

Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit

Petra Kolip & Hans-Georg Güse

Fußnoten zum Titel

Das diesem Beitrag zugrunde liegende Projekt „Untersuchung zur Strukturveränderung der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach dem PflegeVG unter besonderer Berücksichtigung der KZP nach Krankenhausaufenthalt“ wurde vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen gefördert. Wir danken den studentischen Mitarbeiterinnen Eva Elmshäuser, Martina Leugner, Miriam Müller-Russell und Janine Pfuhl für die Datenerhebung sowie für anregende und konstruktive Anmerkungen zu diesem Beitrag.

Anschrift der AutorInnen

Prof. Dr. phil. Petra Kolip (federführend)

Universität Bremen – Fachbereich 11

Zentrum für Public Health

Postfach 330 440

D-28334 Bremen

e-mail: kolip@bips.uni-bremen.de

Dr. med. Hans-Georg Güse

Güse Mediconsult

Elsasser Str. 16

D-28211 Bremen

e-mail: info@guese-mediconsult.de

Kolummentitel: Kurzzeitpflege

Zusammenfassung

Die Kurzzeitpflege (KZP) hat sich seit 1989 als Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten etabliert, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt vorübergehender Pflege bedürfen. Seit 1996 haben sich mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes die Rahmenbedingungen der KZP verändert, insbesondere wurde sie von maximal 6 Monaten auf maximal 4 Wochen gekürzt, als Kostenträger wurde die neue Pflegeversicherung zuständig.

Der Beitrag untersucht die Rolle der KZP im Versorgungsangebot. Er versucht nachzuzeichnen, welche PatientInnen in eine KZP vermittelt werden und geht der Frage nach, welche Faktoren die Entlassung aus der KZP in die eigene Häuslichkeit oder die Überleitung in eine stationäre Dauerpflege beeinflussen.

Die Pflegedokumentationen von 325 KlientInnen aus fünf eigenständigen KZP-Einrichtungen der Stadt Bremen aus dem Jahr 2001 (etwa 50% aller poststationären KZP-Aufenthalte in Bremen) wurden mit einem standardisierten Erhebungsbogen ausgewertet. Das Durchschnittsalter der PatientInnen beträgt 82,9 Jahre, der Frauenanteil der Klientel liegt bei 80,3%. Der vorausgehende Krankenhausaufenthalt dauert durchschnittlich drei Wochen (Frauen: 20,1 Tage, Männer: 27,6 Tage). Nervenerkrankungen (insbesondere Apoplex) und Herzerkrankungen prägen das Krankheitsbild. Der überwiegende Teil der PatientInnen (39,1%) wird anschließend in ein Alten- bzw. Pflegeheim überwiesen, 36,0% der PatientInnen kehren nach Hause zurück. Einflussfaktoren auf eine Heimeinweisung sind ein vergleichsweise langer Krankenhausaufenthalt, das Vorliegen einer Nervenerkrankung sowie die Einschätzung des Klinikpersonals, dass die KZP dem „Warten auf einen Heimplatz“ dient. Die Ergebnisse belegen die hohe Bedeutung, die der KZP im Rahmen der poststationären Versorgung für bestimmte KrankenhauspatientInnen zukommt.

Schlüsselwörter

Kurzzeitpflege, Einflussfaktoren, Heimeintritt, Krankenhauserkrankung

Abstract

A special short-term care (KZP) in a nursing home is offered to patients who are not yet able to live independently after hospitalisation. It was institutionalized in 1989. But its basic conditions changed in 1996 with the new Pflegeversicherungsgesetz (nursing insurance law): the maximal stay was limited to 4 weeks and cost account turned up to the new insurance system.

The paper analyses the part KZP plays in health care maintenance. It addresses the questions which kind of patients is referred to KZP and what factors influence discharge at home vs. admission to end-term nursing homes.

325 patient's records (female: 80.3%) from 5 KZP institutions in the City of Bremen were analyzed (nearly 50% of all clients, who were formerly hospitalised). Patient's mean age was 82.9 years. Hospitalisation lasted three weeks with men staying 27.6 days and women staying 20.1 days. Nervous disorders (especially apoplexy) and cardiovascular diseases are very common. After stay in KZP 39.1% move to nursing homes, 36.0% return home. Predictors for nursing home admission are: long lasting hospitalisation, predicted need of long-term care by physicians, and nervous disorders. The results show that short term care is a useful concept in health care maintenance of patients with special diseases und complicates reconvalescence.

Key Words

short-term care, predictors, nursing home admission, hospital discharge

1. Einleitung

Die Kurzzeitpflege (KZP) ist eine zeitlich begrenzte stationäre Pflege, die seit Mitte der 70er Jahre von verschiedenen Pflegediensten angeboten wird und durch das GRG 1989 institutionalisiert wurde (BMFSFJ 1999). Die ersten Einrichtungen der KZP entstanden in Deutschland Mitte der 70-er Jahre, als temporäre, eingestreute Plätze in Dauerpflegeeinrichtungen angeboten wurden, um Angehörigen von Pflegebedürftigen durch zeitlich befristete professionelle Pflege Entlastung zu ermöglichen (Urlaubs- oder Verhinderungspflege). Mit der Verankerung der KZP im neuen Sozialgesetzbuch V im Jahr 1989 konnte die KZP darüber hinaus zu Lasten der Krankenkassen als ergänzende Leistung zur Rehabilitation (§ 43,2 SGB V) oder zur Verkürzung bzw. Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (§ 37 SGB V, Fassung von 1989) verordnet werden. In der Folge etablierten sich zahlreiche Einrichtungen, die sich auf Kurzzeitpflege spezialisierten – entweder als Solitäreinrichtungen, in Verbindung mit einer vollstationären Einrichtung („eingestreute Betten“), mit nicht voll-stationären Diensten oder im Verbund mit Betreutem Wohnen – und eine wichtige Funktion in der nachstationären Behandlung übernahmen (BMFSFJ 1999, Gennrich 1997, Just et al. 1999). Die Kurzzeitpflege schloss damit eine Versorgungslücke zwischen häuslicher Versorgung und Heimunterbringung bei solchen Personen, die vorübergehend eine Unterstützung brauchen, die zu Hause nicht gewährleistet ist. Die KZP hat die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten bzw. verlorene Fähigkeiten soweit wie möglich zurück zu gewinnen (Dalichau et al. 2000).

Am 1.1.1995 trat das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG) in Kraft und die vorgenannten Paragraphen des SGB V wurden in das neue SGB XI überführt. Damit verschoben sich bis zum heutigen Tag die Voraussetzungen für Leistungsgewährung, Finanzierung und Ausmaß der Leistungen der KZP erheblich (Gennrich 1997):

- Die KZP wurde zeitlich auf maximal 4 Wochen limitiert.
- Die Finanzierung änderte sich: Primärer Kostenträger wurde die zuständige Pflegekasse, die sich mit einem Höchstbetrag von 2800 DM für vier Wochen an der KZP beteiligte (jetzt: 1432 €). Die Pflegeversicherung kam nur für die Pflegeleistung auf, den Rest

(Unterkunft und Verpflegung und ggfs. anteilig Investitionskosten) hatte der/die Klient/in (bzw. das Sozialamt) zu tragen.¹

- Die Gewährung der KZP wurde grundsätzlich an eine individuelle Genehmigung und an das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit geknüpft, die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK) geprüft wird.

Im § 14 SGB XI ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert. Dazu gehört u.a, dass „die Krankheit oder Behinderung ... auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße“ besteht. Damit konnte – zumindest nach dem Wortlaut des Gesetzes – nicht mehr jede/r KrankenhauspatientIn in die KZP vermittelt werden.

In der Summe verringerte sich für KrankenhauspatientInnen die Möglichkeit, eine KZP in Anspruch zu nehmen oder sie über 4 Wochen hinaus fort zu führen. Damit stellt sich die Frage, ob es unter den gegebenen Rahmenbedingungen überhaupt noch möglich war und ist, das Rehabilitationspotenzial von Patientinnen und Patienten nach einer stationären Krankenhausbehandlung abzustecken und zu fördern. Nach einer Erhebung von Siegl (1996) für das Land Bremen fanden 1995 57% der KlientInnen der KZP ihren Zugang über einen Krankenhausaufenthalt. Sowohl von Seiten der Anbieter der Kurzzeitpflege als auch von den Kostenträgern wurde vielfach die Befürchtung geäußert, dass die KZP einen Funktionswandel durchlebt und nach Einführung des PflegeVG nur noch zur Überbrückung genutzt wird, bis ein Heimplatz gefunden ist (z.B. Schmidt, 2000).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welcher Stellenwert der KZP nach einem stationären Krankenhausaufenthalt zukommt, welche PatientInnen dorthin vermittelt werden und wie gut es gelingt, sie nach einer KZP in die eigene Häuslichkeit zu entlassen. Im Folgenden wird diese Fragestellung exemplarisch für die Stadt Bremen untersucht. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Frage, welche Faktoren eine Entlassung in die eigene Häuslichkeit befördern bzw. verhindern. Im Fokus stehen hier soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht), Erkrankungen, die zu einem Krankenhausaufenthalt geführt haben sowie die Einschätzungen des Krankenhauspersonals und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (als Kontrollinstitution der Kostenträger) zu potenziellen Gründen für eine Überleitung in die stationäre Dauerpflege.

¹ Das unterscheidet die KZP von der klinischen Geriatrie, für deren Leistungen die Krankenversicherung aufkommt und für die lediglich die übliche Selbstkostenpauschale für stationäre Maßnahmen zu entrichten ist.

2. Methode

In fünf Bremer KZP-Pflegeeinrichtungen wurde für das Jahr 2001 eine Dokumentenanalyse (Auswertung der Pflegedokumentation) der Fälle durchgeführt, deren KZP ein Krankenhausaufenthalt voraus ging. Die Einrichtungen liegen über das Stadtgebiet verstreut, werden von drei verschiedenen Trägern unterhalten und bieten insgesamt 48 KZP-Pflegeplätze an (entspricht 53% aller KZP-Plätze). Im Jahr 2001 wurden 614 KZP-Fälle in diese Einrichtungen aufgenommen, 325 Fällen (53%) ging ein Krankenhausaufenthalt voraus.²

Für die Auswertung der Akten wurde ein Analysebogen entwickelt, mit dem die Daten aus der Pflegedokumentation anonymisiert erfasst wurden. Dieser enthielt u.a. folgende Informationen:³

- Soziodemografische Merkmale: Geburtsjahrgang, Geschlecht
- Verweildauer in der KZP (Aufnahme- und Entlasstag als zwei Tage berechnet)
- Dauer des vorausgegangenen Aufenthaltes im Krankenhaus (Aufnahme- und Entlasstag als einTag berechnet)
- Pflegestufe
- Anlass des Aufenthaltes in der KZP (Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt. Abklärung der weiteren Therapie, Warten auf Heimplatz)
- Hinderungsgründe für eine unmittelbare poststationäre Entlassung nach Hause (nach Einschätzung des MdK): Fehlen einer Pflegeperson, drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson, drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung, Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen, räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich (Mehrfachangaben waren möglich)

² In diese und die folgenden Berechnungen gehen die Fälle ein, die in 2001 in die KZP aufgenommen wurden, selbst wenn die Entlassung erst im Folgejahr erfolgte. Wurde eine Person aus der KZP entlassen und im gleichen Jahr erneut nach einem Krankenhausaufenthalt in die KZP überwiesen, so wurden beide Aufenthalte als getrennte Fälle behandelt. Auch die Unterbrechung eines KZP-Aufenthaltes durch einen Krankenhausaufenthalt wurde – bei einer Unterbrechung von mindestens 24 Stunden – als zwei Fälle gewertet.

³ Leider waren die Pflegedokumentationen von sehr unterschiedlicher Qualität, so dass auf einige Informationen, z.B. zum Familienstand bzw. zum Zusammenleben mit einer erwachsenen Person, verzichtet werden musste, obwohl gerade die Lebens- und Wohnsituation für die Entscheidung für einen Heimeintritt bedeutsam ist (Klein 1998, Freedman 1996, Mayer & Baltes 1996).

- **Diagnose:** Alle im Arztbrief aufgeführten Diagnosen wurden zunächst als Volltext erfasst und anschließend in Anlehnung an ICD 9 in folgende Obergruppen kategorisiert: Infektionen; Neubildungen; Endokrinopathien; Krankheiten des Blutes; Psychiatrische Erkrankungen; Nervenerkrankungen; Gefäß- und Kreislaufkrankungen allgemein; Herzerkrankungen im engeren Sinne; Krankheiten der Atmungsorgane (auch Pneumonie); Krankheiten der Verdauungsorgane; Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane; Krankheiten der Haut; chronische muskulo-skelettale Erkrankungen; Verletzungen, Vergiftungen; Zustand nach unmittelbar vorhergehender Operation; Verlust von Gliedmaßen. Auf eine Bewertung des Schweregrades der Krankheit musste wegen fehlender Standardisierung verzichtet werden.
- **Entlassung:** Schließlich wurde ermittelt, wohin die PatientInnen entlassen wurden: Rückkehr in die eigene Wohnung; Alten-/Pflegeheim; Krankenhaus allgemein; Geriatrie (inkl. Tagesklinik); Reha-Einrichtung; andere KZP; verstorben; keine Angabe.

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 11.0.

3. Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht

Der Frauenanteil der Stichprobe beträgt 80,3%, das Durchschnittsalter liegt bei 82,9 Jahren. 12,9% der Stichprobe sind unter 75 Jahre alt, 17,5 sind zwischen 75 und 79, 22,2 zwischen 80 und 84, 25,2 zwischen 85 und 89 Jahre alt und 22,2% sind 90 Jahre und älter. Die Frauen sind mit durchschnittlich 83,7 Jahren (sd=8,58) signifikant älter als die Männer (80,2 Jahre; sd=9,68; $t=2,76$; $p \leq .01$).

Vorausgehender Krankenhausaufenthalt: Dauer und Entlassdiagnosen

Der vorausgehende akutstationäre Krankenhausaufenthalt dauert durchschnittlich 21,5 Tage, mit einer Spannweite von 1 bis 136 Tagen. 11,1 % sind bis zu 7 Tage im Krankenhaus, 13,8% zwischen 8 und 14 Tagen, 14,5% zwischen 15 und 21 Tagen, 33,8% zwischen 22 und 28 Tagen, 9,5% zwischen 29 und 35 Tagen, 5,8% zwischen 36 und 42 Tagen. In 15,4% der Fälle dauert der vorausgehende Krankenhausaufenthalt länger als sechs Wochen. Der Krankenhausaufenthalt dauert bei Männern mit 27,6 Tagen (sd=21,35) signifikant länger als bei Frauen (20,1 Tage, sd=15,22, $t=2,64$, $p \leq .01$).

Die Zahl der in den Arztbriefen angegebenen Diagnosen schwankt zwischen 1 und 7 Diagnosen; durchschnittlich werden 3,4 Krankheiten angegeben, ohne dass sich die Geschlechter in dieser Hinsicht unterscheiden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Diagnosen nach Geschlecht.

hier etwa Tabelle 1 einfügen

Besonders häufig sind Nervenerkrankungen (inkl. Parkinson, Nervenschädigungen und Apoplex), von denen knapp die Hälfte der PatientInnen betroffen sind (49,5%), Herzkrankheiten im engeren Sinne (47,4%) sowie Gefäß- und Kreislaufkrankungen (36,0%). Auch Verletzungen und Vergiftungen (28,0%), Endokrinopathien (26,8%), chronische Muskel- und Skeletterkrankungen (22,8%) sowie Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (20,9%) weisen in dieser Klientel Prävalenzraten über 20% auf. Während Männer signifikant häufiger unter Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane leiden, sind Frauen signifikant häufiger von Verletzungen und Vergiftungen sowie Gefäß- und Kreislaufkrankungen betroffen.

KZP: Anlass, Pflegestufe und Verweildauer

Hauptanlass für den KZP-Aufenthalt sind laut MdK-Bericht die „Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt“ (46,8%). Diesem folgen die „Abklärung der weiteren Therapie“ (35,4%) und das „Warten auf einen Heimplatz“ (34,8%). Männer und Frauen unterscheiden sich bei keinem dieser Anlässe signifikant voneinander.

Obwohl eine Aufnahme in die KZP nach Einführung des PflegeVG nur dann erfolgen kann, wenn die aufzunehmende Person in eine Pflegestufe eingestuft ist, trifft dies auf 54,2% der Fälle nicht zu.⁴ Nur 24,9% sind in Stufe 1, 19,4% in Stufe 2 und nur 1,5% in Stufe 3 eingruppiert. Auch hier finden sich keine Geschlechtsunterschiede.

⁴ Dieser Befund spiegelt die „Bremer Regelung“ im Umgang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen wider. Diese sehen zwar grundsätzlich vor, dass kurz nach einer Einweisung ins Krankenhaus bereits entschieden werden muss, ob für die nächsten sechs Monate Pflegebedürftigkeit besteht; damit muss der MdK bereits unmittelbar nach der Aufnahme eines Patienten bzw. einer Patientin zur Begutachtung bestellt werden. Mit Billigung bzw. Unterstützung der Kostenträger hat sich aber in Bremen ein pragmatisches „Eilverfahren“ durchgesetzt: Sobald die Sozialdienste einen KZP-Platz gefunden haben, stellen sie einen Antrag an den MdK,

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der KZP beträgt 26,1 Tage, mit einer Spannweite von 1 bis 138 Tagen. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht. 11,1% bleiben bis zu 7 Tage in der KZP, bei 28,3% beträgt die Aufenthaltsdauer zwischen 8 und 14 Tagen, bei 23,4% zwischen 15 und 21 Tagen, bei 16,0% zwischen 22 und 28 Tagen. Immerhin 18,2% bleiben zwischen 29 und 56 Tagen in der KZP, und bei 3% ist der Aufenthalt sogar noch länger. Für diese Fälle gilt eine individuelle Beantragung und Genehmigung durch die Kostenträger und den MdK.

Entlassung: Entlassort und Hinderungsgründe für eine Entlassung in die eigene Häuslichkeit aus der Sicht des MdK

Die Mehrheit der PatientInnen (39,1%) wird nach dem KZP-Aufenthalt in ein Pflege- oder Altenheim überwiesen, allerdings ist der Anteil derjenigen, die in die eigene Wohnung zurückkehren, mit 36,0% nur unwesentlich geringer. 10,2% der PatientInnen versterben in der KZP, 12,0% werden wieder ins Krankenhaus überwiesen. Mit 1,8% ist der Anteil derer, die in eine klinische Geriatrie überwiesen werden, ausgesprochen gering. Jeweils eine Person (0,3%) wird in die Rehabilitation oder in eine andere KZP-Einrichtung überwiesen, in einem Fall ist der Entlassort nicht zu ermitteln. Es finden sich keine systematischen Variationen mit dem Geschlecht.

In den MdK-Anträgen finden sich mögliche (prognostische) Gründe, weshalb eine Überleitung in eine stationäre Dauerpflege nach dem KZP-Aufenthalt möglich werden könnte. An erster Stelle wird das „Fehlen einer Pflegeperson“ genannt (40,1%), während die „drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson“ (11,7%), die „drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung“ (7,4%), „Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen“ (4,3%) oder die „räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich“ (1,9%) eine untergeordnete Rolle spielen. Für die „Überforderung der Pflegeperson“ lässt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied ausmachen: Während dieser Grund bei 8,5% der weiblichen KZP-Gäste angegeben wird, findet er sich bei 25,0% der Männer ($\chi^2=13,57$, $df=1$, $p\leq 0,001$).

Einflussfaktoren auf die Rückkehr nach Hause

der den Antrag individuell begutachtet und ggfs. genehmigt. Eine Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit wird dann ggfs. nach Beginn der KZP eingeleitet.

Abschließend sollte geprüft werden, welche Faktoren dazu beitragen, dass PatientInnen aus der Kurzzeitpflege in die eigene Häuslichkeit entlassen werden. Betrachtet werden dabei im Folgenden lediglich die Fälle, die entweder nach Hause entlassen (n=117) oder ins Pflegeheim überwiesen werden (n=127). In die logistische Regression wurden die folgenden Variablen einbezogen:

- Alter und Geschlecht als soziodemografische Variablen,
- Dauer des vorausgehenden Krankenhausaufenthaltes in Tagen,
- Anzahl der Krankheiten,
- Vorliegen einer Nervenerkrankung oder einer Verletzung/Vergiftung⁵,
- Dauer des KZP-Aufenthaltes in Tagen,
- Vorliegen einer Pflegestufe (dichotomisiert),
- Anlässe für die Überweisung in die KZP,
- Gründe, die für eine Überleitung in stationäre Dauerpflege sprechen.

hier etwa Tabelle 2 einfügen

Tabelle 2 gibt einen Überblick, wie sich diese Variablen in den beiden Gruppen verteilen.

Sämtliche Variablen wurden gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse (vgl. Tab. 3) zeigen, dass lediglich drei Variablen einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Entlassortes zu leisten vermögen:

- das „Warten auf einen Heimplatz“ als Anlass für die KZP: bei Personen, die aus der KZP nach Hause entlassen werden, wird signifikant seltener angegeben, dass der Anlass für die KZP das Warten auf einen Heimplatz ist (9,4% vs. 63,8%);
- die Dauer des vorherigen Krankenhausaufenthaltes: der Krankenhausaufenthalt ist bei denjenigen, die nach Hause entlassen werden, etwa eine Woche kürzer (durchschnittlich 17,8 vs. 24,6 Tage);
- das Vorliegen einer Nervenerkrankung: bei Personen, die aus der KZP nach Hause entlassen werden, war seltener ein neurologisches Ereignis der Anlass für den vorausgehenden Krankenhausaufenthalt vor (11,4 vs. 24,1%).

⁵ Diese beiden Diagnosen wurden gesondert benannt, weil Schlaganfälle und Knochenbrüche bei Älteren als besonders bedeutsame Anlässe für eine KZP bekannt sind.

Die Einschätzung des MdK, dass das Fehlen einer Pflegeperson ein möglicher Grund für die Überleitung in eine stationäre Dauerpflege sein könnte, verfehlt die Signifikanzgrenze nur knapp.

hier etwa Tabelle 3 einfügen

4. Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Durchschnittsalter der Klientel der KZP-Einrichtungen mit knapp 83 Jahren erwartungsgemäß hoch ist, wie auch der Frauenanteil mit über 80% den Erwartungen entspricht. Die Daten belegen mit durchschnittlich 3,4 Erkrankungen eine hohe Multimorbiditätsrate, die die Rekonvaleszenzzeit von Patientinnen und Patienten grundsätzlich erhöht. Besonders häufig sind typische Alterserkrankungen wie Herzerkrankungen und Nervenerkrankungen (degenerative Erkrankungen und Apoplex), Gefäßerkrankungen, Verletzungen (in der Regel sturzbedingt), Endokrinopathien und chronische Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Bei 15% der Patientinnen wird eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert.

Erstaunlich ist der hohe Anteil an PatientInnen, der bei Aufnahme in die KZP nicht als pflegebedürftig i. S. des SGB XI eingestuft ist, aber dennoch eine (pflegerische) Nachsorge und Betreuung vor Entlassung in die eigene Häuslichkeit benötigt. Es besteht somit kein Zweifel, dass die KZP eine wichtige Funktion in der Kette der nachstationären Regelversorgung einnimmt.

Hintergrund für die vorliegende Untersuchung war aber nicht nur die Frage, in welchem Ausmaß die KZP in die Versorgungskette einbezogen wird, sondern ob sie auch in dem Sinn erfolgreich ist, dass sie zur endgültigen Entlassung der KlientInnen in die eigene Häuslichkeit beiträgt. Hierzu ist Folgendes festzustellen:

1. Die KZP vermag sich als Versorgungsangebot im Übergang zwischen einem stationären Krankenhausaufenthalt und einer Entlassung nach Hause durchaus zu bewähren, denn über ein Drittel der PatientInnen kehrt nach der KZP in die eigene Häuslichkeit zurück. Dieser Anteil hat sich gegenüber 1995 sogar vergrößert, was angesichts der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen mit der Verkürzung der Aufenthaltsdauer von maximal 6 Monaten auf 4

Wochen und der höheren durchschnittlichen Krankheitsschwere der PatientInnen erstaunt (Kolip et al. 2002). Es ist damit zu rechnen, dass mit der Umstellung der Krankenhausvergütung auf DRGs und einer weiteren Verkürzung der Verweildauer die KZP vermehrt in Anspruch genommen wird und sich damit sowohl das Spektrum der Diagnosen als auch die Erfolgsquote verändern werden (vgl. Loos 2001, Lübke 2001, Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001).

2. Als Einflussfaktoren für die Entlassung aus der KZP in die Häuslichkeit oder in die Langzeitpflege konnten drei Variablen identifiziert werden.

a. Von herausragender Bedeutung ist die Einschätzung des Krankenhauses: Bei 64% der PatientInnen, die aus der KZP in die Langzeitpflege entlassen werden, hat bereits das Krankenhaus eine solche Prognose gestellt. (Wie weit dies im Sinne einer self-fulfilling-prophecy gilt, indem sich die Bemühungen der KZP auf diese Prognose einstellen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.) Bemerkenswert ist jedoch, dass im Gegensatz zu dieser Prognose immerhin 10% der PatientInnen aus der KZP nach Hause zurückkehren, bei denen das Krankenhaus eine Langzeitpflege (z.B. „Warten auf einen Heimplatz“) angekündigt hat. Die KZP kann also durchaus eigenständig die „Karriere“ der PatientInnen beeinflussen bzw. eine entsprechend verlängerte Rekonvaleszenzzeit kann die Ressourcen der PatientInnen mobilisieren.

b. Die Dauer der vorhergehenden Hospitalisierung ist als Prognosefaktor für eine spätere Langzeitpflege nicht verwunderlich, denn man kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass die Länge des Krankenhausaufenthalts mit der Krankheitsschwere korreliert. Die KZP ist demnach für eine spezielle Gruppe von KrankenhauspatientInnen besonders hilfreich.

c. KlientInnen mit einer Nervenerkrankung gehen nach dem KZP-Aufenthalt signifikant häufiger in die Langzeitpflege. Dies gibt Anlass zur Frage, ob PatientInnen mit schweren Erkrankungen des ZNS in der KZP sinnvoll untergebracht sind. In vielen dieser Fälle wird die KZP als reine Pflegeinstitution oder „Wartehalle“ im Übergang zur Langzeitpflege genutzt. Dies erscheint angesichts der hohen Pflege- und Transaktionskosten nur bedingt sinnvoll. Da aber auch aus dieser Gruppe einige KlientInnen in die eigene Häuslichkeit zurückkehren, ist

zu fragen, ob diese Personen nicht besser in eine Geriatrie mit ihrem ungleich größeren therapeutischen Spektrum überwiesen werden sollten.

3. Entgegen der landläufigen Erwartung kann die KZP nach unserer Untersuchung die Rekonvaleszenz der älteren und alten KlientInnen und deren Rückkehr in die eigene Häuslichkeit positiv beeinflussen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass einerseits die KZP mit ihrem pflegerischen Schwerpunkt nicht mit medizinisch-therapeutischen Ansprüchen überfordert wird und andererseits die Einrichtung selbst den Anforderungen entsprechend ausgestattet wird. Wenn man diese Ziele verfolgen will, muss über das Leistungsspektrum der KZP, über die Schwerpunkte der KZP, evtl. auch über eine Spezialisierung bestimmter Einrichtungen (z.B. poststationäre Fraktur-, Dekubitus-, Infektions-, Herzinsuffizienzbehandlung), über die Abgrenzung zur mehr aktivierenden Geriatrie und Rehabilitation nachgedacht werden sowie über eine gezieltere Indikationsstellung der Überweisung in diese Einrichtungen.

4. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass es durchaus sinnvoll erscheint, die KZP grundsätzlich auch für Personen zu öffnen, die (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Dies würde gesonderte, lokale und verbindliche Vereinbarungen zwischen Kostenträgern, MdK und Einrichtungen erfordern, wenn man eine stationäre Langzeitpflege gezielt vermeiden will.

5. Die Studie konnte bei der vorliegenden Untersuchungstiefe lediglich einen Eindruck über die Potenziale der KZP und deren augenblickliche Einbeziehung in die Versorgungskette vermitteln. Eine präzisere Evaluation der Erfolgs- und Misserfolgskriterien müsste sich der aufwändigen Feinanalyse der Kranken- und Pflegegeschichten bedienen.

Trotz einer grundsätzlich positiven Bilanz muss festgestellt werden, dass bei etlichen PatientInnen die poststationäre Pflege- und Behandlungszeit (noch) nicht im Sinne einer Erhöhung der Selbständigkeit und Pflegeunabhängigkeit genutzt wird oder genutzt werden kann und dass die KZP allzu häufig als letzte Möglichkeit fungiert, PatientInnen nach einem Krankenhausaufenthalt unter einigermaßen sicheren äußeren Bedingungen weiter zu betreuen. Die Untersuchung sollte darauf hinweisen, dass es vor allem vor Hintergrund der steigenden Multimorbidität der Krankenhauspatienten überaus sinnvoll erscheint, die vorhandenen Potenziale der KZP weiter zu entwickeln.

Literatur

Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E (2001) Ambulante geriatrische Rehabilitation - Standortbestimmung und Perspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: S21-29

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Gründungs- und Existenzberatung für Einrichtungen der Kurzzeitpflege in der BRD. Stuttgart: Kohlhammer

Dalichau G, Grüner H, Müller-Alten L (2000) SGB XI - Pflegeversicherung : Kommentar und Rechtssammlung. CD-ROM. Starnberg: R.S. Schulz

Freedman VA (1996) Family structure and the risk of nursing home admission. Journal of Gerontology: Social Sciences 51B (2): 61-69

Gennrich R (1997) Kurzzeitpflege nach Einführung der Pflegeversicherung. KDA Denkschrift vom August 1997, www.kda.de/sowi/Kupf

Just A, Acquaviti S, Ihrig-Schoeneck S, Rebscher U, Schneider I (1999). Die aktuelle Situation der Kurzzeitpflege. Pflege aktuell 2: 103-105

Klein T (1998) Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 407-416

Kolip P, Güse HG, Elmshäuser E, Leugner M, Müller-Russel M, Pfuhl J (2002) Untersuchung zur Strukturveränderung der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege (KZP) nach dem PflegeVG unter besonderer Berücksichtigung der KZP nach Krankenhausaufenthalt. Projektbericht. Unveröffentlichtes Manuskript.

Loos S, Plate A, Dapp U, Luttje D, Meier-Baumgartner HP, Oster P, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E (2001). Geriatrische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: S61-73

Lübke N (2001). Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw. Diagnosis-related Groups (DRGs). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: S49-56

Mayer KU, Baltes PB (Hg) (1996) Die Berliner Altersstudie. Berlin

Schmidt HH (2000) Fazit nach 5 Jahren Pflegeversicherung. Unveröffentlichtes Manuskript der Senatorischen Behörde für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen

Siegl R (1996) Bestandsaufnahme der Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Lande Bremen. Ergebnisse einer Befragung im Mai und Juni 1996. Unveröffentlichtes Manuskript

Tabelle 1: Entlassdiagnosen nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

	w	m	gesamt	p
Infektionen	13,0	21,9	14,8	n.s.
Neubildungen	18,0	21,9	18,8	n.s.
Endokrinopathien	25,7	31,3	26,8	n.s.
Krankheiten des Blutes	6,5	7,8	6,8	n.s.
Psychiatrische Erkrankungen	14,6	17,2	15,1	n.s.
Nervenerkrankungen	50,2	46,9	49,5	n.s.
Gefäß- und Kreislauferkrankungen allgemein	38,7	25,0	36,0	*
Herzkrankheiten im engeren Sinne	47,9	45,3	47,4	n.s.
Krankheiten der Atmungsorgane	11,9	25,0	14,5	**
Krankheiten der Verdauungsorgane	16,1	28,1	18,5	*
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	19,9	25,0	20,9	n.s.
Krankheiten der Haut	3,4	7,8	4,3	n.s.
Chronische muskulo-skelettale Erkrankungen	24,5	15,6	22,8	n.s.
Verletzungen und Vergiftungen	30,7	17,2	28,0	*
Zustand nach Operation	16,1	18,8	16,6	n.s.
Verlust von Gliedmaßen	0,4	3,1	0,9	-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; - aufgrund zu kleiner Zellbesetzungen nicht aussagekräftig

Tabelle 2: Soziodemografische und weitere Merkmale der PatientInnen, die nach Hause oder in ein Pflegeheim entlassen wurden

	nach Hause	Pflegeheim
Durchschnittsalter	82,9 Jahre	82,9 Jahre
Frauenanteil	79,5%	78,7%
Aufenthaltsdauer Krankenhaus	17,8 Tage	24,6 Tage
Zahl der Krankheiten	3,25	3,22
Neurologisches Ereignis Anlass für Krankenhausaufenthalt - ja	11,7%	24,1%
Fraktur/Unfallchir. Ereignis Anlass für Krankenhausaufenthalt ja	35,8%	22,4%
Aufenthaltsdauer KZP	29,3 Tage	29,1 Tage
Anlass: Nachsorge nach KHS	38,5%	56,7%
Anlass: Abklärung Therapie	40,2%	26,8%
Anlass: Warten auf Heimplatz	9,4%	63,8%
Pflegestufe positiv	23,9%	23,6%
Fehlen einer Pflegeperson	29,1%	50,8%
Überforderung der Pflegeperson	10,3%	12,7%
Verwahrlosung	4,3%	10,3%
Räumliche Gegebenheiten	0,9%	3,2%

Tabelle 2: Ergebnisse der logistischen Regression zu den Einflussfaktoren auf die Entlassung nach Hause

	Regressions- koeffizient B	Wald	Sig.
Geschlecht	.363	.681	n.s.
Alter	.012	.329	n.s.
Aufenthaltsdauer Krankenhaus	.025	3.945	.047
Zahl der Krankheiten	.070	.351	n.s.
Nervenerkrankungen	.935	6.573	.010
Verletzungen und Vergiftungen	-.124	.092	n.s.
Aufenthaltsdauer KZP	-.003	.096	n.s.
Pflegeversicherung: eingestuft	.145	.176	n.s.
Anlass: Nachsorge nach Krankenhaus	.246	.282	n.s.
Anlass: Abklärung Therapie	-.179	.138	n.s.
Anlass: Warten auf Heimplatz	2.779	48.551	.000
Fehlen einer Pflegeperson	.658	3.293	.070
Überforderung einer Pflegeperson	.570	1.064	n.s.
Verwahrlosung	.429	.414	n.s.
Selbst- und Fremdgefährdung	-.867	1.134	n.s.
Räumliche Gegebenheiten	1.390	1.099	n.s.
Konstante	-3.862	3.782	.052