gemeinschaftliche Tagesstrukturierung (z.B. Tischgemeinschaft beim Essen)

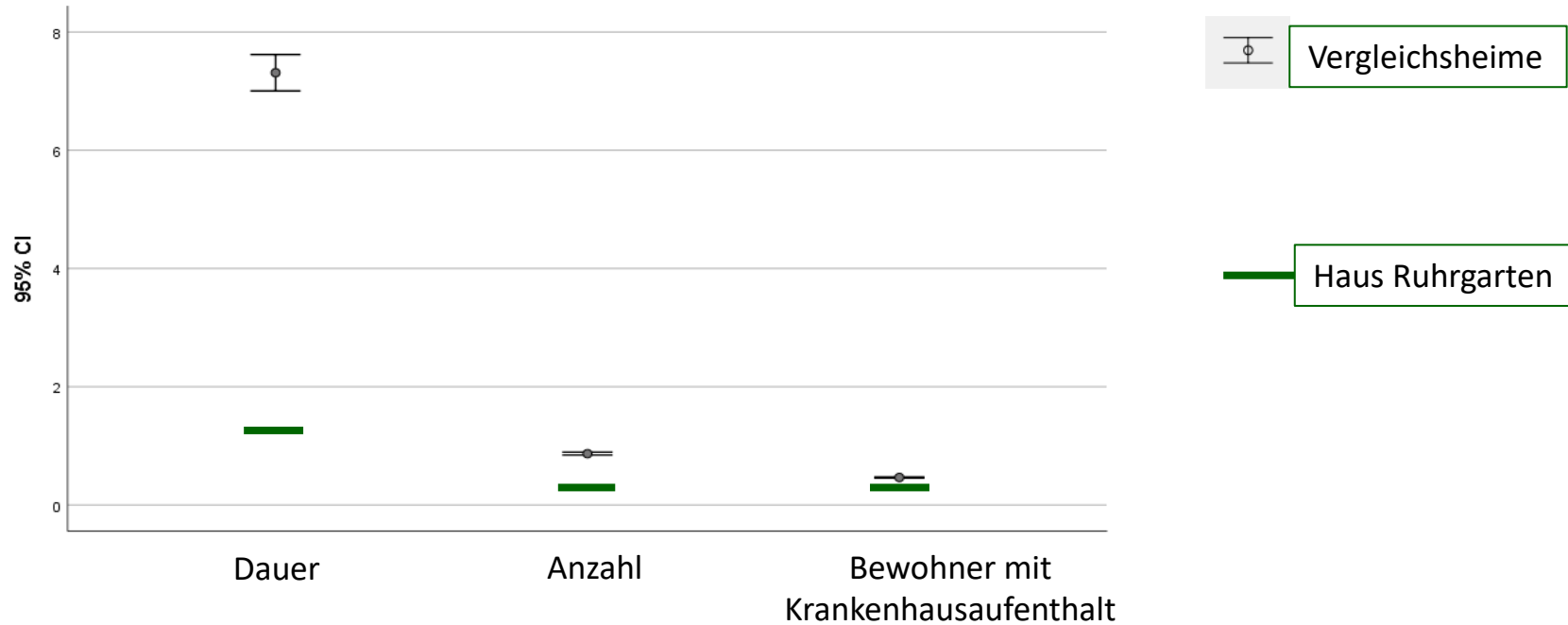
Kostenvergleich des Best Practice Modells Haus Ruhrgarten

- Haus Ruhrgarten (2017, 2018, 2019)
- 1117 Pflegeheime im KV Bezirk Nordrhein (2017, 2018, 2019)
- Krankenhausaufenthalte (Dauer, Anzahl pro Bewohner)
- Kosten pro Bewohner*in (Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel, Hilfsmittel, Fahrkosten)

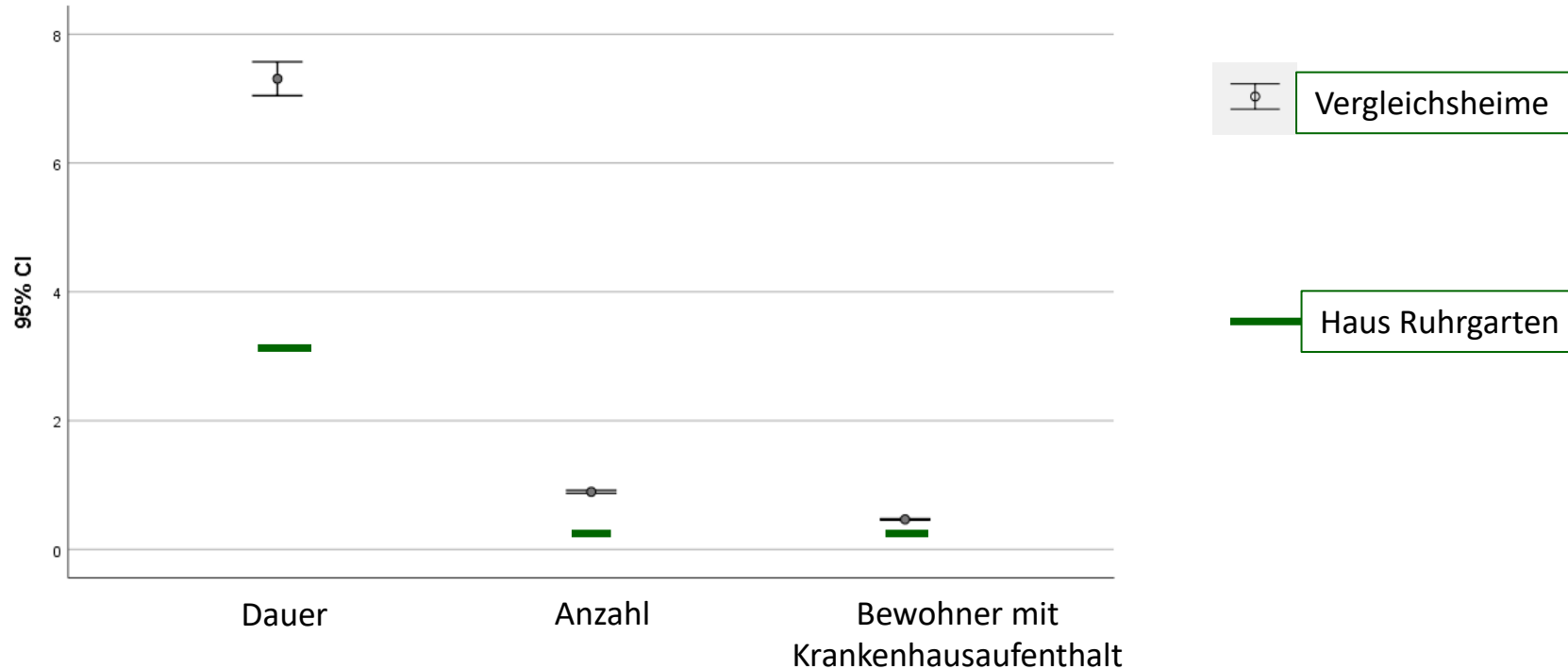
Krankenhausaufenthalte pro Bewohner*in 2017



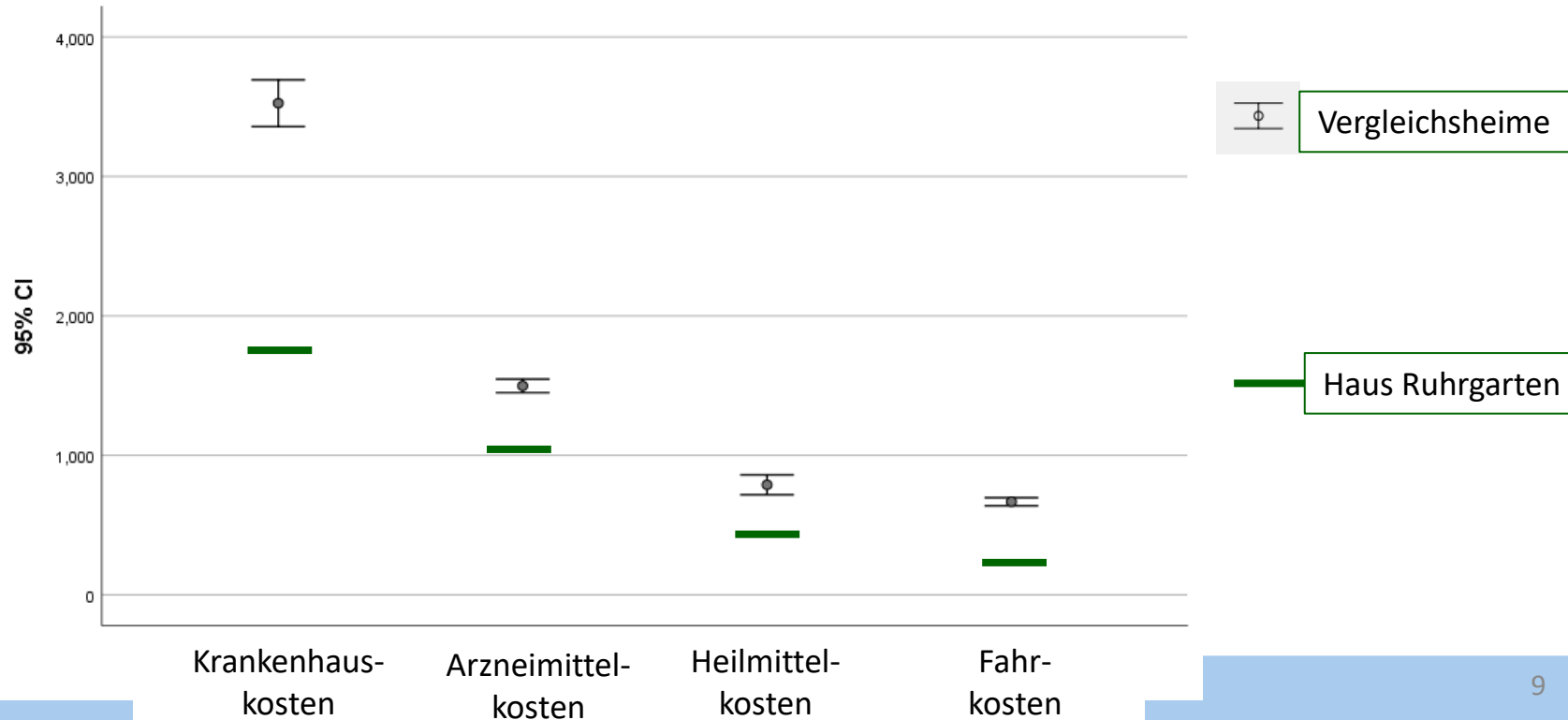
Krankenhausaufenthalte pro Bewohner*in 2018



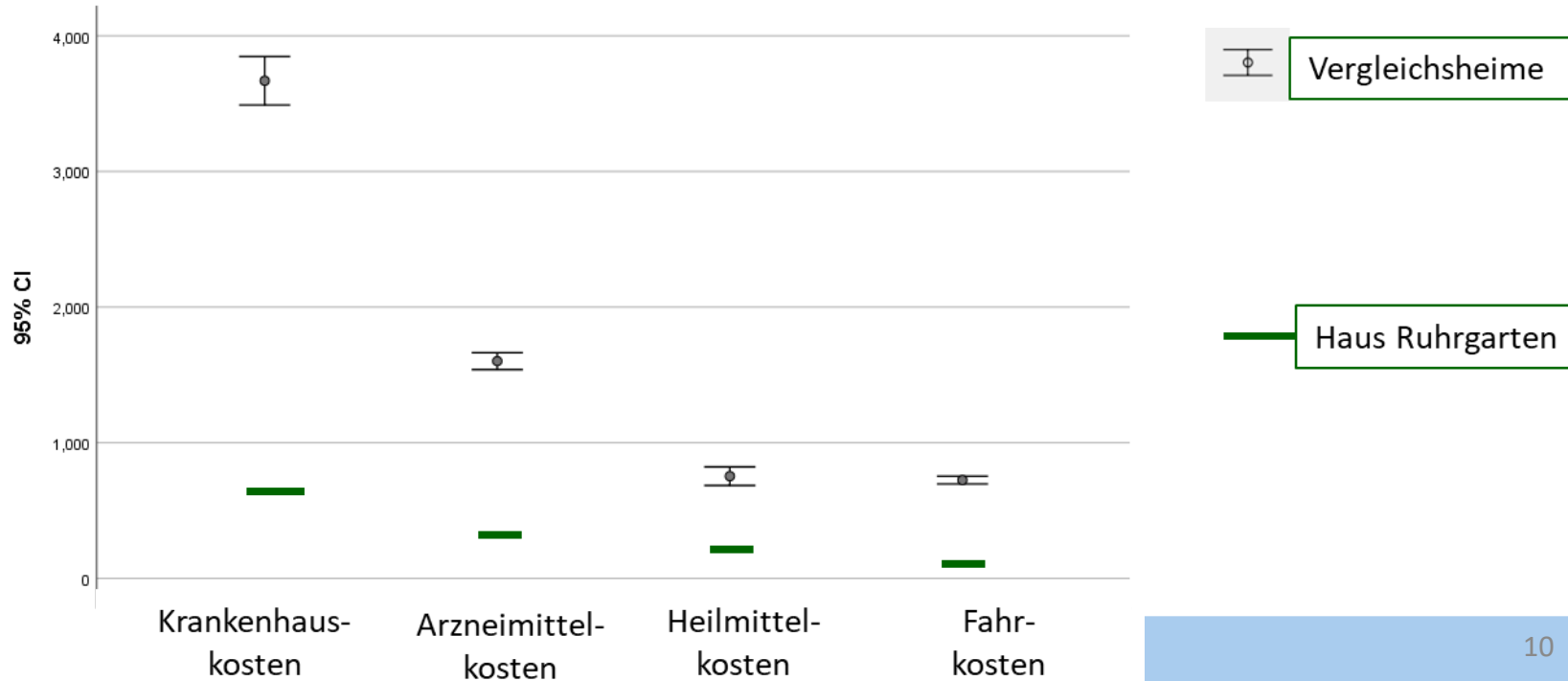
Krankenhausaufenthalte pro Bewohner*in 2019



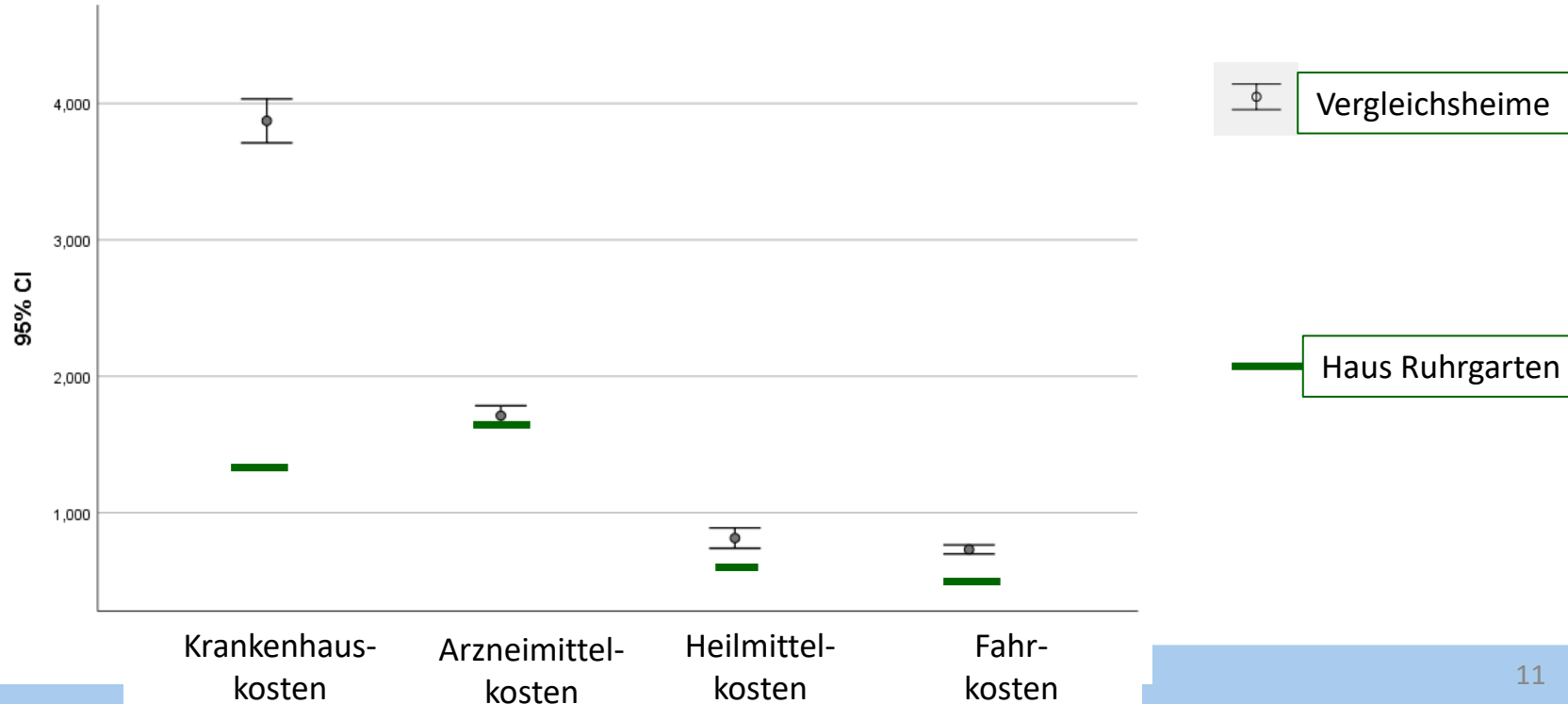
Kosten pro Bewohner*in 2017



Kosten pro Bewohner*in 2018



Kosten pro Bewohner*in 2019



Ergebnisse des Kostenvergleichs des Best Practice Modells Haus Ruhrgarten

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Multiprofessionelles
Behandler*innenteam
- Medikationsmanagement

Die Ø-Gesamtkosten je Bewohner*in liegen jährlich bei

-allen Heimen in NRW 37,0 %

-allen Heimen in Mülheim an der Ruhr 32,1 %

-strukturähnlichen Heimen 28,6 %

über den Gesamtkosten des Haus Ruhrgarten.

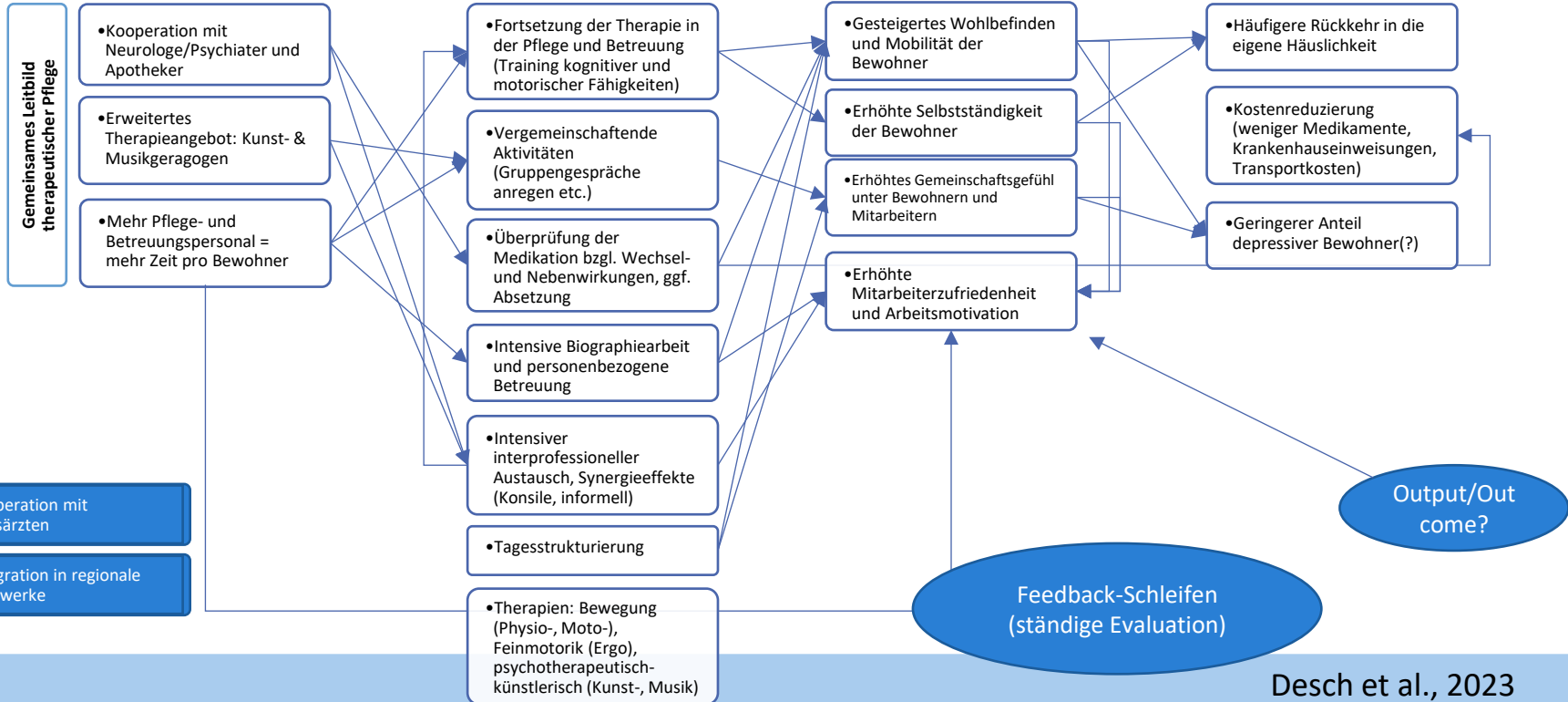
Wirkung?

Input

Aktivitäten / Prozesse

Output

Outcome



Zwischenfazit und Hypothese der Implementierungsstudie

- Rehabilitative Ansätze bei Pflegeheimbewohner*innen können Krankheitslast und -kosten senken
- Das Konzept der therapeutischen Kurzzeitpflege der ev. Altenhilfe in Mülheim an der Ruhr weist gegenüber Vergleichsheimen geringere Kosten und eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte auf
- Die rehabilitative Ansatz im Pflegeheim wird als „best practice“ Modell in 12 Einrichtungen implementiert und evaluiert

SGB-Reha: Studienziele

- Implementierung des sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Rehabilitationskonzeptes für Menschen in der stationären Altenhilfe in 12 Pflegeheimen in NRW und in Hamburg
- Verbesserung der Alltagsfertigkeiten sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Patient*innen
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal und der Lebensqualität von Angehörigen
- Reduktion von inadäquaten Pharmaka, der Anzahl an erneuten Krankenhausaufenthalten und der Behandlungskosten sowie einer erhöhten Anzahl an PatientInnen, die in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können

SGB-Reha: Studiendesign

- N=720 Pflegeheimbewohner*innen in 12 Pflegeheimen in NRW und Hamburg in einem stepped-wedge cluster-randomisierten Studiendesign mit jeweils drei Messzeitpunkten
- N=720 Angehörige der eingeschlossenen Pflegeheimbewohner*innen
- N=180 Mitarbeitende der eingeschlossenen Pflegeheime

Zusätzlich erfolgt eine qualitative Begleitstudie zur Erfassung von Implementierungsbarrieren und zur Prozess- und Ergebnisevaluation.

SGB-Reha: Zielkriterien

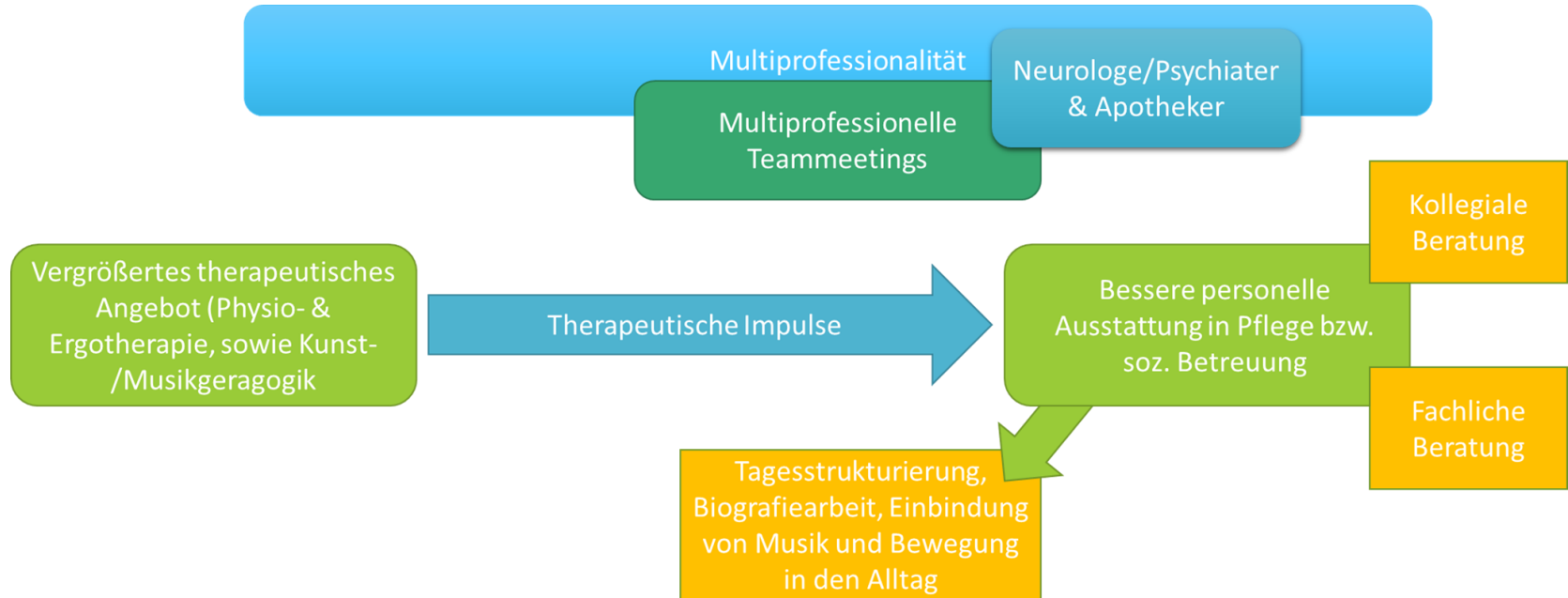
- Selbständigkeit (SINGER-Score) als primäres Zielkriterium sowie als sekundäre Zielkriterien
- Frailty (TFI)
- kognitiver Status (MoCa)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) und Lebensqualität (WHOQOL-Old)
- Feinmotorik (20-Cent-Test) und Handkraft
- und gesundheitsökonomische Kennwerte.

Bei den Angehörigen wird die Lebensqualität (WHOQOL-Bref) und bei den Mitarbeitenden die Arbeitszufriedenheit (COPSOQ) gemessen.

SGB-Reha: Ablauf Stepped-wedge Design

															Assessmentphase											
															Kontrollphase			Interventionsphasen								
															Periode 1			Periode 2			Periode 3			Periode 4		
Messzeitpunkte:															T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Quartal	Ort	N	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12												
Heim 1	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 2	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 3	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 4	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 5	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 6	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 7	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 8	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 9	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 10	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 11	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
Heim 12	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.												
N		720			180	180	180	180	180	180	180	180														

SGB-Reha: Projektbestandteile



Fazit und Ausblick

- Rehabilitative Ansätze bei Pflegeheimbewohnern können Krankheitslast und -kosten senken
- Die rehabilitative Ansatz im Pflegeheim wird als „best practice“ Modell in 12 Einrichtungen implementiert und evaluiert
- Erste Ergebnisse sind in 2025 erwartbar

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Förderung:

Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF21108 gefördert.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**