

**Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter  
Krankenhauspatientinnen und -patienten.**  
Eine wissenschaftliche Auswertung.



# **Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten.**

Eine wissenschaftliche Auswertung.



# Inhalt

<b>Vorwort der Ministerin</b> .....	7
<b>Einleitung</b> .....	9
<b>1. Ausgangssituation</b> .....	11
1.1 Menschen mit Demenz im Krankenhaus .....	11
1.2 Projektkontext.....	12
1.3 Die Tagesbetreuung im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke .....	14
<b>2. Aufgabenstellung und methodisches Vorgehen</b> .....	19
2.1 Fragestellungen .....	19
2.2 Vorgehen .....	19
2.3 Beteiligte Stationen.....	25
<b>3. Evaluationsergebnisse</b> .....	26
3.1 Die Tagesbetreuung im Krankenhausalltag .....	26
3.2 Charakteristika der Patientinnen und Patienten und Nutzungshäufigkeit .....	31
3.3 Entwicklung von Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen .....	45
3.4 Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen.....	54
3.5 Wirkungen: Vergleich mit anderen Studien .....	56
3.6 Einbindung des Ehrenamtes.....	63
3.7 Organisatorische Fragen .....	65
3.8 Der Nutzen der Tagesbetreuung aus der Sicht der Beteiligten.....	68
3.9 Fazit .....	71
<b>4. Kosten-Nutzen-Überlegungen</b> .....	73
4.1 Dimensionen des Nutzens der Tagesbetreuung .....	74
4.2 Die Kosten der Tagesbetreuung im GKH.....	75
4.3 Alternative Kostenstruktur eines Tagesbetreuungsan-gebotes .....	78
4.4 Möglichkeiten der Refinanzierung einer Tagesbetreuung .....	80
<b>5. Konzeptbausteine einer Tagesbetreuung für kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten</b> .....	83
5.1 Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum.....	83
5.2 Ausstattung.....	86
<b>6. Zusammenfassung</b> .....	88
<b>7. Literatur</b> .....	94
<b>8. Anhang</b> .....	98



## Vorwort der Ministerin



Es ist keine neue Erkenntnis: Unsere Gesellschaft altert in raschem Tempo. Doch was ist erforderlich, um diesen tiefgreifenden Wandel im Gesundheitswesen zu gestalten? Ich bin überzeugt: Wir müssen grundlegend umdenken, gerade in der Versorgung älterer und demenzerkrankter Patientinnen und Patienten, deren Zahl deutlich zunimmt. Wir müssen die gesundheitliche Versorgung stärker an ihren Bedarfen ausrichten und dabei auch die Angehörigen in den Blick nehmen. Das gilt besonders für den stationären Bereich. Bislang ist es oft so: Mit einem Krankenhausaufenthalt verschlechtern sich die kognitiven und physischen Fähigkeiten vieler Patientinnen und Patienten in erheblichem Maße. Die Folge: Überleitung ins Pflegeheim statt Rückkehr in die eigenen vier Wände.

Um dieser Entwicklung entgegen zu treten, hat die gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke das tagesstrukturierende Angebot „Teekesselchen“ entwickelt und erprobt. Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld hat das Projekt evaluiert. Jetzt liegen die Ergebnisse vor. Sie sind ermutigend und machen deutlich: Der Schlüssel zu einer besseren Versorgung älterer und von Demenz betroffener Patientinnen und Patienten liegt in einer intensiveren, ihren besonderen Bedürfnissen angepassten Betreuung. Sie hilft, Einbußen der kognitiven und physischen Fähigkeiten zu vermeiden und ermöglicht so eine nachweisliche Stabilisierung des Allgemeinzustands. Zudem zeigt sich, dass auch das Krankenhaus erheblich profitiert, wenn zum Beispiel Abläufe und Räume „demenzsensibel“ gestaltet werden.

Ich wünsche mir sehr, dass die Evaluationsergebnisse möglichst viele Krankenhäuser in NRW anregen, so oder ähnlich zu handeln. Denn es ist klar: Ohne ein deutliches Mehr an demenzsensibler Versorgung wird es dem stationären Bereich künftig kaum gelingen, den Anforderungen einer sich rasch wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden.

Barbara Steffens

Ministerin für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



# Einleitung

Der Krankenhausaufenthalt stellt für demenzkranke Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen eine vergleichsweise kurze, ggf. aber folgenreiche Versorgungsepisode dar. Oftmals wird der akutstationäre Aufenthalt durch ein Krankheitsereignis notwendig, das mit Veränderungen der Bedarfslagen einhergeht und dementsprechend eine Reorganisation bzw. Anpassung der Versorgung erforderlich macht. Zum Teil wird während des Krankenhausaufenthalts erstmals der Verdacht auf die Diagnose „Demenz“ ausgesprochen, was für alle Beteiligten weitreichende Fragen aufwirft und häufig erhebliche Unsicherheit schafft.

Neben der poststationären Phase verdient hierbei auch die Phase des Krankenhausaufenthalts selbst besondere Aufmerksamkeit. Schon seit langem ist bekannt, dass nicht nur die Krankheit und ggf. auch die Folgen einer belastenden Behandlung, sondern auch die allgemeinen Bedingungen der Hospitalisierung bei einem Teil der älteren Patientinnen und Patienten zu einem Verlust von Fähigkeiten und Selbstständigkeit führen (vgl. z. B. McVey et al. 1989, Applegate et al. 1990, Kosecoff et al. 1990). Besonders betroffen sind Patientinnen und Patienten, die bereits vor dem stationären Aufenthalt und unabhängig vom akuten Krankheitsereignis gesundheitliche Probleme aufweisen. Dazu gehören auch und besonders Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Bereits bestehende kognitive Beeinträchtigungen können sich infolge der Hospitalisierung erheblich verstärken und die Entwicklung hochgradiger psychischer Belastungen fördern, insbesondere in Form von Angst und depressiver Stimmung (Krešević/Mezey 1997). Die Bedingungen und Prozessabläufe im Krankenhaus, die überwiegend von an das Krankenbett gebundenen, anpassungsfähigen Patientinnen und Patienten ausgehen, bieten günstige Voraussetzungen für die Verstärkung und das Fortschreiten von Autonomieverlusten.

Einer der Ansätze, solchen Entwicklungen entgegenzuwirken, besteht in ergänzenden Betreuungsangeboten, mit denen die Phasen der Untätigkeit und Reizarmut im Krankenhaus abgekürzt und der Verlust der gewohnten Tagesstrukturen kompensiert werden.

Die Erprobung und Evaluation eines solchen Ansatzes war einer der Bausteine eines Modellvorhabens, das in den Jahren 2009 bis Anfang 2012 von der gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Das Modellvorhaben trug die Bezeichnung „Erprobung und Weiterentwicklung integrativer Handlungsansätze in der gesundheitlichen Versorgung demenzkranker älterer Menschen“ und verfolgte das Ziel, exemplarisch in einer Modellregion (Herdecke) Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben, die unter besonderer Berücksichtigung von Fragen der institutionenübergreifenden Kooperation eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung Demenzkranker ermöglichen. Die Tagesbetreuung wurde im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (GKH) erprobt.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) wurde mit der Evaluation der Tagesbetreuung beauftragt. Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse dieser Evaluation vor.



# 1. Ausgangssituation

## 1.1 Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Im Zuge der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil älterer Patientinnen und Patienten in Akutkrankenhäusern stetig zu. Da die meisten Formen der Demenz vor allem im höheren Alter auftreten, wächst dementsprechend auch der Anteil der Krankenhauspatientinnen und -patienten mit einer Demenz. Zwar fehlen repräsentative Daten, doch dürfte der Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen in den Bereichen der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin nach allem, was man weiß, in einer Größenordnung von etwa 10 bis 15 % liegen.

Nach wie vor fällt es den Akutkrankenhäusern schwer, den besonderen Problem- und Bedarfslagen dieser Patientengruppe gerecht zu werden. Die Kliniken stehen nach der Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) zunehmend unter dem Druck der Straffung ihrer Ablauforganisation. Hierbei sind sie in hohem Maße auf die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten angewiesen, vorgegebene Abläufe zu akzeptieren und ggf. eigene Bedürfnisse zurückzustellen. Diese Erwartung wäre bei Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, gänzlich verfehlt und auch unter fachlichen Gesichtspunkten kritisch zu hinterfragen. Eine fachgerechte Versorgung demenziell Erkrankter setzt umgekehrt ein anpassungsfähiges Krankenhaus voraus, insbesondere Flexibilität in der Gestaltung von Abläufen und Zeit für die individuelle psychosoziale Unterstützung.

Es gelingt im Stationsalltag jedoch noch zu selten, angemessene Antworten auf die Problem- und Bedarfslagen demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten zu finden. Sie weisen – verstärkt durch die ungewohnten Umgebungsbedingungen im Krankenhaus – häufig psychische Probleme und Verhaltensweisen auf, die sich störend auf andere Patientinnen und Patienten und die Arbeitsorganisation auswirken oder der Durchführung von Pflege und Therapie entgegenstehen. Dazu gehören neben den kognitiven Beeinträchtigungen, die die Kommunikation erheblich erschweren und eine häufigere Begleitung und Beobachtung notwendig machen, beispielsweise die Ablehnung pflegerischer und medizinischer Maßnahmen, motorische Unruhe oder sozial unangemessene Verhaltensweisen.

Hinzu kommen die eingangs angesprochenen negativen Wirkungen auf die Fähigkeiten der Betroffenen. Je länger eine durch fehlende Vertrautheit und Inaktivität gekennzeichnete Hospitalisierung andauert, umso größer wird die Gefahr eines nachhaltigen Verlustes der noch vorhandenen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, der eine zumindest kurzfristige, zum Teil aber auch langfristige vermehrte Pflegebedürftigkeit mit sich bringt (Pinkert/Holle 2012). Zum Teil handelt es sich um indirekte Folgen: Kognitive Beeinträchtigungen erhöhen auch das Risiko für Stürze mit Verletzungen oder andere Ereignisse, die sich negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken (Watkin et al. 2012).

Seit Mitte der 1980er Jahre haben die negativen Auswirkungen eines Krankenhausaufenthaltes auf die funktionellen Fähigkeiten älterer Menschen verstärkt die Aufmerksamkeit wissenschaftlicher Forschung gefunden. Funktionseinbußen, die während eines Krankenhausaufenthaltes entstehen und nicht oder nur teilweise durch das zur Aufnahme führende Ereignis erklärt werden können, werden als „nosokomiale“ oder versorgungsbedingte und damit vermeidbare Beeinträchtigungen verstanden, die die Abhängigkeit von personeller Unterstützung verstärken (Lafont et al. 2011, vgl. Banerjee/Owen 2009).

Es gibt eine Reihe von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Versorgungssituation demenzkranker Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthalts. Dazu gehören

etwa die Optimierung des Informationsflusses, Fortbildungsmaßnahmen, gerontopsychiatrische Liaisondienste mit pflegerischem Schwerpunkt oder die Einrichtung besonderer Versorgungseinheiten mit besonderer räumlicher Ausstattung und speziell qualifiziertem Personal.

Die vorliegende Studie bezieht sich auf ein zusätzliches Angebot der Gruppenbetreuung, das von den Besucherinnen und Besuchern zweimal täglich genutzt werden kann. Die Erprobung und Evaluation dieses Angebots stellt eine Teilmaßnahme des Modellprojekts „Erprobung und Weiterentwicklung integrativer Handlungsansätze in der gesundheitlichen Versorgung demenzkranker älterer Menschen“ dar<sup>1</sup>. Bevor näher auf die Konzeption der Tagesbetreuung und die Rahmenbedingungen ihrer Umsetzung eingegangen wird, soll dieses Modellprojekt im Folgenden kurz beschrieben werden.

## 1.2 Projektkontext

Das Modellprojekt „Erprobung und Weiterentwicklung integrativer Handlungsansätze in der gesundheitlichen Versorgung demenzkranker älterer Menschen“ wurde vom 1. Mai 2009 bis zum 30. April 2012 in der Region Herdecke durchgeführt. Finanziert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen, wurde das Projekt von der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) in Kooperation mit dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und der Modell Herdecke Plus AG durchgeführt. Darüber hinaus wurden weitere Einrichtungen und Personen aus der Region Herdecke in das Projekt mit einbezogen: Die Pflegeberatung der Stadt Herdecke, die Pflegeeinrichtungen des Gemeinnützigen Vereins für Sozialeinrichtungen Herdecke (GVS), die Familien- und Krankenpflege, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und die Selbsthilfekontaktstelle Witten<sup>2</sup>.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) wurde mit der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts beauftragt, die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben und damit auch gesondert finanziert wurde<sup>3</sup>. Die Begleitung beinhaltete zum einen die fachliche Unterstützung bei der internen Evaluation des Gesamtprojekts durch den Projektträger mit Übernahme einer allgemeinen Beratungsfunktion und zum anderen die externe Evaluation der Tagesbetreuung im beteiligten Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, die der eigentliche Gegenstand des vorliegenden Berichtes ist.

Vorausgegangen war das von 2005 bis 2008 durchgeführte Modellvorhaben „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ (Angerhausen 2008). Dieses Projekt wurde ebenfalls finanziert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, getragen durch die GSP und wissenschaftlich begleitet durch das IPW (vgl. Kleina/Wingenfeld 2007). Ziel dieses Projekts war es, die Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten im Krankenhaus nachhaltig zu verbessern. Dazu wurden exemplarisch in vier Krankenhäusern die bestehenden Probleme und Anforderungen bei der Versorgung dieser Patientenklientel aufgearbeitet und auf dieser Grundlage Konzepte für eine nachhaltigere und bessere Versorgung entwickelt, implementiert und evaluiert (vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege NRW 2009).

<sup>1</sup> Es handelt sich hierbei um den offiziellen Titel des Projekts. Zur besseren Darstellung in der Öffentlichkeit entwickelte der Projektträger alternativ den Titel Blickwechsel Demenz. Regional.

<sup>2</sup> Weitergehende Informationen zum Modellprojekt sind einem Bericht des Projektträgers zu entnehmen (vgl. GSP 2012a).

<sup>3</sup> Im Projektverlauf wurde die Finanzierung durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen weitergeführt.

Das aktuelle Projekt sollte die bereits bestehenden Ansätze weiterentwickeln und darüber hinaus die Integration und Vernetzung des Handelns aller an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen in der Region Herdecke verbessern. Angestrebt wurde dazu eine Zusammenarbeit von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, von Pflegediensten und -einrichtungen, der Kommune und den Angehörigen. Um dieses Ziel zu erreichen, waren mit dem Modellprojekt unterschiedliche Maßnahmen vorgesehen. Die Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Personen und Einrichtungen erfolgte über die Arbeitsgruppe Demenz der „Modell Herdecke PLUS AG“. Im Oktober 2007 gegründet, ist die Modell Herdecke PLUS AG Träger der eigenverantwortlich getragenen integrierten Versorgung in der Region in und um Herdecke. Die Modell Herdecke PLUS AG ist Nachfolger der „Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Herdecke“.

Das Modellprojekt zielte u. a. auf eine Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit, der Handlungskompetenz und der Kooperation zwischen den verschiedenen Beteiligten ab. Orientiert an dieser allgemeinen Zielsetzung wurden folgende Schwerpunkte bearbeitet:

1. Identifikation und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus.
2. Identifikation und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz in der hausärztlichen Versorgung.
3. Untersuchung der Wirksamkeit eines tagesstrukturierenden Angebotes in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus.
4. Mobilisierung und Stabilisierung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz in der nachstationären Versorgung.
5. Schaffung einer Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene, die sich mit der Thematik beschäftigt und dem Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen dienen soll, und Initiierung eines Krankenhausnetzwerkes.

Eine der ersten Projektmaßnahmen bestand in der Entwicklung des Herdecker Beratungsschecks. Mit Hilfe dieses Formulars können Menschen mit kognitiven Einbußen bei Bedarf einfacher an die Pflegeberatung der Stadt Herdecke vermittelt werden. Entwickelt wurde weiterhin eine Notfallmappe für Patientinnen und Patienten mit Orientierungsstörungen. In der Notfallmappe sollen für den Fall eines Krankenhausaufenthaltes alle benötigten Informationen auf einen Blick verfügbar sein: wichtige persönliche Daten und Rufnummern, die Liste der aktuellen Medikation, eine Übersicht über bestehende Krankheiten und Diagnosen, alle Vorsorgedokumente, einen persönlichen Informationsbogen und je nach Bedarf weitere wichtige Unterlagen (Entlassungsberichte etc.)<sup>4</sup>. Zusätzlich wurde ein Wegweiser verfasst, der Demenzerkrankte und ihre Angehörigen bei der Vorbereitung und Gestaltung eines Krankenhausaufenthaltes unterstützen soll.

Darüber hinaus wurde im Frühjahr 2010 das landesweite Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ NRW (NEDEK) gegründet. Mit Hilfe des Netzwerkes, das sich zwei Mal jährlich trifft, soll der fachliche Austausch zwischen nordrhein-westfälischen Krankenhäusern gefördert werden, die sich um eine Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten bemühen. Neben den Krankenhäusern sind auch das nordrhein-westfälische Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, die Ärztekammer Nordrhein, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Alzheimer Gesellschaft sowie wissenschaftliche Einrichtungen vertreten.

Zu einem thematischen Schwerpunkt des Projekts entwickelten sich Fragen der Medikamentenversorgung von älteren Menschen im Allgemeinen und von Menschen mit einer Demenz im Besonderen. Dazu wurde zu zwei Zeitpunkten (2009 und 2011) exemplarisch die

<sup>4</sup> Die Notfallmappe ist verfügbar unter:  
<http://www.blickwechseldemenz.de/content/e2615/e3426/e3502/Notfallmappe.pdf>.

Medikation einer Gelegenheitsstichprobe überprüft und analysiert. Die Erhebungen fanden im Gemeinschaftskrankenhaus, in der ortsansässigen stationären Pflegeeinrichtung sowie bei ambulant versorgten Patientinnen und Patienten statt. Die Medikamentenpläne wurden von Pharmakologinnen und -logen ausgewertet und analysiert. Nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse wurden Maßnahmen zu einer adäquateren Medikamentenversorgung initiiert, deren Wirkungen im Rahmen der Zweitbefragung überprüft wurden.

Die Projektmaßnahmen im beteiligten Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke umfassten unterschiedlichste Ansätze. Einen Schwerpunkt bildete die Weiterentwicklung eines Angebotes der Tagesbetreuung, das für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einbußen vorgesehen ist. Dieses Angebot wird im folgenden Abschnitt näher vorgestellt.

Darüber hinaus wurde die krankenhausinterne EDV-gestützte Dokumentation um eine Information über Orientierungsstörungen ergänzt. Für alle Beteiligten (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Funktionsabteilungen) ist nunmehr erkennbar, ob ein Mensch Orientierungsstörungen aufweist und somit möglicherweise unter einer Demenz leidet. Weiterhin wurde eine interne Leitlinie zur Nutzung von Armbändern für die betroffenen Patientinnen und Patienten eingeführt, die allen Beteiligten helfen soll, besonderen Unterstützungsbedarf auch dann zu erkennen, wenn sie mit den Betroffenen bislang noch keinen Kontakt hatten.

### **1.3 Die Tagesbetreuung im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke<sup>5</sup>**

Mit dem bereits erwähnten Vorgänger-Projekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ wurde im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke erstmals ein tagesstrukturierendes Angebot für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz geschaffen. Aufgrund der überwiegend positiven Erfahrungen mit diesem Angebot wurde beschlossen, die Tagesbetreuung im aktuellen Projekt weiterzuführen und weiterzuentwickeln. Dazu wurden u. a. die konzeptionellen Grundlagen der Tagesbetreuung überarbeitet. Zusätzlich sollte der Nutzen des Angebotes für alle Beteiligten wissenschaftlich überprüft und die Frage beantwortet werden, ob ein flächendeckender Einsatz eines solchen Angebotes in Akutkrankenhäusern empfehlenswert ist.

Das neue Angebot der Tagesbetreuung hat Anfang 2012 den vdek-Zukunftspreis 2011 erhalten. Unter dem Motto „Unterstützen – Zuwenden – Helfen“ verlieh der Verband der Ersatzkassen diesen Zukunftspreis für Versorgungsideen und -konzepte in den Bereichen Gesundheit und Pflege, im Rahmen derer professionelle Versorgungsangebote durch ehrenamtliches Engagement unterstützt bzw. ergänzt wurden. Die Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeit in einer alternden Gesellschaft sollte so hervorgehoben und die ausgezeichneten Projekte als Vorbilder für die Integration ehrenamtlichen Engagements ausgewählt werden. Das Teekesselchen wurde als eines von drei Projekten ausgezeichnet, wobei in diesem Fall die vorbildliche Verzahnung zwischen den haupt- und den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die zum Teil bereits seit Jahren eigenständig bei der Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke mitwirken, ausschlaggebend war.

<sup>5</sup> Die Darstellung erfolgt in Anlehnung an eine ausführlichere Konzeptbeschreibung des Projektträgers (vgl. GSP 2012b).

## Grundidee und Ziele der Tagesbetreuung

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus stellt für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz oftmals einen kurzen, aber folgenreichen Einschnitt dar: Sie werden mit einer neuen, ungewohnten Umgebung konfrontiert, der gewohnte Tagesablauf fällt weg und es fehlen ihnen die vertrauten Bezugspersonen. Aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen können sich demenziell erkrankte Menschen nicht oder nur sehr schwer auf diese neue Situation einstellen. Ein Krankenhausaufenthalt geht daher für sie häufig mit einem Verlust an Selbstständigkeit und funktionellen Fähigkeiten einher. Diesem Verlust versucht man im Rahmen der Tagesbetreuung entgegenzuwirken, indem man den Patientinnen und Patienten räumlich, zeitlich und personell eine Struktur bietet.

Die Tagesbetreuung im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke<sup>6</sup> trägt die Bezeichnung Teekesselchen und wurde nach dem Vorbild des tagesstrukturierenden Angebotes De Huiskamer aus dem St. Laurentius-Krankenhaus im niederländischen Roermond entwickelt und an die eigenen Bedingungen angepasst. Mit dem Angebot sollen möglichst viele Betroffene erreicht werden, weshalb es stationsübergreifend ausgerichtet ist. Bezogen auf die Patientinnen und Patienten mit einer Demenz sollen mit der Tagesbetreuung folgende Ziele erreicht werden:

- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Ernährung durch die geregelte Einnahme von Mahlzeiten in der Gemeinschaft einer Kleingruppe;
- Einhalten eines geregelten Tag-Nacht-Rhythmus durch die regelmäßige Aktivierung am Tag;
- Erhalt der kognitiven Fähigkeiten durch eine gezielte Aktivierung der Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Aktivitäten;
- Erhalt der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten durch eine gezielte Ansprache der Patientinnen und Patienten und das Setting der Kleingruppe;
- Reduktion von Verhaltensweisen mit Problempotenzial und damit indirekt Reduktion aktivitätsbegrenzender Maßnahmen.

Bezogen auf die Pflegenden und die Angehörigen soll die Tagesbetreuung entlastend wirken und Lerneffekte im Umgang mit Menschen mit einer Demenz ermöglichen („Lernen am Modell“). Vor dem Hintergrund der angespannten Kostensituation soll der finanzielle Aufwand für die Tagesbetreuung möglichst gering gehalten werden, um so die Akzeptanz des Angebotes im Haus zu verbessern.

## Gestaltung des Tagesraumes

Die Gestaltung des Tagesraumes orientiert sich an der Erfahrung, dass das Krankenhaus für Menschen mit Orientierungsstörungen eine fremde Umgebung darstellt, an die sie sich nur mit Schwierigkeiten anpassen können. Die räumlichen Gegebenheiten sollen das Wohlbefinden fördern und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen schützenden Rahmen bieten, der sich von der überwiegend funktionalen Krankenhauseinrichtung deutlich abhebt. Der etwa 29 m<sup>2</sup> große Raum wurde mit Hilfe eines entsprechenden Mobiliars wie ein Wohnzimmer bzw. eine „gute Stube“ eingerichtet (antikes Buffet, Ruhesessel, große Tischgruppe, Alltagsgegenstände, Blumen, Bilder etc.).

<sup>6</sup> Die Beschreibung des Konzepts der Tagesbetreuung erfolgt in Anlehnung an eine entsprechende Beschreibung des Projektträgers.

Der Raum liegt in einem etwas abgelegenen, vergleichsweise ruhigen Bereich innerhalb des Krankenhauses, ist von den projektbeteiligten Stationen aus aber dennoch gut erreichbar. Es handelt sich um einen Multifunktionsraum, der außerhalb der Nutzungszeiten durch die Tagesbetreuung als Patientenaufenthaltsraum der Station, als Frühstücks- und Besprechungsraum genutzt wird. Gelegentlich muss die Tagesbetreuung räumlich ausweichen (zum Beispiel auf eine Sitzecke innerhalb der Stationen).

### Nutzungszeiten

Die Öffnungszeiten der Tagesbetreuung wurden so gewählt, dass vor Beginn am Vormittag ausreichend Zeit für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bleibt, sich vorzubereiten und ggf. Untersuchungen oder Therapien zu absolvieren. Dauer der Betreuung und Pausenregelung wurden so gewählt, dass die überwiegend hochbetagten Patientinnen und Patienten nicht überanstrengt werden.

Die nachfolgende Tabelle enthält eine Übersicht über die Betreuungszeiten. Eine Betreuung erfolgt an allen fünf Werktagen. Am Vormittag werden die Patientinnen und Patienten zwei Stunden begleitet und am Nachmittag – nach einer einstündigen Mittagspause – vier Stunden. Die Betreuung am Nachmittag erfolgt zunächst durch die hauptamtliche Mitarbeiterin, nach einer Übergabe dann durch ehrenamtliche Kräfte. Am Freitag findet eine etwas reduzierte Betreuung statt (drei Stunden).

Tabelle 1: Betreuungszeiten der Tagesbetreuung Teekesselchen

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
11:00 – 13:00	Aktivitäten mit abschließendem Mittagessen				Aktivitäten und Mittagessen
13:00 – 14:00	Mittagsruhe				
14:00 – 16:00	Beginn Nachmittagsaktivitäten und Übergabe der Gruppe				
15:30 – 18:00	Aktivitäten mit Abendessen (ehrenamtliche Betreuungskräfte)				

### Personelle Ausstattung

An der Tagesbetreuung wirken eine koordinierende Pflegewissenschaftlerin, eine hauptamtliche Mitarbeiterin sowie ehrenamtliche Kräfte mit.

Die koordinierende Mitarbeiterin trägt die fachlich-konzeptionelle Verantwortung für die Tagesbetreuung und verwaltet das Budget für die Ausstattung des Tagesraumes. Sie ist die zentrale Ansprechperson in allen Fragen, die den Betrieb der Tagesbetreuung betreffen. Zu ihren wesentlichen Aufgaben zählt die Integration des Angebotes in den Krankenausalltag und die dafür nötigen Absprachen mit den Stationen und der Leitungsebene. Sie trägt ferner die Verantwortung für die Koordination und Begleitung der ehrenamtlichen Betreuungskräfte. Weitere Aufgaben umfassen die Planung besonderer Veranstaltungen, die Öffentlichkeitsarbeit (extern und intern) und die Kommunikation mit Personen und Einrichtungen in der Region. Voraussetzung für diese Tätigkeiten sind eine fachliche Expertise, Erfahrungen im Projektmanagement, eine gute Verankerung im Haus und kommunikative Fähigkeiten.

Hauptamtliche Betreuungskraft ist eine Mitarbeiterin mit einer Ausbildung zur Altenpflegehelferin. Sie bekleidet eine Teilzeitstelle (Stellenanteil: 60 %). Andere hauptamtliche Kräfte stehen nicht zur Verfügung, weshalb das Angebot der Tagesbetreuung bei Urlaub oder

Krankheit der Stelleninhaberin zumeist nicht aufrechterhalten werden kann. Eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten sind pflegerische Grundkompetenzen und Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die hauptamtliche Betreuungskraft ist für die operative Umsetzung der Tagesbetreuung verantwortlich. Dazu zählen die folgenden Aufgaben:

- Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Tagesbetreuung gemeinsam mit den Pflegekräften der Stationen;
- Begleitung der Patientinnen und Patienten in den Tagesraum und auf die Station zurück;
- Betreuung der Patientinnen und Patienten zu den dafür vorgesehenen Zeiten;
- Informationsaustausch und Absprachen mit den Pflegekräften der Stationen (Mitteilung besonderer Beobachtungen; Kontaktaufnahme, wenn eine Person frühzeitig abgeholt werden muss etc.);
- Übergabe der Patientengruppe an die ehrenamtlichen Betreuungskräfte (Information über die Gruppe, z. B. auch über Trinkmenge und Nahrungsaufnahme);
- Tägliche Protokollierung der Patientenbesuche bzw. der Nutzung der Tagesbetreuung;
- Patientenbezogene Dokumentation (Nahrungsaufnahme, Trinkmenge, persönliche Vorlieben);
- Kommunikation mit den Angehörigen und deren Einbeziehung in die Tagesbetreuung;
- Bevorratung und Gestaltung des Tagesraumes (beispielsweise zur Förderung der zeitlichen Orientierung).

Für die Betreuung der Besucherinnen und Besucher der Tagesbetreuung am Nachmittag und frühen Abend steht ein Pool von ca. 15 ehrenamtlichen Betreuungskräften zur Verfügung. In der Regel sind pro Nachmittag zwei ehrenamtliche Kräfte in der Tagesbetreuung tätig. Zur Vorbereitung auf ihre Tätigkeit haben sie eine Schulung erhalten, deren Schwerpunkt auf Informationen zum Krankheitsbild Demenz, zum Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und zu den grundsätzlichen Abläufen und nötigen Ansprechpersonen im Krankenhaus lag. Ihre Betreuungstätigkeit beginnen sie, nachdem sie durch die hauptamtliche Mitarbeiterin und die Dokumentationsbögen über die aktuelle Gruppe informiert worden sind. In regelmäßigen Treffen mit der koordinierenden Pflegewissenschaftlerin erfolgen die organisatorische Abstimmung und Gespräche über aktuelle Fragen.

### **Auswahl der Patientinnen und Patienten**

Aufgrund der Größe des Tagesraumes, aber auch, um ausreichend auf die einzelne Person eingehen zu können, ist die Kapazität im Teekesselchen auf maximal sieben Patientinnen und Patienten begrenzt. Gelegentlich werden auch mehr als sieben Personen betreut, hierbei stoßen die betreuenden Kräfte allerdings relativ schnell an die Grenzen der Gestaltbarkeit.

Grundsätzlich richtet sich das Angebot der Tagesbetreuung an Personen mit einer diagnostizierten Demenz ebenso wie an Patientinnen und Patienten mit Orientierungsproblemen, bei denen diese Diagnose nicht vorliegt. Sie müssen zumindest in einem Rollstuhl mobil sein, und ihr Gesundheitszustand muss eine Teilnahme an der Tagesbetreuung erlauben (stabiler Zustand, keine ansteckenden Erkrankungen etc.). Voraussetzung ist natürlich die Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Eine geplante Teilnahme kann unter Umständen dadurch entfallen, dass eine Untersuchung oder Behandlung ansteht, ggf. auch kurzfristig angesetzt wird. An jedem Tag wird daher vor

dem Beginn der Tagesbetreuung durch die hauptamtliche Betreuungskraft und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Stationen aufs Neue geprüft, welche Patientinnen und Patienten prinzipiell in Frage kommen und auch die Gelegenheit zur Teilnahme haben. Sind die entsprechenden Personen ausgewählt, werden sie je nach Absprache durch die hauptamtliche Betreuerin, die Pflegekräfte der Stationen oder den krankenhausinternen Begleitsdienst in den Tagesraum gebracht und später wieder abgeholt.

Während des Projektzeitraums stammen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorrangig aus den fünf am Projekt beteiligten Stationen. Patientinnen und Patienten anderer Stationen besuchten die Tagesbetreuung verhältnismäßig selten. Dies ist zum Teil auf die räumliche Nähe, zum Teil aber auch auf den Umstand zurückzuführen, dass sich die Bemühungen, den Patientinnen und Patienten einen Zugang zur Tagesbetreuung zu eröffnen, während des Projektes aus methodischen Gründen auf fünf Stationen konzentrierten.

### **Aktivierende Maßnahmen im Rahmen der Tagesbetreuung**

Am Beginn der Tagesbetreuung steht meist ein kurzes Kennenlern-Gespräch. Es folgen unterschiedliche aktivierende Maßnahmen, die je nach aktueller Gruppenzusammensetzung ausgewählt werden (z. B. Gespräche über Jahreszeiten, Traditionen, biografische Phasen, Familie, Hobbies etc.; Vorlesen, Singen, Musik Hören, Basteln, Rätseln, Gesellschaftsspiele etc.; unterschiedliche Bewegungsspiele). Der Besuch der Tagesbetreuung endet dann in der Regel mit einem gemeinsamen Singen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Tagesbetreuung ist die gemeinsame Einnahme von Mittag- und Abendessen. Die Mahlzeit soll von den Patientinnen und Patienten als ein soziales Ereignis wahrgenommen werden. Ziel ist es außerdem, sie zu einer geregelten Nahrungsaufnahme zu motivieren und den Tag zu strukturieren.

Das Konzept der Tagesbetreuung sieht auch eine Betreuung auf dem Patientenzimmer vor, falls dies gewünscht ist und ein Besuch im Teekesselchen nicht möglich ist. Hier wird der Ablauf der Betreuung dann individuell an die Situation und die aktuellen Bedürfnisse der Betreuten angepasst. Die Betreuung auf dem Patientenzimmer ist allerdings zeitaufwändig und findet zwar regelmäßig, im Vergleich zu den Gruppenbetreuungen allerdings nur relativ selten statt.

## 2. Aufgabenstellung und methodisches Vorgehen

### 2.1 Fragestellungen

Die Evaluation der Tagesbetreuung umfasste zunächst eine Bestandsaufnahme der Nutzung dieses Angebots und seiner Integration in die Versorgungsabläufe im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Darüber hinaus war zu untersuchen, welchen Nutzen das Angebot für die Betreuten, aber auch für andere Beteiligte im Versorgungsalltag entfaltet. Darauf aufbauen sollten schließlich Kosten-Nutzen-Überlegungen formuliert und Möglichkeiten einer Finanzierung solcher Angebote geprüft werden.

Hierbei standen die folgenden Fragestellungen im Mittelpunkt:

- Wie hoch ist das Betreuungsaufkommen in der Tagesbetreuung? Wie häufig werden die Patientinnen und Patienten im Schnitt betreut?
- Welche Veränderungen bei Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen der betreuten Patientinnen und Patienten sind im Verlauf der Tagesbetreuung feststellbar?
- Welche Auswirkungen hat die Teilnahme an der Tagesbetreuung auf den Erhalt der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen?
- Wie beurteilen die Betreuungskräfte, die Pflegekräfte der Stationen und die Angehörigen die Tagesbetreuung?
- Welche organisatorischen Fragen und Anforderungen müssen bei der Implementierung eines Betreuungsangebots berücksichtigt werden?
- Welche Kosten sind zu veranschlagen, um ein funktionales, organisatorisch gut integriertes Angebot der Tagesbetreuung in einem Akutkrankenhaus vorzuhalten?

### 2.2 Vorgehen

Zur Bearbeitung der Fragestellungen kam ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden zur Anwendung. Die folgenden Datenquellen lagen zugrunde:

- Allgemeine soziodemografische und krankheitsbezogene Informationen aus dem Krankenhausinformationssystem;
- Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen durch die Stationsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit Hilfe standardisierter Erhebungsbögen;
- Dokumentation der Häufigkeit und des Zeitraums der Besuche der Tagesbetreuung durch die hauptamtliche Betreuungskraft;
- Analyse der Medikamentenversorgung eines Teils der betreuten Patientengruppe anhand von anonymisierten Kopien der Kurvenblätter;
- Befragung der Angehörigen der betreuten Patientinnen und Patienten;
- Gruppeninterview mit den ehrenamtlichen Betreuungskräften der Tagesbetreuung;
- teilnehmende Beobachtung auf den beteiligten Stationen und in der Tagesbetreuung (Fallstudien).

Im Rahmen des Projektes erhielten alle Patientinnen und Patienten einen persönlichen, anonymisierten Code (Fallnummer). Dieser Code wurde auf allen schriftlichen Unterlagen dokumentiert. Nach Ablauf der Datenerhebung konnten so alle für die jeweiligen Patientinnen und Patienten erhobenen Informationen aus den unterschiedlichen Erhebungsformen zusammengeführt werden, ohne die Anonymität zu gefährden.

### **Informationen aus dem Krankenhausinformationssystem**

Zur Durchführung der Untersuchung wurden seitens des GKH ausgewählte, anonymisierte Daten aus dem Krankenhausinformationssystem bereitgestellt. Diese umfassten Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten, den Aufnahmegrund (Hauptdiagnose), die behandelnden Fachabteilungen und Stationen, die Verweildauer sowie die Information, ob das Vorhandensein einer Demenz kodiert wurde. Mit Hilfe dieser Informationen sollte u. a. untersucht werden, ob sich das betreute Patientenkollektiv von den übrigen Patientinnen und Patienten auf den beteiligten Stationen unterscheidet.

### **Standardisierte Erhebungen für den Vorher-Nachher-Vergleich**

Zur Durchführung der Wirksamkeitsanalyse kamen prinzipiell zwei Vorgehensweisen in Betracht: die Durchführung einer kontrollierten Studie oder ein Vorher-Nachher-Vergleich anhand vorab festgelegter Kriterien.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen stellen randomisierte kontrollierte Studien (engl. randomised controlled trials [RCTs]) das Mittel der Wahl dar. Anhand einer Zufallsauswahl werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwei Gruppen zugeordnet, von denen die eine Gruppe die Intervention erhält und die andere nicht (Kontrollgruppe). In der vorliegenden Untersuchung hätte ein Teil der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen an der Tagesbetreuung teilgenommen und ein anderer nicht. Nach Abschluss der Erhebung hätte man schließlich beide Gruppen miteinander verglichen.

Aus zwei Gründen wurde zu Beginn des Projekts von dieser Vorgehensweise Abstand genommen. Zum einen hatten Krankenhaus und Projektträger grundsätzliche Bedenken, einem Teil der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen den Zugang zur Tagesbetreuung zu verwehren, obwohl sie einen entsprechenden Bedarf aufwiesen. Zum anderen erschien es angesichts der bestehenden organisatorischen Rahmenbedingungen nicht möglich, eine Patientensteuerung sicherzustellen, die den Anforderungen einer randomisierten kontrollierten Studie genügt hätte. Entsprechend wurde die Entscheidung getroffen, mit vorab definierten Indikatoren einen Vorher-Nachher-Vergleich durchzuführen.

Die Grundlage dieses Vergleichs bildeten die individuellen patientenbezogenen Einschätzungen der Pflegenden auf den Stationen, die zu drei Zeitpunkten mit Hilfe von standardisierten Fragebögen durchzuführen war:

Die erste Einschätzung erfolgte bei der Aufnahme der Patientinnen und Patienten auf den fünf beteiligten Stationen. Die Einschätzung wurde vorgenommen, wenn Anzeichen für kognitive Beeinträchtigungen bestanden. Anhand eines sehr einfachen Fragebogens wurden die Herkunft der Patientinnen und Patienten (häusliche Umgebung, Pflegeheim etc.), eine eventuelle prästationäre Pflegebedürftigkeit, die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen und Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen festgehalten (Bogen 1).

Die zweite Einschätzung wurde zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patientinnen und Patienten in die Tagesbetreuung erhoben. Hierbei wurden die Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Probleme erfasst. Zusätzlich wurde erfragt, ob freiheitsbegrenzende Maßnahmen angewandt wurden (Bogen 2).

Zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus erfolgte die dritte Erhebung. Die Einschätzung verlief hierbei im Wesentlichen wie bei der Aufnahme in die Tagesbetreuung, so dass die Ergebnisse der zweiten und dritten Erhebung die Grundlage für den Vorher-Nachher-Vergleich bildeten. Zusätzlich erfasst wurde die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen sowie die Frage, in welches Setting die Betreuten entlassen wurden (Bogen 3).

Die geschilderte Vorgehensweise wurde bewusst erst nach Beginn des Projekts und in enger Abstimmung mit dem Projektträger und dem GKH entwickelt, da vor Projektbeginn wesentliche Rahmenbedingungen, von denen die Wahl der Methode abhing, noch nicht feststanden oder noch nicht bekannt waren.

Um den zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die beteiligten Pflegekräfte so gering wie möglich zu halten, wurde von der wissenschaftlichen Begleitung darauf geachtet, dass die auszufüllenden Bögen möglichst kurz und einfach handhabbar waren. Standardinformationen wie Alter und Geschlecht wurden nachträglich mit Hilfe von Daten aus dem Krankenhausinformationssystem ergänzt. Zu Beginn des Projektes wurden außerdem Kurzanleitungen für den Umgang mit den Erhebungsinstrumenten zur Verfügung gestellt und Schulungen durchgeführt. Ergänzend gab es individuelle Gespräche vor Ort.

Zur Einschätzung von Mobilität, Kognition und Verhalten der betreuten Patientinnen und Patienten wurde auf ausgewählte Variablen des „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA) zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zurückgegriffen (vgl. Windeler et al. 2008, Wingenfeld et al. 2007, Wingenfeld et al. 2008). Da das NBA für die Langzeitversorgung vorgesehen ist, wurde die Definition der Variablenausprägungen zum Teil angepasst.

Im Erhebungszeitraum vom 10. April 2010 bis zum 23. Dezember 2011 konnte folgender Rücklauf erzielt werden:

**Tabelle 2: Rücklauf der Evaluationsbögen**

<b>Instrument</b>	<b>Anzahl Patientinnen und Patienten</b>
Bogen 1	523
Bogen 2	354
Bogen 3	304
Bogen 2 und 3	290
Alle drei Bögen	288

Das erhobene Datenmaterial weist an einzelnen Stellen Lücken auf. So ist mit Sicherheit anzunehmen, dass nicht für alle Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen auf den Evaluationsstationen bei der Aufnahme der erste Evaluationsbogen ausgefüllt wurde. Es wurden auch nicht für alle Besucherinnen und Besucher der Tagesbetreuung die entsprechenden Bögen bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und bei Entlassung aus dem Krankenhaus ausgefüllt. Es gab verschiedene Entwicklungen und Ereignisse während der Erhebungsphase, die für diese Lücken verantwortlich sind. Dank der Pflegekräfte der Evaluationsstationen, die für die Datenerhebung verantwortlich waren, konnte jedoch eine insgesamt aussagekräftige Datenbasis geschaffen werden.

### **Dokumentation der Teilnahme an der Tagesbetreuung**

Während des Projektzeitraums wurde dokumentiert, welche Patientinnen und Patienten die Tagesbetreuung aufsuchten. Für jede Woche wurde dabei festgehalten, wie häufig eine Person vormittags und nachmittags betreut wurde. Ein Besuch der Tagesbetreuung für einen halben Tag (Vormittag oder Nachmittag) wurde im Rahmen der Evaluation vereinbarungsgemäß bereits als ein Besuch gewertet, da nicht immer gewährleistet werden konnte, dass eine Person den gesamten Tag an der Tagesbetreuung teilnahm.

Alle Besuche von den Evaluationsstationen wurden mit einer Fallnummer dokumentiert, um den Verlauf der Betreuung verfolgen zu können. Anhand der Dokumentation lassen sich für die Evaluationsstationen somit Aussagen treffen über die Anzahl der Betreuungen insgesamt, die Anzahl der Betreuungen im Tagesraum und auf dem Patientenzimmer sowie die Anzahl der Wochen, während der die Patientinnen und Patienten betreut wurden. Für insgesamt 445 Patientinnen und Patienten stehen entsprechende Informationen zur Verfügung.

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die nicht von den Evaluationsstationen stammten, wurde ebenfalls erfasst, so dass eine Beschreibung des gesamten Patientenaufkommens in der Tagesbetreuung möglich ist. Hier wurden allerdings keine Fallnummern dokumentiert, so dass keine Verläufe rekonstruierbar sind. Es handelt sich hierbei insgesamt um 501 Besuche (Evaluationsstationen: 2.161 Besuche).

### **Analyse der Medikamentenversorgung der betreuten Patientinnen und Patienten**

Im Rahmen der Evaluation wurden fallweise Überprüfungen der Medikation vorgenommen. Für insgesamt 112 Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren konnten anonymisierte Kurvenblätter mit den entsprechenden Angaben zur Medikation ausgewertet werden.

Hierbei handelt es sich nicht um eine gezielte Auswahl, sondern um eine Gelegenheitsstichprobe. Es wurde letztlich nur dann eine Kopie der Kurvenblätter erstellt, wenn dies die Stationsroutine erlaubte. Anhand der Kopien wurde die relevante Medikation bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und bei Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst. Erhebung und Erfassung erfolgten anonym, anhand von Fallnummern konnte jedoch auch hier eine Verknüpfung mit den übrigen Datensätzen erfolgen.

### **Befragung von Angehörigen**

Im Rahmen der Evaluation der Tagesbetreuung im GKH sollte auch die Perspektive der Angehörigen berücksichtigt werden. Die Befragten bewerteten zum einen den Krankenhausaufenthalt insgesamt, zum anderen jedoch schwerpunktmäßig das Tagesbetreuungsangebot und seinen Nutzen.

Ursprünglich war geplant, die Befragung der Angehörigen mit Hilfe eines Fragebogens durchzuführen. Dieses Vorgehen hatte sich bei anderen Projekten des Instituts für Pflegewissenschaft durchaus bewährt. Schon zu Beginn der Datenerhebung zeichnete sich jedoch ein sehr geringer Rücklauf ab, so dass das geplante Vorgehen geändert wurde. Nunmehr sollten vertiefende Interviews mit Angehörigen geführt werden. Dazu wurden alle Angehörigen, die sich in der anfänglichen schriftlichen Befragung zu einer Kontaktaufnahme durch das IPW bereiterklärt hatten, kontaktiert und es wurden Termine vereinbart. Die Interviews wurden zum Teil bei den Angehörigen zu Hause, zum Teil per Telefon geführt. Es wurden insgesamt sechs Interviews geführt.

Bei den Interviewten handelte es sich in allen Fällen um Verwandte ersten Grades (Tochter oder Sohn). Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei knapp 60 Jahren. Die Interviewten waren größtenteils berufstätig. Alle Befragten sind mindestens einmal in der Tagesbetreuung anwesend gewesen, um ihren Vater oder ihre Mutter zu begleiten. Die Besucherinnen und Besucher der Tagesbetreuung, deren Angehörige befragt wurden, waren zwischen 83 und 97 Jahre alt. Aufgenommen ins Krankenhaus wurden sie u. a. wegen eines Sturzes in Verbindung mit einer Fraktur, einer Exikose oder einer Lungenentzündung. Alle hatten eine Pflegestufe und bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten lag eine diagnostizierte Demenz vor. Sie besuchten während ihres Krankenhausaufenthaltes zwischen einem und 20 Male die Tagesbetreuung. Zwei der Patientinnen und Patienten waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits verstorben.

Das ursprüngliche Vorhaben einer erneuten Befragung der Angehörigen mit einigem zeitlichen Abstand zur Krankenhausbehandlung musste aufgegeben werden. Es war somit nicht möglich, poststationäre Versorgungsverläufe nachzuzeichnen. Die Interviews boten jedoch die Möglichkeit einer differenzierteren Beschreibung der Angehörigen- und Patientenperspektive.

### **Gruppeninterview mit den ehrenamtlichen Betreuungskräften der Tagesbetreuung**

Dieses Interview diente dazu, vertiefende Informationen zu den Inhalten der ehrenamtlichen Arbeit in der Tagesbetreuung, zu den Betreuten und ihren Bedürfnissen, zu der Vernetzung zwischen der Tagesbetreuung und den Stationen sowie zu möglichen Verbesserungen des Angebotes zu erhalten. Die Befragung wurde in Form eines Gruppeninterviews im März 2012 durchgeführt. Insgesamt nahmen fünf ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ein hauptamtlicher Mitarbeiter des Krankenhauses an der Gesprächsrunde teil, die sich auf einen entsprechenden Aufruf hin freiwillig gemeldet hatten. Letzterer hilft zeitweise in der Tagesbetreuung aus. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren vor Interviewbeginn mindestens zwei Jahre im Teekesselchen tätig und verfügten über reichhaltige Erfahrungen mit der Arbeit in der Tagesbetreuung. Ein Teil der ehrenamtlichen Betreuungskräfte war auch schon vor der Einrichtung des Teekesselchens im Gemeinschaftskrankenhaus tätig, sei es hauptberuflich in verschiedenen Funktionen oder ehrenamtlich im Besuchsdienst. Das Interview dauerte etwa anderthalb Stunden und wurde mit Einverständnis der Anwesenden aufgezeichnet.

### **Teilnehmende Beobachtung**

Ergänzend zur Erhebung quantitativer Daten wurde auf den Evaluationsstationen und in der Tagesbetreuung eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt. Das Ziel der Beobachtung bestand darin, differenzierter zu untersuchen, wie sich das Angebot der Tagesbetreuung auf den Alltag der betreuten Patientinnen und Patienten auswirkt. Außerdem wurde beobachtet, wie die Vernetzung von Tagesbetreuung und Stationen erfolgte und inwieweit die Pflegenden Ent- oder Belastungen durch die Tagesbetreuung registrierten. Zur Klärung dieser Fragestellungen wurden während der teilnehmenden Beobachtung kurze Interviews mit der hauptamtlichen Mitarbeiterin der Tagesbetreuung und mit Pflegekräften der Evaluationsstationen geführt.

Die Beobachtung und die Kurzinterviews beruhten auf Beobachtungskriterien bzw. beobachtungsleitenden Fragestellungen, die im Vorfeld entwickelt wurden. Bezogen auf die Situation auf der Station sollten im Wesentlichen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- Welche Bedarfslagen sind für die beobachteten Patientinnen und Patienten charakteristisch?
- Wie erfolgt die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Tagesbetreuung?
- Wie erfolgt der Transfer zwischen Station und Tagesbetreuung?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen der Tagesbetreuung und den Stationen?
- Wie verhalten sich die Patientinnen und Patienten nachts?
- Wie ist das Verhältnis der beobachteten Patientinnen und Patienten zu ihren Mitpatientinnen und -patienten?
- Sind bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Tagesbetreuung Veränderungen beobachtbar?
- Wie wirkt sich das Angebot der Tagesbetreuung auf die Arbeit der Pflegenden aus?

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Tagesbetreuung waren vor allem die folgenden Kriterien beobachtungsleitend:

- Wie ist der Ablauf der Tagesbetreuung strukturiert?
- Welche Angebote bzw. Aktivitäten gibt es?
- Wie verhalten sich die beobachteten Patientinnen und Patienten in der Gruppe?
- Wie beteiligen sich die beobachteten Patientinnen und Patienten an Gesprächen und Aktivitäten?

An insgesamt fünf Tagen wurde die teilnehmende Beobachtung durchgeführt. Zwei Tage wurde die Versorgung und Betreuung von zwei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen auf einer der beiden inneren Stationen und in der Tagesbetreuung beobachtet. An weiteren zwei Tagen wurde die Versorgung und Betreuung von sechs weiteren Patientinnen und Patienten auf der neurologischen Station begleitet. Hinzu kam schließlich die Versorgung und Betreuung von zwei Patientinnen und Patienten auf einer der beiden chirurgischen Stationen (sowohl auf der Station als auch in der Tagesbetreuung).

Die teilnehmende Beobachtung erfolgte in der Regel vormittags von 06.00 Uhr bis 11.00 Uhr auf den Stationen und von etwa 11.00 Uhr bis ca. 18.00 Uhr in der Tagesbetreuung. Während der Mittagspause von etwa 13.00 bis 14.00 Uhr wurden die Betreuten mit auf ihre Stationen begleitet. Insofern war es möglich, wesentliche Teile eines Tagesablaufs zu erfassen.

Sobald sich zeitlich eine Möglichkeit ergab – beispielsweise in der Mittagspause der Tagesbetreuung – wurden die erwähnten Kurzinterviews mit den Pflegenden sowie der Betreuungskraft geführt. Die Beobachtungen und Gespräche wurden stichpunktartig protokolliert und im Anschluss aufbereitet.

Die jüngste Patientin war 66 Jahre alt, die älteste 94 Jahre. Bei sieben Patientinnen und Patienten war eine Demenz kodiert, bei einem nicht. In den beiden übrigen Fällen lag die entsprechende Information nicht vor.

Die teilnehmende Beobachtung wurde zwar an mehreren, zeitlich versetzten Tagen durchgeführt und es wurden alle drei am Projekt beteiligten Fachbereiche (Neurologie, Innere, Chirurgie) berücksichtigt, insgesamt handelt es sich jedoch um einen begrenzten Ausschnitt aus dem Versorgungsalltag. Die Darstellung der Ergebnisse ist somit eher als Präsentation von Fallstudien zu verstehen, die nicht unbedingt generalisierbar sind.

## 2.3 Beteiligte Stationen

An der Evaluation nahmen fünf Stationen des Gemeinschaftskrankenhauses teil:

- Neurologie: Eine Station,
- Innere Medizin: Zwei Stationen,
- Chirurgie: Zwei Stationen.

Die Auswahl der Stationen erfolgte durch den Projektträger (GSP) gemeinsam mit dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Zugrunde lag dabei auch das Ziel, die zentralen Fachbereiche der Krankenhausversorgung abzudecken, zugleich aber unterschiedliche Fachrichtungen untersuchen zu können. Darüber hinaus handelte es sich um Stationen, von denen die Entsendung der Patientinnen und Patienten in die Tagesbetreuung ohne größeren organisatorischen Aufwand umsetzbar war (Lage des Tagesraumes). Zu Beginn des Projektes wurde ebenfalls erwogen, eine zweite neurologische Station in die Evaluation einzubeziehen. Hiervon wurde jedoch aus stationsinternen Gründen Abstand genommen. Die Erhebung der Daten auf den drei Stationen begann mit etwas zeitlicher Verzögerung im April 2010 und endete in der 51. Kalenderwoche des Jahres 2011. Ursprünglich sollte die Erhebung der Daten bereits im Oktober 2011 abgeschlossen werden. Aufgrund des verzögerten Beginns wurde die Erhebungsphase jedoch um zwei Monate verlängert, um eine möglichst aussagekräftige empirische Basis zu erhalten.

## 3. Evaluationsergebnisse

### 3.1 Die Tagesbetreuung im Krankenhausalltag

Vor der Präsentation von Zahlen und Fakten zur Nutzung und Beurteilung der Tagesbetreuung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke soll zunächst anhand der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung ein Einblick in den Krankenhausalltag jener Patientinnen und Patienten gegeben werden, für die das Angebot der Tagesbetreuung vorgesehen ist. Die teilnehmende Beobachtung wurde an insgesamt fünf Tagen auf den projektbeteiligten Stationen durchgeführt. Sie zielte darauf ab, charakteristische Episoden aus dem Versorgungsalltag von insgesamt zehn kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten zu erfassen, die helfen, die Rahmenbedingungen, die Durchführung und den Nutzen der Tagesbetreuung besser einzuschätzen. Die Beobachtung erstreckte sich über weite Teile des Tages und bezog sowohl die Station als auch die Tagesbetreuung ein.

Es versteht sich von selbst, dass eine teilnehmende Beobachtung im Krankenhaus immer nur Ausschnitte der Versorgung erfassen und nicht den Anspruch von Repräsentativität erheben kann. In Gemeinschaft mit anderen, ergänzenden Methoden liefert sie allerdings wichtige Bausteine für die Rekonstruktion der Strukturen und Prozesse, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von Interesse sind.

Die Darstellung der Beobachtungsergebnisse in diesem Kapitel ist nicht themen- oder problemorientiert aufgebaut, sondern folgt dem aus der Patientenperspektive relevanten zeitlichen Ablauf. Die Beobachtung begann in der Regel zeitgleich mit dem Frühdienst.

Bei drei der zehn Betreuten, deren Tagesablauf erfasst wurde, berichtete der Nachtdienst von auffälligem Verhalten während der Nacht:

- Ein Patient sei in der Nacht desorientiert gewesen, auf die Nachbarstation gegangen und habe seinen Harnblasendauerkatheter diskonnektiert. Der Patient äußerte bereits am Vortag seine Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation und verweigerte die Nahrungsaufnahme, weshalb er per Sonde ernährt wurde. Seine Unzufriedenheit ließ sich auch am Folgetag beobachten. Der Patient nahm aufgrund von Untersuchungen an beiden Tagen der Beobachtung nicht an der Tagesbetreuung teil. Wegen eines Befundes an der Wirbelsäule durfte er allerdings auch nicht für längere Zeit sitzen.
- Ein anderer Patient sei in der Nacht aggressiv und ungehalten gewesen, vermutlich deshalb, weil er nicht unmittelbar Hilfe erhalten habe, nachdem er wegen Schmerzen die Rufanlage betätigt habe.
- Eine Patientin der chirurgischen Station habe während der Nacht an verschiedenen Zugängen (Zentraler Venenkatheter, Harnblasendauerkatheter) hantiert. Sie konnte am Tag der teilnehmenden Beobachtung nicht an der Tagesbetreuung teilnehmen, da es sich erst um den zweiten Tag nach der Operation handelte.

Die morgendliche Stationsroutine begann mit verschiedenen Kontrollen (Überprüfung der Vitalzeichen, Ein- und Ausfuhrkontrolle etc.), gefolgt von Hilfe beim Toilettengang, Körperpflege, An- und Auskleiden und Mobilisation. Neun der zehn Patientinnen und Patienten, auf die sich die teilnehmende Beobachtung richtete, waren hierbei nicht vollständig abhängig von Unterstützung, sondern übernahmen unter Anleitung selbstständig Tätigkeiten. Die Pflegenden erläuterten ihr Vorgehen und ihre einzelnen Arbeitsschritte, gingen auf Fragen

ein und animierten die Patientinnen und Patienten zur eigenständigen Übernahme einzelner Tätigkeiten. Eine Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Patientinnen und Patienten fand somit im Rahmen von Pflegehandlungen statt, beschränkte sich allerdings auch weitgehend darauf.

Beim darauf folgenden Frühstück waren alle beobachteten Patientinnen und Patienten auf intensive Unterstützung angewiesen. Sie waren auf eine entsprechende Mobilisation angewiesen, ebenso auf eine Vorbereitung der Nahrung und in vielen Fällen auch der ständigen Aufforderung zum Essen und Trinken. Mobilisation und Nahrungsvorbereitung gehörten zum standardmäßigen Vorgehen des Pflegepersonals, eine wiederholte Aufforderung zum Essen und Trinken konnte während des Beobachtungszeitraumes jedoch nur vereinzelt geleistet werden. Einzelne Patientinnen und Patienten lehnten die Nahrungsaufnahme ab und wurden per Sonde ernährt.

Nach Beendigung der morgendlichen Stationsroutine erfolgten teilweise diagnostische und therapeutische Maßnahmen. In zwei Fällen erhielten die beobachteten Patientinnen und Patienten Besuch eines Angehörigen. Darüber hinaus waren sie jedoch größtenteils sich selbst überlassen. Es fand so gut wie keine Kommunikation statt. Sie verhielten sich auch sonst sehr passiv (z. B. Schauen zur Zimmerdecke), lagen häufig im Bett und waren schläfrig.

Um ca. 10.30 Uhr begann die hauptamtliche Mitarbeiterin der Tagesbetreuung ihren täglichen Rundgang auf den beteiligten Stationen, bei dem gemeinsam mit den Pflegekräften der Station entschieden wurde, welche Patientinnen und Patienten an der Tagesbetreuung teilnehmen sollten. Bei der Auswahl kam kein standardisiertes Verfahren bzw. Instrument zur Anwendung, vielmehr wurde anhand der Einschätzungen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entschieden. Dies wurde von manchen Pflegenden auf den Stationen eher mit Skepsis gesehen. Nach erfolgter Auswahl wurde der Name der Patientinnen und Patienten auf der Stationstafel mit einem entsprechenden Symbol versehen.

Die Beförderung der Patientinnen und Patienten zwischen Station und Tagesbetreuung erfolgte regelmäßig durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stationen (Pflegerinnen, Auszubildende, Zivildienstleistende etc.), überwiegend jedoch durch die hauptamtliche Betreuungskraft selbst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Transfer zwei Mal am Tag erfolgte, da die Patientinnen und Patienten in der Zeit von 13.00 Uhr bis 14.00 Uhr ihre Mittagspause auf ihrer Station verbrachten. Die Pflegekräfte der Stationen suchten gelegentlich den Raum der Tagesbetreuung auf, um das Essen der Patientinnen und Patienten zu bringen (Mittag- und Abendessen) und um diese gegebenenfalls medizinisch zu versorgen (Blutzucker-Kontrolle und Insulingabe, Abnehmen von Infusionen etc.).

Die Anzahl der Besucherinnen und Besucher der Tagesbetreuung schwankte an den fünf Tagen der teilnehmenden Beobachtung erheblich. An einem Nachmittag waren keine Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung, an zwei anderen Tagen hingegen sechs oder sogar sieben da. Es wurde eng im Tagesraum, da die meisten Betreuten im Rollstuhl oder Tagespflegestuhl saßen. Es nahmen nicht alle Patientinnen und Patienten immer von Anfang bis Ende an der Tagesbetreuung teil, sondern kamen später dazu oder mussten vorzeitig wieder gehen. Dies stellte allerdings nicht den Regelfall dar. Die Zusammensetzung der Patientengruppe variierte somit und war den Betreuungskräften erst zu Beginn der Tagesbetreuung bekannt. Die angebotenen Aktivitäten wurden daher relativ kurzfristig geplant.

Die Tagesbetreuung begann am Vormittag in der Regel mit einem gemeinsam gesungenen Lied. Im Anschluss entwickelte sich zumeist ein Gespräch zu einem bestimmten Thema (z. B. Haustiere, Plattdeutsch, Herkunft und Beruf der Teilnehmerinnen und Teilnehmer). Die Betreuungskräfte gaben die Themen vor bzw. leiteten die Gespräche an. Eine Kommunikation zwischen den Patientinnen und Patienten war äußerst selten zu beobachten. Auf Fragen oder Aufforderungen von Mitpatientinnen und -patienten, die vereinzelt vorkamen, reagierten die Angesprochenen häufig nicht.

Wurden die Gespräche nicht weiter fortgesetzt, folgte in der Regel ein gemeinsames Spiel (Ratespiele, Memory, Ballspiele etc.). Ab ca. 12.00 Uhr wurde schließlich gemeinsam zu Mittag gegessen. Die Patientinnen und Patienten erhielten hierbei Unterstützung durch die hauptamtliche Betreuungskraft, die sie immer wieder ermunterte zu essen und zu trinken. Nach Beendigung des Mittagessens gegen ca. 13.00 Uhr wurden die Patientinnen und Patienten für eine Stunde wieder auf ihre Stationen gebracht, um sich dort ausruhen zu können.

Der Ablauf in der Tagesbetreuung am Nachmittag ähnelte dem am Vormittag: Sie begann mit einem gemeinsam gesungenen Lied, dazu gab es Kaffee und Kekse oder Kuchen. Anschließend wurden Gespräche mit den Patientinnen und Patienten angeregt und Spiele gespielt. Teilweise wurde etwas vorgelesen, wurden gemeinsam Karten mit Bildern angeschaut und darüber gesprochen, wurde gebastelt oder es wurden bestimmte Gegenstände zur Ansprache der Sinne herumgereicht. Besucherinnen und Besucher wurden in das Geschehen in der Tagesbetreuung eingebunden. Der Nachmittag endete für gewöhnlich mit der gemeinsamen Einnahme des Abendessens.

Die Patientinnen und Patienten verhielten sich während der Gruppenbetreuung unterschiedlich. Auf der einen Seite gab es Betreute, die die Angebote der Tagesbetreuung gut annahmen und sich aktiv beteiligten. Einzelne zogen manchmal während der Gespräche die gesamte Aufmerksamkeit auf sich. Auf der anderen Seite waren einzelne Betreute so gut wie unbeteiligt am Geschehen. Sie beteiligten sich zu Beginn noch mit ein oder zwei Beiträgen, glitten dann aber wieder in die Passivität ab, reagierten nicht auf Fragen und hatten ihren Blick zum Boden gerichtet. Diese Patientinnen und Patienten erhielten in manchen Situationen nur wenig Aufmerksamkeit und Ansprache. Möglich ist auch, dass die angebotenen Aktivitäten aufgrund von persönlichen Interessenlagen nicht jeden gleichermaßen ansprachen.

Die Kommunikation in der Tagesbetreuung erfolgte überwiegend auf Initiative der Betreuungskräfte und war von Seiten der Patientinnen und Patienten auch vornehmlich auf sie ausgerichtet. Untereinander kommunizierten die Betreuten eher selten. Diese Beobachtung ähnelte der beschriebenen Situation auf den Stationen.

Insgesamt verhielten sich die Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung aktiver als auf ihren Stationen. Sie erhielten dort häufiger eine direkte Ansprache und wurden zur Teilnahme an Gesprächen oder Aktivitäten aktiviert bzw. motiviert. Allerdings waren auch während der Tagesbetreuung Phasen beobachtbar, in denen sich die begleiteten Patientinnen und Patienten weitestgehend passiv verhielten. Zur besseren Veranschaulichung sollen im Folgenden zwei Beispiele beschrieben werden.

**Frau M.**

Frau M. ist 73 Jahre alt und im Sommer 2011 wegen einer Fraktur ihres linken Armes Patientin auf einer der am Projekt beteiligten chirurgischen Stationen. Neben einem reduzierten Allgemein- und Ernährungszustand weist sie folgende Nebendiagnosen auf: chronischer Alkoholabusus, alkoholinduzierte Pankreatitis und Pankreasinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ II, Stuhlinkontinenz, akute Zystitis und Pneumonie.

Frau M. wirkt insgesamt abgemagert und geschwächt. Zu Beginn der morgendlichen Stationsroutine wird sie von zwei Pflegekräften auf den Toilettenstuhl mobilisiert und in die Waschecke gefahren. Die Körperpflege führt sie selbstständig durch, sie muss dabei aber durch die beiden Pflegekräfte angeleitet werden. Sie führt die Aufforderungen ohne zu antworten durch und spricht insgesamt sehr wenig. Nach der Körperpflege wird sie in ihren Tagesstuhl gesetzt. Non-verbal kann sie den Pflegekräften signalisieren, dass sie gerne ihren Damenbart rasiert bekäme. Auch auf Fragen zu ihrer gewünschten Bekleidung kann sie durch Kopfnicken reagieren. Gegen ca. 11.00 Uhr erhält Frau M. ihre Sondenkost und wird in die Tagesbetreuung gebracht.

In der Tagesbetreuung ist heute neben der hauptamtlichen Betreuungskraft zusätzlich eine Praktikantin zugegen. Frau M. trinkt Kaffee, an den Begrüßungsliedern und Gesprächen beteiligt sie sich zunächst kaum. Nach etwa einer halben Stunde kommt eine Pflegekraft von ihrer Station und nimmt die durchgelaufene Sondennahrung ab. Als Frau M. direkte Ansprache von der Betreuerin erhält, reagiert sie darauf und antwortet auf die Fragen. Nach der Mittagspause kommt Frau M. gegen 14.00 Uhr wieder zurück in die Tagesbetreuung. Sie wirkt sehr müde, da sie während der Pause für etwa eine Stunde im Tagesstuhl vor ihrem Stationszimmer gesessen hat. Sie wird von einer der Betreuerinnen empfangen und schaut sich mit ihr gemeinsam Bilder an und spricht mit ihr darüber. Als im weiteren Verlauf ein Patient aus einem Buch vorliest, schaut und hört Frau M. ihm dabei zu. Nach dem Vorlesen beginnt der Patient ausführlich zu erzählen und erhält dabei die volle Aufmerksamkeit der Betreuerinnen. Frau M. und ein weiterer weiblicher Gast werden dabei nur vereinzelt einbezogen und sind überwiegend still.

Im Stationsalltag spricht Frau M. so gut wie gar nicht und beschränkt sich in der Kommunikation mit den Pflegekräften auf non-verbale Verständigung. In der Tagesbetreuung erhält Frau M. in zwei Situationen eine direkte persönliche Ansprache durch eine Betreuerin, auf die sie reagiert. Es entsteht ein Gespräch. Erhält Frau M. diese persönliche Ansprache nicht, folgt sie zwar dem Geschehen in der Tagesbetreuung oder beschäftigt sich mit sich selbst, sie kann sich aber nicht aktiv einbringen.

### Frau N.

Frau N. ist 65 Jahre alt und im Frühjahr 2011 wegen einer degenerativen Erkrankung für knapp zwei Wochen Patientin der am Projekt beteiligten neurologischen Station. Sie leidet darüber hinaus unter einer Spastik in der linken Hand, einer seltenen Erkrankung des Bindegewebes, an Sprachstörungen und einer Demenz.

Während ihre Zimmernachbarin morgens versorgt wird, schläft Frau N. oder schaut abwesend in den Raum, ohne dabei zu sprechen. Während ihr Blutdruck gemessen wird, folgt sie der Aufforderung der Pflegekraft. Sie beobachtet die Pflegekraft, spricht dabei aber nicht. Nachdem sie dazu aufgefordert wird, setzt sich Frau N. ohne größere Unterstützung auf die Bettkante und wird zum Waschbecken begleitet. Als sie ihre Inkontinenzvorlage abgenommen bekommt, führt sie im Stehen Stuhlgang ab, ohne dies zu bemerken. Zur weiteren Versorgung wird sie auf einen Toilettenstuhl gesetzt. Aufforderungen zur Beteiligung an der Körperpflege und am Ankleiden kann sie zumeist nicht folgen (z. B. Trinken des Zahnpulwassers trotz mehrfacher Aufforderung, dies nicht zu tun; kein selbstständiges Zähneputzen möglich). Sehr abwehrend reagiert Frau N. auf die Reinigung ihrer spastischen Hand. Während der Körperpflege und des Ankleidens spricht Frau N. zusammenhangslos („Unsere Mutter ist auch eine von der Sorte.“, „Rot Idiot, blau schlau.“, „Butter in der Dose.“ etc.). Auf Fragen der Pflegekraft reagiert sie nicht oder mit unpassenden Antworten (z. B. „Reimen Sie gerne?“ Frau N.: „In diesem Zimmer war ich schon einmal.“). Auch beim Essen braucht Frau N. sehr viel Unterstützung. Sitzt keine Pflegekraft daneben und ermuntert sie dazu, trinkt und isst Frau N. nicht und hält ihren Becher beispielsweise nur fest.

Gegen 11.30 Uhr wird Frau N. im Rollstuhl in die Tagesbetreuung gebracht. Es entsteht eine kurze Gesprächsrunde zu der Frage, ob die Patientinnen und Patienten Haustiere haben oder hatten. Alle Betreuten werden direkt angesprochen und befragt und beteiligen sich an dem Gespräch. Auch Frau N. reagiert und antwortet folgerichtig. Am darauf folgenden Ratespiel beteiligt sie sich ebenfalls. Außerhalb von diesen beiden Situationen beobachtet Frau N. lediglich das Geschehen oder schaut zeitweise auch nach unten, beteiligt sich aber nicht mehr aktiv. Bei der Einnahme des Mittagessens bedarf sie wieder der Unterstützung der Betreuerinnen. Sie braucht mehrere Aufforderungen, bis sie etwas isst oder trinkt; sie isst und trinkt insgesamt nur sehr wenig. Nachdem sie dazu aufgefordert wurde, führt sie einen Löffel mit Pudding beispielsweise zum Mund, schaut ihn sich jedoch nur an, ohne davon zu essen. In der Mittagspause legt sie sich erschöpft in ihr Bett. Am Nachmittag beteiligt sich Frau N. wieder kurz an einem Gespräch zur Herkunft eines Mitpatienten und verstummt dann wieder. Als eine Mitpatientin sie anspricht, reagiert sie nicht. Am darauf folgenden Tag findet in der Tagesbetreuung u. a. ein kurzes Spiel mit einem Ball statt. Frau N. beteiligt sich hieran. Die Einnahme des Mittagessens ist ähnlich schwierig wie am Vortag, sie isst und trinkt trotz Unterstützung erneut nur sehr wenig.

Während des Beobachtungszeitraumes auf Station spricht Frau N. vor sich hin. Auf Fragen reagiert sie nicht oder nicht folgerichtig. An diesem Verhalten ändert sich in der Tagesbetreuung zumindest teilweise etwas. Frau N. beteiligt sich an Gesprächen, reagiert folgerichtig auf Fragen, kann Wissensfragen beantworten und nimmt an Spielen aktiv teil. Die aktive Beteiligung ist allerdings zeitlich begrenzt und hält nur so lange an, wie Frau N. persönlich und direkt angesprochen wird. Geschieht dies nicht, verhält sie sich sehr passiv und ihr ist es nicht möglich, sich von sich aus aktiv am Geschehen zu beteiligen. Frau N. ist bei den Alltagsverrichtungen fast vollständig auf Anleitung und direkte Hilfe angewiesen.

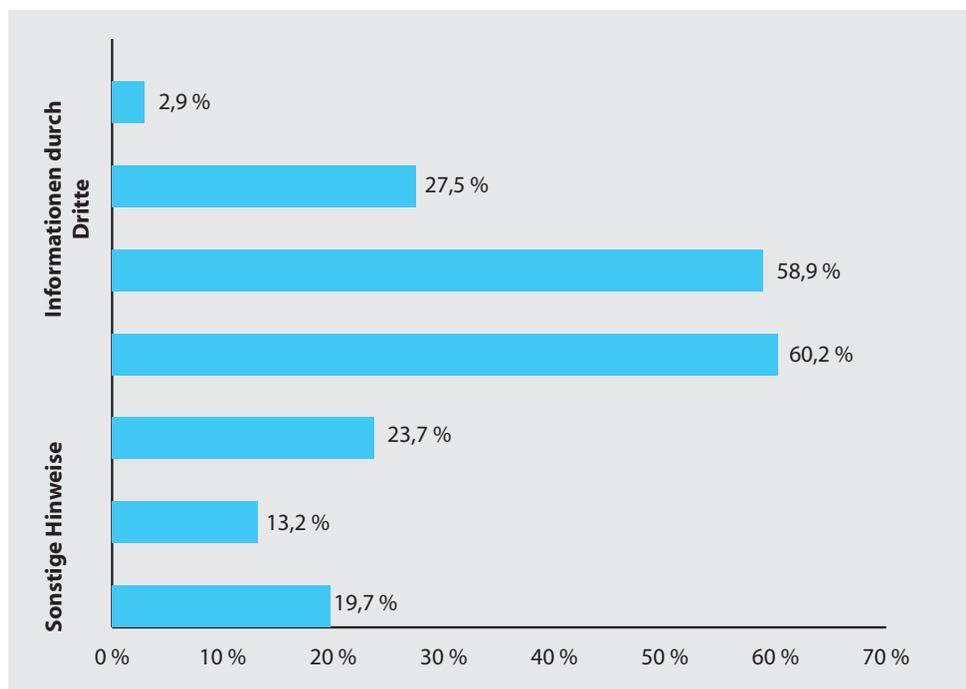
Nach den Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung lässt sich feststellen, dass sich die Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung meist aktiver verhielten als auf der Station. Im Rahmen von Seitengesprächen gaben manche Pflegekräfte der Stationen an, zwischen Patientinnen und Patienten, die die Tagesbetreuung besuchten und solchen, die dies nicht taten, keine wesentlichen Unterschiede im Befinden und Verhalten beobachten zu können. Andere wiederum berichteten von Patientinnen und Patienten, die – aus der Tagesbetreuung zurück – sehr positiv vom Erlebten erzählten und insgesamt ausgeglichener wirkten.

### 3.2 Charakteristika der Patientinnen und Patienten und Nutzungshäufigkeit

Während der Erhebungsphase stellten die Pflegekräfte der fünf Projektstationen bei insgesamt 523 Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme Hinweise auf kognitive Einbußen fest und füllten dementsprechend einen ersten Erhebungsbogen aus. Diese Feststellung war entscheidend dafür, dass vollständig anonymisierte Informationen über den Betreuten als „Fall“ in die Untersuchung aufgenommen wurden.

Die Feststellung kognitiver Beeinträchtigungen beruhte auf unterschiedlichen Informationen und Beobachtungen (vgl. Abb. 1). Im Vordergrund stand hierbei der Eindruck, dass Patientinnen und Patienten desorientiert sind oder Probleme mit dem Gedächtnis haben (58,9 % bzw. 60,2 %). Bei nur 15 Personen (2,9 %) lag ein Testergebnis vor.

Abbildung 1: Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen bei der Krankenhausaufnahme (Mehrfachnennungen, n=523)



Es ist zu betonen, dass diese Angaben auf Fremdinformationen oder auf einer ersten Inaugenscheinnahme beruhen. Desorientierung beispielsweise kann auch eine vorübergehende Erscheinung sein, die auf einer akuten somatischen Traumatisierung oder auf akutem Flüssigkeitsmangel beruht. Die Zahlen drücken daher keine exakte Verteilung, sondern eher Größenordnungen aus<sup>7</sup>.

Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten, bei denen im Rahmen der Krankenhausaufnahme kognitive Beeinträchtigungen festgestellt wurden, kamen im weiteren Verlauf ihres Aufenthaltes in die Tagesbetreuung (n=347; 66,3 %). Die Gründe dafür, dass dementsprechend rund ein Drittel der kognitiv Beeinträchtigten keine Tagesbetreuung erhielten, sind nicht abschließend aufzuklären, doch lassen sich aus dem Datenmaterial immerhin einige Hinweise

<sup>7</sup> Bedauerlicherweise lassen sich aus den Daten auch keine Anhaltspunkte zur Schätzung des tatsächlichen Anteils demenziell Erkrankter in den einbezogenen Fachbereichen ableiten. Ausschlaggebend hierfür ist der Umstand, dass es während der Erhebungen immer wieder Phasen gab, in denen die Erhebungsbögen nur sporadisch, also nicht für alle in Betracht zu ziehenden Patientinnen und Patienten ausgefüllt wurden.

und Hypothesen ableiten. Tabelle 3 präsentiert zunächst einen Vergleich der teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Patientinnen und Patienten anhand einiger ausgewählter Patientenmerkmale, nach denen offensichtlich wenige Abweichungen bestehen.

**Tabelle 3: Vergleich der kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten mit und ohne Tagesbetreuung**

	Teilnahme an Tagesbetreuung		Keine Teilnahme an Tagesbetreuung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Herkunft</b>				
Häusliche Umgebung	183	52,7 %	86	48,9 %
Stationäre Pflegeeinrichtung	133	38,3 %	71	40,3 %
Anderes Krankenhaus	2	0,6 %	1	0,6 %
Sonstige Einrichtung	16	4,6 %	10	5,7 %
k. A.	13	3,7 %	8	4,5 %
Gesamt	347	100,0 %	176	100,0 %
<b>Fachrichtung</b>				
Neurologie	109	31,4 %	38	21,6 %
Innere Medizin	137	39,5 %	83	47,2 %
Chirurgie	79	22,8 %	30	17,1 %
Andere Stationen	22	6,3 %	25	14,2 %
Gesamt	347	100,0 %	176	100,0 %
<b>Alter</b>	Durchschnittsalter: 80,6 Jahre		Durchschnittsalter: 81,6 Jahre	
<b>Verweildauer</b>	Mittlere Verweildauer: 13,4 Tage		Mittlere Verweildauer: 11,9 Tage	

Anhand dieser Merkmale sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen feststellbar. Weder bezogen auf das Alter noch hinsichtlich der Verweildauer ergeben sich signifikante Unterschiede. Die Herkunftsangaben sind in den beiden Gruppen nahezu identisch. Bezüglich der Fachrichtungszugehörigkeit ergeben sich lediglich leichte Unterschiede bei den Patientinnen und Patienten der Neurologie und der Inneren (21,6 % gegenüber 31,4 % bzw. 47,2 % gegenüber 39,5 %).

Auf die Darstellung der Pflegestufenverteilung wurde aufgrund sehr großer Datenlücken verzichtet. Eine alternative Möglichkeit, den pflegerelevanten Grad der Beeinträchtigung darzustellen und zu vergleichen, bietet die Einschätzung der Selbstständigkeit bei alltäglichen Lebensaktivitäten, die mit dem Erhebungsbogen ebenfalls erfasst wurde. Sie basiert auf einer vierstufigen Skala, die den Grad der Selbstständigkeit ausdrückt und die sich auch in einen Score zur Mittelwertbildung transformieren lässt. Das Ergebnis zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Selbstständigkeit der betreuten und nicht betreuten Patientinnen und Patienten

	selbstständig (0)	braucht Anregung (1)	eingeschränkt (2)	abhängig (3)	k. A.	Mittelwert (0-3)
<b>Körperpflege</b>						
Tagesbetreuung	8,6 %	18,2 %	28,2 %	44,7 %	0,3 %	2,1*
Keine Tagesbetreuung	5,1 %	17,0 %	22,7 %	55,1 %	0,0 %	2,3*
<b>Zahn-/Mundpflege</b>						
Tagesbetreuung	21,3 %	21,3 %	20,7 %	36,3 %	0,3 %	1,7*
Keine Tagesbetreuung	15,3 %	18,8 %	15,3 %	50,6 %	0,0 %	2,0*
<b>Haarpflege</b>						
Tagesbetreuung	16,7 %	16,7 %	20,5 %	45,5 %	0,6 %	2,0*
Keine Tagesbetreuung	11,4 %	12,5 %	15,9 %	58,5 %	1,7 %	2,2*
<b>Ankleiden</b>						
Tagesbetreuung	11,0 %	14,4 %	32,3 %	41,5 %	0,9 %	2,1
Keine Tagesbetreuung	11,9 %	10,2 %	23,3 %	54,5 %	0,0 %	2,2
<b>Nahrungsaufnahme</b>						
Tagesbetreuung	28,5 %	29,1 %	19,9 %	21,6 %	0,9 %	1,4*
Keine Tagesbetreuung	23,3 %	25,6 %	10,8 %	40,3 %	0,0 %	1,7*
<b>Ausscheiden</b>						
Tagesbetreuung	22,2 %	9,5 %	23,1 %	44,1 %	1,2 %	1,9
Keine Tagesbetreuung	21,6 %	8,5 %	14,2 %	55,7 %	0,0 %	2,0
<b>Mobilisieren</b>						
Tagesbetreuung	16,1 %	16,1 %	21,0 %	45,8 %	0,9 %	2,0*
Keine Tagesbetreuung	14,2 %	9,1 %	18,2 %	57,4 %	1,1 %	2,2*

\* Die Unterschiede sind auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

Offenkundig sind die Patientinnen und Patienten, die eine Tagesbetreuung erhalten, etwas weniger von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit betroffen als solche ohne Tagesbetreuung. Bezogen auf den Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege, der Zahn-/Mundpflege, der Haarpflege, der Nahrungsaufnahme sowie des Mobilisierens sind die Unterschiede statistisch signifikant. Die Unterschiede fallen allerdings nicht groß genug aus, um die Nicht-Teilnahme einer relativ großen Patientengruppe (34 %) ausreichend erklären zu können.

Letztlich ist eine Mischung aus unterschiedlichen Faktoren ausschlaggebend dafür, weshalb ein Teil der Zielgruppe der Tagesbetreuung nicht erreicht werden konnte. Neben der Selbstständigkeit dürften dabei u. a. auch die Motivation der Patientinnen und Patienten und die organisatorischen Voraussetzungen und Probleme von Bedeutung sein. Dazu gehört der Ausfall der Tagesbetreuung infolge von Krankheit oder Urlaub der hauptamtlichen Mitarbeiterin, der oft unvermeidlich war, weil eine Vertretung nur im Ansatz möglich war.

Doch auch die Priorität von Diagnostik, Behandlung und geplanter Pflege gegenüber der Tagesbetreuung spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Die nachgeordnete Position der Tagesbetreuung kam bei verschiedenen Teilerhebungen, insbesondere bei den Interviews mit den Betreuungs- und Pflegekräften deutlich zum Ausdruck. Lassen es die Prozesse auf der Station, eventuell anstehende Untersuchungen in den Funktionsbereichen oder angesetzte ärztliche Maßnahmen – dazu gehört ggf. auch eine Visite – nicht zu, nahmen die Patientinnen und Patienten nicht an der Tagesbetreuung teil. Routinemäßig suchte die hauptamtliche Betreuungskraft des Teekesselchens täglich die Stationen auf, um im Gespräch mit den Pflegekräften abzuklären, welche Patientinnen und Patienten von ihrer gesundheitlichen Verfassung her für die Gruppenbetreuung in Frage kamen und inwieweit die Maßnahmenplanung für den jeweiligen Tag es erlaubte, dass diese an den Aktivitäten im Teekesselchen teilnahmen.

Neben persönlichen Gründen (z. B. Besuch von Angehörigen; fehlende Motivation, die Station zu verlassen) konnten Patientinnen und Patienten daher häufig aufgrund der Priorität der Krankenhausroutine das Angebot der Tagesbetreuung nicht wahrnehmen. Dies trug mit dazu bei, dass die Kapazitäten der Tagesbetreuung phasenweise nicht ausgeschöpft wurden.

Tabelle 5: Kodierte Formen der Demenz

Form der Demenz	Patientinnen und Patienten mit entsprechender Kodierung (absolut)	davon: in der Tagesbetreuung (absolut)	Von der Tagesbetreuung erreichter Anteil (in %)
Vaskuläre Demenz (F01)	88	52	59,1 %
Nicht näher bezeichnete Demenz (F03)	81	47	58,0 %
Alzheimer-Krankheit (G30)	36	22	61,1 %
Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00)	29	17	58,6 %
Primäres Parkinson-Syndrom (G20)	10	5	50,0 %
Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02)	7	5	71,4 %
Delir (F05)	5	0	0,0 %
Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert (G31)	2	2	100,0 %
<b>Patientinnen und Patienten mit einer kodierten Demenz insgesamt</b>	<b>258</b>	<b>150</b>	<b>58,1 %</b>

Für 258 der insgesamt 523 Patientinnen und Patienten (49,3 %), die bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus als kognitiv beeinträchtigt galten, wurde eine Demenz als Diagnose angegeben. Die folgende Tabelle enthält eine Übersicht über die verschiedenen Formen der Demenz und darüber, inwieweit eine Teilnahme an der Tagesbetreuung vorkam (vgl. Tabelle 5).

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einer kodierten Demenz wird damit durch die Tagesbetreuung erreicht. Der Anteil liegt etwas unterhalb der Teilnahmequote unter allen Patientinnen und Patienten, bei denen bei der Stationsaufnahme Hinweise auf kognitive Einbußen vorlagen. Der Unterschied ist allerdings zu gering, um daraus Schlussfolgerungen ableiten zu können. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die Nebendiagnose „Demenz“ häufig nicht im Rahmen der internen Krankenhausstatistik erfasst wird.

Tabelle 6 zeigt weitere Charakteristika der Grundgesamtheit (alle Patientinnen und Patienten, die während des Erhebungszeitraums auf den Projektstationen behandelt wurden) und der betreuten Patientengruppe.

**Tabelle 6: Allgemeine Merkmale der Patientinnen und Patienten**

	Grundgesamtheit		Betreute Patientinnen und Patienten	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Geschlecht</b>				
Männlich	2.477	43,5 %	137	30,8 %
Weiblich	3.223	56,5 %	206	46,3 %
k. A.	0	0,0 %	102	22,9 %
<b>Alter</b>		<b>Durchschnittsalter: 64,1 Jahre</b>	<b>Durchschnittsalter: 80,5 Jahre</b>	
unter 70 Jahre	3.000	52,7 %	49	11,0 %
70 - 79 Jahre	1.320	23,2 %	116	26,1 %
80 - 89 Jahre	1.135	19,9 %	206	46,3 %
90 Jahre und älter	245	4,3 %	60	13,5 %
k. A.	0	0,0 %	14	3,1 %
<b>Verweildauer</b>		<b>Mittlere Verweildauer: 8,8 Tage</b>	<b>Mittlere Verweildauer: 14,0 Tage</b>	
> 0 Tage bis ≤ 8 Tage*	3.385	59,4 %	117	26,3 %
> 8 Tage bis ≤ 16 Tage	1.519	26,6 %	193	43,4 %
> 16 Tage bis ≤ 24 Tage	506	8,9 %	72	16,2 %
> 24 Tage	290	5,1 %	44	9,9 %
k. A.	0	0,0 %	19	4,3 %
<b>Insgesamt</b>	<b>5.700</b>	<b>100,0 %</b>	<b>445</b>	<b>100,0 %</b>

\* Es wurde der Abstand von acht Tagen gewählt, da die mittlere Verweildauer in den Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2010 7,9 Tage betrug (Statistisches Bundesamt 2012).

Die Angaben zum Geschlecht sind nur eingeschränkt aussagekräftig, da für knapp ein Viertel der betreuten Patientinnen und Patienten die entsprechende Information fehlt. Das Durchschnittsalter der betreuten Patientengruppe liegt erwartungsgemäß deutlich höher als das Durchschnittsalter aller behandelten Patientinnen und Patienten (80,5 gegenüber 64,1 Jahre). Patientinnen und Patienten im Alter von 80 bis 89 Jahren bilden mit einem Anteil von 46 % gewissermaßen die Hauptklientel der Tagesbetreuung. Auch die mittlere Verweildauer fällt deutlich höher aus als der Durchschnitt in der Grundgesamtheit (14 Tage gegenüber 8,8 Tage).

Eine knappe Mehrheit der Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung stammte aus der häuslichen Umgebung (52,7 %) (vgl. Tabelle 7). Ein weiterer, relativ großer Teil lebte in einer stationären Pflegeeinrichtung (38,3 %). Andere Herkunftsorte haben für die Patientenstruktur wenig Bedeutung.

Tabelle 7: Prä- und poststationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung

Versorgungssetting	Prästationär		Poststationär	
	Häufigkeit (absolut)	Anteil (in %)	Häufigkeit (absolut)	Anteil (in %)
Häusliche Umgebung	183	52,7 %	97	31,9 %
Stationäre Pflegeeinrichtung	133	38,3 %	135	44,4 %
Anderes Krankenhaus	2	0,6 %	8	2,6 %
Sonstige Einrichtung	16	4,6 %	43	14,1 %
Patient verstorben	0	0,0 %	1	0,3 %
k. A.	13	3,7 %	20	6,6 %
<b>Gesamt*</b>	<b>347</b>	<b>100,0 %</b>	<b>304</b>	<b>100,0 %</b>

\* Die Informationen sind unterschiedlichen Datenquellen entnommen, weshalb es zu Differenzen bezüglich der Stichprobengröße kommt (Bogen 2: n=347; Bogen 3: n=304).

Ein Drittel der Tagesbetreuungspatientinnen und -patienten (31,9 %) kehrte nach dem Krankenhausaufenthalt in die häusliche Umgebung zurück. 44,4 % wurden allerdings in eine stationäre Pflegeeinrichtung übergeleitet. Hierbei kann allerdings nicht immer davon ausgegangen werden, dass es sich um eine stationäre Langzeitversorgung handelt. Für etwa jeden siebten Fall (14,1 %) war eine „sonstige Einrichtung“ angegeben, womit vor allem der Übergang in eine Kurzzeitpflege gemeint war (19 Patientinnen und Patienten). Fasst man dies mit der Angabe „stationäre Pflegeeinrichtung“ zusammen, so ergibt sich ein Anteil von gut 50 %. Rund die Hälfte der betreuten Patientinnen und Patienten wird also in eine stationäre Kurzzeitpflege oder in die vollstationäre pflegerische Versorgung entlassen. Dies ist ein relativ hoher Anteil. Weitere Auswertungen ergaben, dass rund 25 % der Patientinnen und Patienten, die vor dem Krankenhausaufenthalt in der häuslichen Umgebung lebten, in die vollstationäre Pflege oder die Kurzzeitpflege entlassen wurden.

## Quote der betreuten Patientinnen und Patienten

Anhand der vorliegenden Daten lässt sich ermitteln, wie hoch der Anteil der betreuten Patientengruppe an allen Patientinnen und Patienten war. In den Jahren 2010 und 2011 wurden auf den fünf projektbeteiligten Stationen rund 6.600 Patientinnen und Patienten behandelt (Fallzahl laut Krankenhausstatistik). Im Erhebungszeitraum (12. April 2010 bis zum 23. Dezember 2011) waren es insgesamt 5.700. Von diesen 5.700 Patientinnen und Patienten nahmen insgesamt 445 mindestens einmal an der Tagesbetreuung teil (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Grundgesamtheit und betreute Patientinnen und Patienten auf den Projektstationen**  
(Datenquelle: Dokumentation der Tagesbetreuung)

	<b>Behandelte Patientinnen und Patienten insgesamt</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Tagesbetreuung</b>	<b>Anteil</b>
2010	2.380	164	6,9 %
2011	3.320	281	8,5 %
<b>Insgesamt</b>	<b>5.700</b>	<b>445</b>	<b>7,8 %</b>

Im Jahr 2011, dessen Werte aufgrund einer gewissen Routine und mehr Stetigkeit eher den Verhältnissen eines Regelbetriebs entsprechen, erhielten somit mindestens 8,5 % aller Patientinnen und Patienten der fünf Projektstationen eine Tagesbetreuung. Aufgrund einiger Unschärfen in der Dokumentation wird der tatsächliche Anteil damit tendenziell unterschätzt<sup>8</sup>. Eher ist von einem Anteil in Höhe von etwa 10 % an allen Patientinnen und Patienten der einbezogenen Fachbereiche auszugehen.

## Auslastungszahlen

Die Dokumentation der Patientenzahlen, die für den Zweck der Evaluation leicht angepasst wurde, erfolgte ab dem 12. April 2010 und wurde bis zum 24. Dezember 2011 durchgeführt. Da keine Vertretungskraft für die hauptamtliche Mitarbeiterin in der Tagesbetreuung vorgesehen war, fiel die Tagesbetreuung in einigen Wochen – bedingt durch Urlaub und Krankheit – aus. Hinzu kommt, dass die Tagesbetreuung in der letzten Kalenderwoche des Jahres regelhaft nicht geöffnet ist. Insgesamt fand die Tagesbetreuung damit während des Dokumentationszeitraumes an 12 Wochen nicht statt<sup>9</sup>. Damit ergeben sich insgesamt 76 Wochen, während derer die Tagesbetreuung im Projektzeitraum zugänglich war (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Betrieb der Tagesbetreuung im Projektzeitraum**

	<b>Anzahl an Wochen nomineller Öffnung</b>	<b>Anzahl an Wochen tatsächlicher Öffnung</b>
2010	37	30
2011	51	46
<b>Insgesamt</b>	<b>88</b>	<b>76</b>

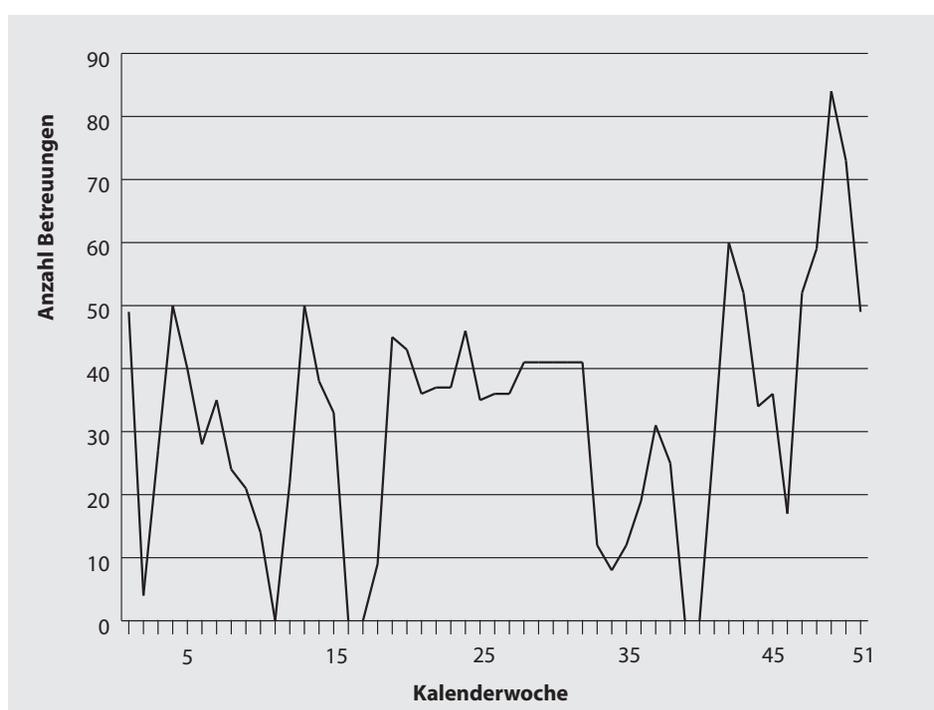
<sup>8</sup> In der Dokumentation der Tagesbetreuung finden sich Patientinnen und Patienten von den Projektstationen, für die keine Fallnummern dokumentiert wurden. Hier liegen lediglich Angaben über die Anzahl der Betreuungssequenzen vor, aber keine gesicherten Angaben über die Anzahl der Patientinnen und Patienten.

<sup>9</sup> Hinzu kommt, dass während 3,5 Wochen im Jahr 2011 eine teilweise Urlaubsvertretung erfolgte. In diesem Zeitraum war die Tagesbetreuung an den üblichen Tagen etwa für die Hälfte der Zeit geöffnet (ca. 17 Stunden pro Woche).

Wie schon erwähnt, konnten neben den Betreuten der fünf am Projekt beteiligten Stationen auch Patientinnen und Patienten anderer Stationen das Angebot der Tagesbetreuung in Anspruch nehmen. Während des Projektzeitraums wurde die Tagesbetreuung von insgesamt sechs weiteren Stationen genutzt (Fachrichtungen: Frührehabilitation, Kardiologie, Innere, Neurologie, Neurochirurgie, Gynäkologie, Querschnittabteilung). Für deren Patientinnen und Patienten standen jedoch, anders als im Falle der Projektstationen, keine Kodierungen bzw. Fallnummern zur Verfügung. Deshalb lässt sich für diese Gruppe beispielsweise nicht genau angeben, wie häufig die Tagesbetreuung jeweils aufgesucht wurde. Zur Verfügung stehen in diesem Fall lediglich Angaben zu den Betreuungssequenzen (Fallzahlen, keine Patientenzahlen).

In den Abbildungen 2 und 3 wird die Anzahl der Betreuungssequenzen und der betreuten Patientinnen und Patienten pro Woche im Jahr 2011 dargestellt). Abgebildet ist die Gesamtzahl (alle Patientinnen und Patienten; Betreuungen im Teekesselchen und auf dem Zimmer).

Abbildung 2: Betreuungssequenzen im Jahr 2011



Die Schwankungen in den Kurven kommen vor allem durch den zeitweisen Ausfall der Tagesbetreuung zustande. Weitere Gründe dürften vor allem in Störungen des regulären Stationsbetriebs in den beteiligten Bereichen liegen (z. B. Umbau- und Renovierungsarbeiten).

Die mittlere Anzahl der Betreuungssequenzen pro Woche für das gesamte Patientenkollektiv belief sich im Jahr 2011 auf 32,4 (vgl. Tabelle 10, einschließlich Betreuten aus den nicht am Projekt beteiligten Stationen). Im gleichen Jahr wurden mehr als 1.600 Betreuungssequenzen durchgeführt, rund 80 % davon bei Patientinnen und Patienten der Projektstationen (vgl. Tabelle 11).

Abbildung 3: Anzahl betreuer Patientinnen und Patienten im Jahr 2011

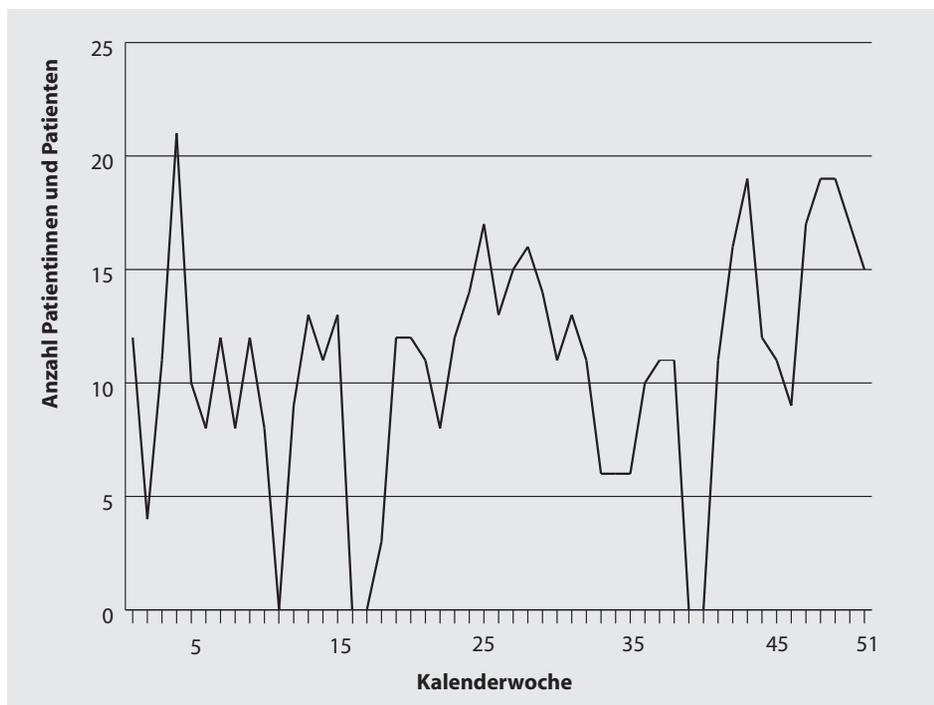


Tabelle 10: Durchschnittswert der Betreuungssequenzen pro Woche

	2010	2011	Insgesamt
Mittlere Anzahl pro Woche	26,6	32,4	29,9
Streuung der Anzahl pro Woche	0 bis 50	0 bis 84	0 bis 84

Tabelle 11: Anzahl an Betreuungen insgesamt, differenziert nach Herkunftsstation

	2010	2011	Insgesamt
Projektstationen	805	1.356	2.161
Andere Stationen	205	296	501
<b>Insgesamt</b>	<b>1.010</b>	<b>1.652</b>	<b>2.662</b>

Die Summe der während des Projektes insgesamt betreuten Patientinnen und Patienten lässt sich nicht exakt ermitteln. Dies ist nur für den Zeitraum einer Woche bzw. im Wochen-durchschnitt möglich. Wie Tabelle 12 zeigt, lag dieser Mittelwert im Jahr 2011 bei zwölf be-treuten Patientinnen und Patienten. Die im Zeitverlauf relativ starken Schwankungen des Patientenaufkommens werden erneut deutlich. Im gesamten Projektzeitraum wurden, wenn man von den Zeiten des vollständigen Ausfalls der Tagesbetreuung absieht, pro Woche zwi-schen drei und 21 Patientinnen und Patienten begleitet.

**Tabelle 12: Mittlere Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten pro Woche (ohne Zeiten mit vollständigem Ausfall der Tagesbetreuung)**

	Mittlere Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten pro Woche	Streuung der Patientenanzahl pro Woche
2010	9,4	4 bis 14 Patientinnen und Patienten
2011	11,9	3 bis 21 Patientinnen und Patienten

Mehr als 90 % der Betreuungssequenzen fanden im Tagesraum statt (vgl. Tabelle 13), die Betreuung auf dem Patientenzimmer waren also eher die Ausnahme. Lässt man wieder die Wochen, in denen die Tagesbetreuung gänzlich inaktiv war, außer Betracht, so ergibt sich für das Jahr 2011 ein Durchschnitt von 3,5 Betreuungen pro Woche, die in einem Patientenzimmer stattfanden.

**Tabelle 13: Anzahl der Betreuungen, differenziert nach Betreuungsort**

	2010	2011	Insgesamt
Betreuungen im Teekesselchen	955	1489	2.444
Betreuungen im Patientenzimmer	55	163	218
<b>Anzahl an Betreuungen insgesamt</b>	<b>1.010</b>	<b>1.652</b>	<b>2.662</b>

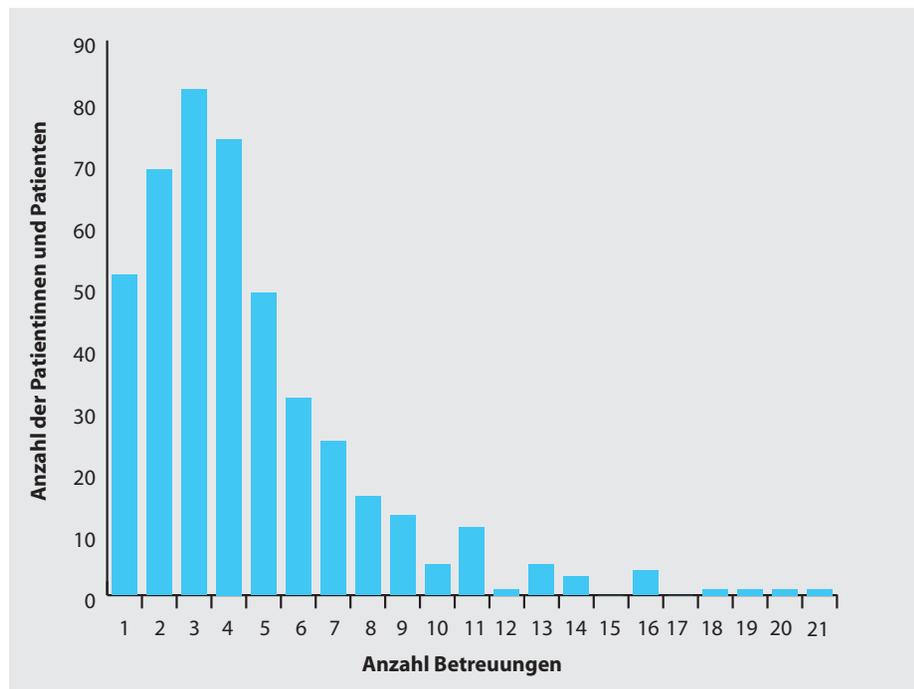
Insgesamt fand im Projektzeitraum im Rahmen der Tagesbetreuung bei 94 Fällen eine Betreuung auf dem Zimmer statt. In zwei Dritteln der Fälle (67 %) erfolgte die Betreuung ausschließlich auf dem Zimmer, in einem Drittel der Fälle (33 %) sowohl auf dem Zimmer, als auch im Teekesselchen.

### Inanspruchnahme der Tagesbetreuung<sup>10</sup>

Im Folgenden werden Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme der Tagesbetreuung durch die insgesamt 445 Patientinnen und Patienten der Projektstationen beschrieben. Abbildung 4 enthält zunächst die Häufigkeitsverteilung der Betreuungssequenzen. Dargestellt wird, wie viele Patientinnen und Patienten wie viele Male durch die Tagesbetreuung insgesamt betreut wurden (Tagesraum und Zimmerbetreuung). Dabei soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass bereits ein halber Tag (Vormittag oder Nachmittag) in der Tagesbetreuung als eine Betreuung gilt.

<sup>10</sup> Wie bereits im Kapitel zum methodischen Vorgehen ausgeführt wurde, stammen die zur Evaluation genutzten Daten aus unterschiedlichen Quellen. Je nach Fragestellung und Datenbasis können daher unterschiedliche Stichprobengrößen angegeben sein.

Abbildung 4: Nutzungsintensität der Tagesbetreuung



Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten (73,3 %) bewegt sich im Bereich von einer bis fünf Betreuungen. Etwa ein Viertel (27,2 %) wurde lediglich ein oder zwei Mal betreut. Nur ein geringer Anteil erhielt eine längere Betreuung. So wurden 33 Patientinnen und Patienten (6,3 %) häufiger als neun Mal betreut. Der Durchschnitt lag bei 4,5 Betreuungen pro Fall.

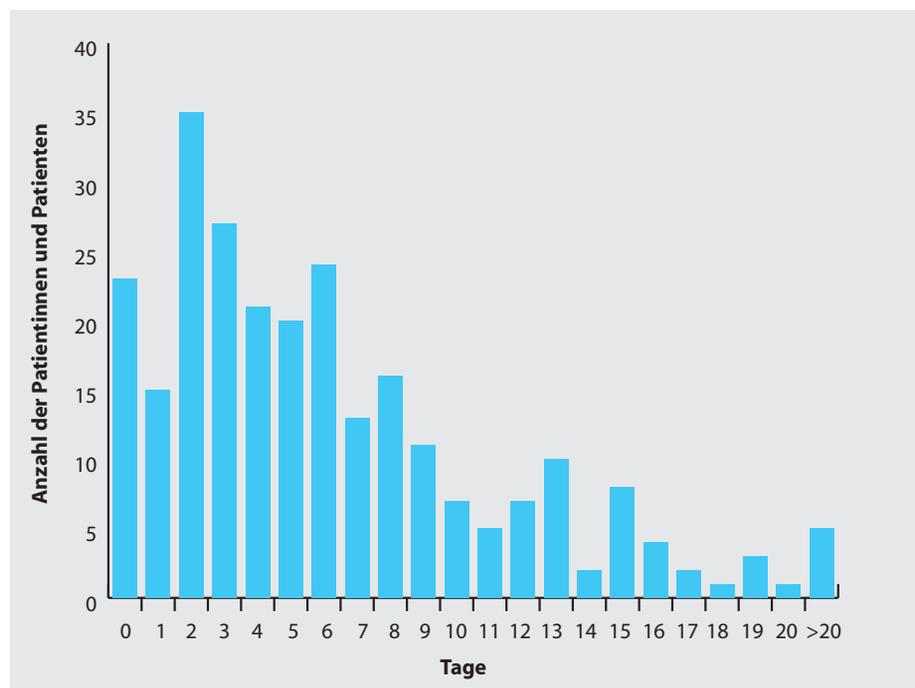
Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (69,4 %) wurden lediglich während einer Woche betreut (vgl. Tabelle 14). Etwa ein Viertel (23,8 %) nutzte die Tagesbetreuung während zwei Wochen. Eine Tagesbetreuung über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen ist lediglich in 30 Fällen (6,7 %) zu verzeichnen.

Tabelle 14: Anzahl an Wochen der Betreuung im Rahmen der Tagesbetreuung

Anzahl an Wochen in der Tagesbetreuung	Anzahl an Patientinnen und Patienten (absolut)	Anteil (in %)
Eine Woche	309	69,4 %
Zwei Wochen	106	23,8 %
Drei Wochen	25	5,6 %
Vier Wochen	4	0,9 %
Fünf Wochen	1	0,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>445</b>	<b>100,0 %</b>

Hieran anknüpfend interessiert die Frage, in welchem Verhältnis die Phase der Tagesbetreuung zum gesamten Krankenhausaufenthalt steht. Im Durchschnitt dauerte es nach der Krankenhausaufnahme knapp eine Woche (6,4 Tage) bis die Patientinnen und Patienten zum ersten Mal die Tagesbetreuung aufsuchten. Diesem Mittelwert liegt eine relativ breite Verteilung zugrunde (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Anzahl der Tage zwischen Krankenhausaufnahme und Aufnahme in die Tagesbetreuung



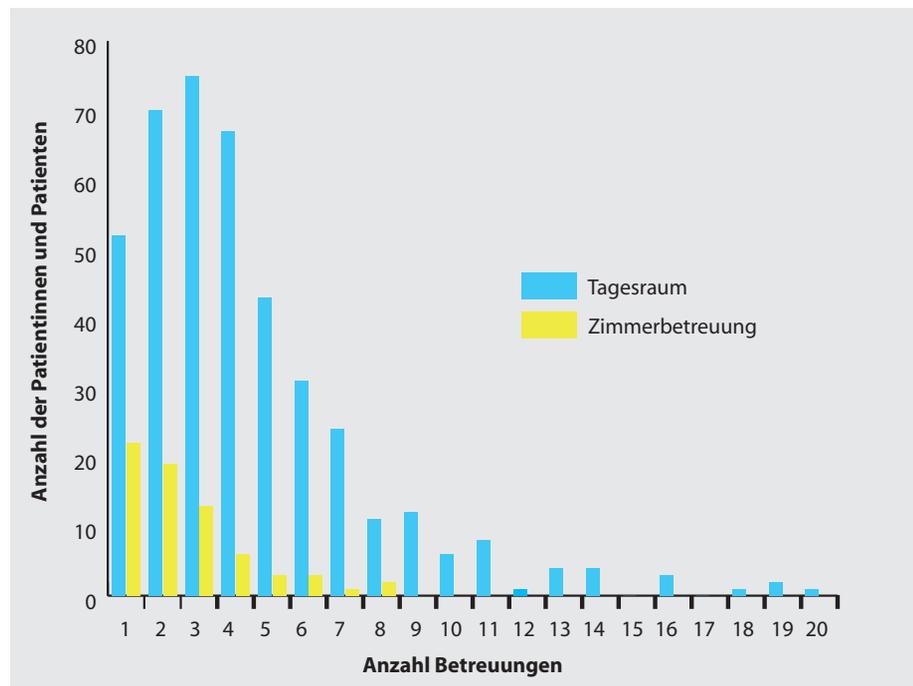
Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten ( $n=100$  bzw. 34,5 %) kommt noch am Tag der Krankenhausaufnahme oder bis zu drei Tage danach in die Tagesbetreuung. Bei 27 % der Patientinnen und Patienten ( $n=78$ ) vergehen vier Tage bis eine Woche, bei jedem fünften acht Tage bis zu zwei Wochen ( $n=58$  bzw. 20 %). Bei einem beträchtlichen Anteil der Patientinnen und Patienten vergeht damit relativ viel Zeit nach der Aufnahme, bis sie das erste Mal die Tagesbetreuung nutzen.

Die Phase der Tagesbetreuung endet in der Regel mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Im Schnitt vergehen zwischen dem letzten Besuch in der Tagesbetreuung und der Krankenhausentlassung 1,3 Tage. Der Großteil der Patientinnen und Patienten ( $n=228$  bzw. 78,6 %) wird noch am Tag des letzten Besuches in der Tagesbetreuung oder am Tag danach aus dem Krankenhaus entlassen.

In den vorangegangenen Ausführungen wurde bereits beschrieben, dass die Betreuung im Patientenzimmer zahlenmäßig nur einen geringen Teil der Betreuungen ausmacht (Anteil an allen Betreuungssequenzen = 8,2 %). Eine nähere Auswertung der Daten zeigt, dass in diesem Fall eine Anzahl von ein bis drei Betreuungen je Fall die Regel war (vgl. Abbildung 6). Den Höchstwert bildeten acht Betreuungen.

Eine Betreuung auf dem Zimmer erhielten insgesamt 69 der 445 Patientinnen und Patienten (15,5 %). Sie waren im Schnitt älter als die übrigen betreuten Patientinnen und Patienten (83,6 Jahre) und wiesen eine längere Verweildauer auf (18,2 Tage). Die Betreuung auf dem Zimmer wird also vor allem bei Patientinnen und Patienten durchgeführt, die schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und aus diesem Grund nicht oder nur schlecht die Tagesbetreuung aufsuchen können.

Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Anzahl an Betreuungen nach Betreuungsort



## Fazit

Zur Einschätzung der Patientenzahlen wurde auf die Daten aus dem Jahr 2011 Bezug genommen, weil der Betrieb der Tagesbetreuung in diesem Jahr weniger von Störungen und Ausfällen betroffen war als im Jahr davor. Unregelmäßigkeiten bei der Nutzung der Tagesbetreuung resultierten hierbei zum Teil aus Entwicklungen auf den Herkunftstationen der Patientinnen und Patienten. Im Wochenschnitt wurden zwölf Patientinnen und Patienten betreut. Zu einem Großteil (80 %) stammten diese von den Projektstationen. Die Betreuung spielte sich größtenteils im Tagesraum und eher selten auf dem Patientenzimmer ab.

Mit dem Tagesbetreuungsangebot wurden im Jahr 2011 etwa 10 % der Patientinnen und Patienten aus den fünf beteiligten Stationen der Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie erreicht. Dieser Anteil liegt, wie gemeinsame Diskussionen mit Beschäftigten des Krankenhauses nach Abschluss der Datenauswertungen zeigten, eher unerwartet hoch. Wenn die bisherigen Schätzungen, nach denen der Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einbußen in den großen Fachbereichen der Inneren Medizin und der Chirurgie in einer Größenordnung von 10 bis 15 % liegen, zutreffen, dann repräsentiert der für das GKH ermittelte Anteil von 10 % einen eher hohen Grad der Zielgruppenerreichung.

Zu berücksichtigen ist allerdings auch, dass 5 % aller Patientinnen und Patienten der beteiligten Stationen bei der Aufnahme kognitive Einbußen aufwiesen, ohne später die Tagesbetreuung zu nutzen. Dies sind immerhin 33 % aller Patientinnen und Patienten, die bei ihrer Aufnahme als kognitiv beeinträchtigt eingestuft wurden. Die Analysen haben gezeigt, dass es tendenziell die schwerer erkrankten unter den kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten waren, die nicht in die Tagesbetreuung kamen, weil sie beispielsweise nicht ausreichend mobil waren oder einen Unterstützungsbedarf aufwiesen, der die Möglichkeiten der Betreuungskräfte aus der Tagesbetreuung überstieg. Abgesehen davon lehnten Patientinnen und Patienten teilweise aus persönlichen Gründen eine Teilnahme ab (z. B. Besuch eines Angehörigen), oder, was häufiger der Fall war, der Behandlungsverlauf stand einer Teilnahme entgegen. Wie sich während des gesamten Projektverlaufs zeigte, hatten die regulären Stationsabläufe stets Vorrang.

Hinzu kommt, dass nicht wenige Patientinnen und Patienten während des gesamten stationären Aufenthalts lediglich ein oder zwei Mal betreut wurden. Der Großteil der Patientinnen und Patienten (73,3 %) besuchte die Tagesbetreuung nur wenige Male (ein bis fünf Betreuungen) und zumeist auch nur über den Zeitraum einer Woche (69,4 %). Im Durchschnitt kamen auf jeden Betreuten 4,5 Besuche. Zwischen der Krankenhausaufnahme und dem ersten Besuch der Tagesbetreuung vergingen im Schnitt 6,4 Tage. Die Phase der Betreuung endete in den meisten Fällen kurz vor der Krankenhausentlassung.

Wenngleich daher der genannte Anteil von 10 % aller Patientinnen und Patienten der beteiligten Stationen eine relativ gute Zielgruppenerreichung zum Ausdruck bringt, ist gleichzeitig festzustellen, dass unter optimalen organisatorischen Voraussetzungen sowohl dieser Anteil als auch die durchschnittliche Zahl der Betreuungen je Fall sehr wahrscheinlich höher gelegen hätten.

### 3.3 Entwicklung von Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen

Die folgenden Ausführungen gehen der Frage nach, welche Effekte der Tagesbetreuung im Rahmen der externen Evaluation festgestellt werden konnten. Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten stehen dabei im Mittelpunkt der Betrachtung. Effekte auf andere Beteiligte (Pflegerkräfte und Angehörige) werden später thematisiert.

Die Untersuchung der Wirkungen erfolgte anhand mehrerer Indikatoren. Den Schwerpunkt bildete der Vorher-Nachher-Vergleich in den Bereichen

- Mobilität,
- kognitive Fähigkeiten und
- Verhaltensweisen.

Die entsprechenden Charakteristika der Patientinnen und Patienten wurden von den Pflegekräften der Stationen am Tag der Aufnahme in die Tagesbetreuung und erneut bei der Entlassung aus dem Krankenhaus eingeschätzt. Veränderungen zwischen diesen beiden Zeitpunkten liefern möglicherweise wichtige Hinweise für die Untersuchung der Wirksamkeit der Tagesbetreuung. Für insgesamt 290 Patientinnen und Patienten liegen sämtliche Daten vor, die eine Analyse von Veränderungen in den Bereichen Mobilität, Kognition und Verhalten (Vorher-Nachher-Vergleich) gestatten.

#### Veränderungen der Mobilität, Kognition und Verhaltensweisen

Veränderungen der Mobilität der betreuten Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes wurden mit fünf Indikatoren erfasst, bei denen der Grad der Beeinträchtigung in vier Stufen unterteilt wird (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Mobilität bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und Krankenhauserlassung (n=290)

		0	1	2	3	k. A.
<b>Positionswechsel im Bett</b>	Vorher	34,8 %	27,9 %	25,5 %	11,4 %	0,3 %
	Nachher	41,0 %	24,1 %	23,8 %	10,3 %	0,7 %
<b>Stabile Sitzposition halten</b>	Vorher	44,8 %	31,7 %	17,6 %	5,5 %	0,3 %
	Nachher	51,7 %	27,2 %	13,8 %	6,6 %	0,7 %
<b>Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen</b>	Vorher	19,3 %	27,2 %	25,9 %	27,6 %	0,0 %
	Nachher	26,6 %	24,1 %	24,1 %	24,1 %	1,0 %
<b>Fortbewegen auf der Station</b>	Vorher	14,5 %	16,9 %	24,8 %	43,4 %	0,3 %
	Nachher	19,3 %	20,0 %	19,7 %	40,7 %	0,3 %
<b>Treppensteigen</b>	Vorher	7,6 %	9,3 %	12,4 %	68,3 %	2,4 %
	Nachher	10,7 %	10,3 %	10,7 %	65,5 %	2,8 %

(selbstständig=0, überwiegend selbstständig=1, überwiegend unselbstständig=2, unselbstständig=3)

Im Gesamtbild ist bei der Mobilität der Patientinnen und Patienten, die die Tagesbetreuung besuchten, eine Stabilisierung mit leichter Tendenz zur Verbesserung zu verzeichnen. Der Anteil der stark in ihrer Mobilität beeinträchtigten Patientinnen und Patienten („überwiegend unselbstständig“ oder „unselbstständig“) geht im Verlauf der Tagesbetreuung zurück, der Anteil der weniger bis gar nicht beeinträchtigten („selbstständig“ oder „überwiegend selbstständig“) steigt an. Der positive Trend ist vor allem anhand des wachsenden Anteils selbstständiger Patientinnen und Patienten zu beobachten, der durchgängig für alle fünf Variablen zu verzeichnen ist.

Bei den kognitiven Fähigkeiten ist eine ähnliche Entwicklung zu verzeichnen. Insgesamt bleiben die kognitiven Fähigkeiten der betreuten Patientinnen und Patienten stabil oder sie verbessern sich tendenziell. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der die erhobenen sechs Fähigkeiten immer oder häufig beherrscht, nimmt leicht zu, der Anteil, der diese Fähigkeiten nur „manchmal“ oder „nie oder fast nie“ beherrscht, sinkt im Gegenzug leicht (vgl. Tabelle 16). Im Vergleich zur Mobilität fallen die Veränderungen etwas geringer aus.

**Tabelle 16: Kognitive Fähigkeiten bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und Krankenhausentlassung (n=290)**

		immer	häufig	manchmal	nie oder fast nie	k. A.
Örtliche Orientierung: Weiß, wo er/sie sich befindet	Vorher	19,3 %	28,3 %	32,1 %	19,7 %	0,7 %
	Nachher	25,9 %	30,0 %	24,1 %	20,0 %	0,0 %
Zeitliche Orientierung: Kann Tageszeit und Wochentag angeben	Vorher	13,8 %	25,5 %	31,4 %	27,9 %	1,4 %
	Nachher	18,3 %	27,2 %	27,6 %	26,6 %	0,3 %
Gedächtnis: Erinnert die letzten Stunden und Tage	Vorher	19,7 %	27,2 %	31,4 %	20,7 %	1,0 %
	Nachher	22,1 %	29,0 %	31,4 %	17,2 %	0,3 %
Personen wiedererkennen	Vorher	26,9 %	36,2 %	25,5 %	10,3 %	1,0 %
	Nachher	31,4 %	35,2 %	23,4 %	9,7 %	0,3 %
Kann elementare Bedürfnisse mitteilen (Hunger, Durst etc.)	Vorher	35,5 %	31,7 %	18,6 %	14,1 %	0,0 %
	Nachher	41,4 %	28,6 %	18,3 %	11,7 %	0,0 %
Reagiert folgerichtig auf Aufforderungen	Vorher	30,3 %	41,4 %	22,1 %	6,2 %	0,0 %
	Nachher	37,2 %	39,0 %	15,9 %	7,9 %	0,0 %

(immer = 0, häufig = 1, manchmal = 2, nie oder fast nie = 3)

Im Falle der Verhaltensweisen ergibt sich ein nicht ganz so einheitliches Bild (vgl. Tabelle 17). Für sechs der insgesamt acht erhobenen Variablen ist ebenfalls eine Stabilisierung mit leichtem Trend zur Verbesserung zu verzeichnen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die das entsprechende Verhalten häufig oder ständig zeigen, geht im Verlauf der Zeit leicht zurück. Im Gegenzug steigt der Anteil der Patientinnen und Patienten tendenziell, der sich nur manchmal oder gar nicht auffällig verhält. Abgesehen von diesen leichten Schwankungen bleiben die Anteile insgesamt betrachtet stabil. Verbale Aggressionen und andere vokale Auffälligkeiten hingegen zeigen eine nahezu unveränderte Verteilung.

**Tabelle 17: Verhaltensweisen bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und Krankenhausentlassung  
(n=290)**

		nie	manchmal	häufig	ständig	k. A.
Motorisch geprägte Verhaltensweisen	Vorher	56,9 %	23,8 %	13,8 %	4,8 %	0,7 %
	Nachher	63,8 %	24,5 %	8,3 %	2,8 %	0,7 %
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	Vorher	81,4 %	13,4 %	3,4 %	1,0 %	0,7 %
	Nachher	86,2 %	9,3 %	3,4 %	0,3 %	0,7 %
Verbale Aggression	Vorher	84,5 %	11,4 %	3,1 %	0,3 %	0,7 %
	Nachher	83,8 %	11,4 %	2,8 %	1,4 %	0,7 %
Andere vokale Auffälligkeiten	Vorher	76,2 %	14,1 %	6,6 %	2,4 %	0,7 %
	Nachher	76,2 %	14,1 %	5,9 %	2,4 %	1,4 %
Abwehr pflegerischer/ unterstützender Maßnahmen	Vorher	64,8 %	27,2 %	6,2 %	1,4 %	0,3 %
	Nachher	71,4 %	20,7 %	4,8 %	2,1 %	1,0 %
Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	Vorher	74,1 %	16,9 %	6,9 %	0,3 %	1,7 %
	Nachher	76,6 %	18,3 %	3,1 %	0,0 %	2,1 %
Ängste	Vorher	48,3 %	39,3 %	10,7 %	1,4 %	0,3 %
	Nachher	53,4 %	35,5 %	9,0 %	1,0 %	1,0 %
Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	Vorher	35,5 %	41,0 %	16,6 %	5,9 %	1,0 %
	Nachher	41,7 %	39,7 %	12,8 %	5,2 %	0,7 %

(nie = 0, manchmal = 1, häufig = 2, ständig = 3)

Die Ergebnisse zeigen somit, dass die Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung im Hinblick auf Mobilität, kognitive Fähigkeiten und auffällige Verhaltensweisen im Wesentlichen stabil bleiben. Es sind nur leichte Veränderungen feststellbar und diese fallen durchweg positiv aus (Verbesserungen im Status). Es kommt offensichtlich zu einer Stabilisierung der Fähigkeiten mit leichten Tendenzen hin zu einer Verbesserung.

Im Folgenden ist die Frage zu beantworten, ob es sich dabei um eine zufällig entstandene Verteilung handelt oder ob die dargestellten Ergebnisse tatsächlich eine Stabilisierung ausdrücken. Dazu wurden für die drei erfassten Bereiche Mobilität, Kognition und Verhalten Mittelwerte gebildet und diese dann einem t-Test unterzogen. Die Ergebnisse aller Variablen des jeweiligen Bereichs ergeben einen Punktwert (Score), mit dem sich solche Mittelwerte bilden lassen.

Der Mittelwert-Vergleich bestätigt die oben beschriebenen Ergebnisse: Es ergibt sich in allen drei Bereichen – Mobilität, Kognition und auffällige Verhaltensweisen – ein positiver, signifikanter Trend (vgl. Tabelle 18). Betrachtet man allerdings den Wertebereich, den der jeweilige Score annehmen kann (0 - 15, 0 - 18 bzw. 0 - 40), zeigt sich, dass die Unterschiede sehr gering ausfallen. Die mittlere Veränderung ist bei der Mobilität am höchsten (- 4 %) und beim Verhalten am geringsten (- 1,8 %) (Kognition: - 3,3 %). Im Gesamtbild deuten die erfassten

Werte daher – trotz statistischer Signifikanz – eher auf eine Stabilisierung denn auf eine Verbesserung der Fähigkeiten der betreuten Patientinnen und Patienten hin.

**Tabelle 18: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte**

	<b>Bei Aufnahme in die Tagesbetreuung</b>	<b>Bei Entlassung aus dem Krankenhaus</b>	<b>p-Wert</b>
Mobilität (0 - 15) (n=271)	8,1	7,5	p < 0,001
Kognition (0 - 18) (n=280)	8,2	7,6	p < 0,001
Verhalten (0 - 40) (n=275)	4,6	3,9	p < 0,001

Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass es sich um Mittelwerte handelt, denen eine (breite) Streuung zu Grunde liegt. Im Folgenden sollen daher ergänzend die Anteile der Patientinnen und Patienten berechnet werden, deren Fähigkeiten sich verschlechtert oder verbessert haben bzw. stabil geblieben sind.

Hierbei stellt sich zunächst die Frage, ab welcher Veränderung im Vorher-Nachher-Vergleich von einer wirklichen Veränderung gesprochen werden kann. Entsprechend der theoretischen und empirischen Vorarbeiten zum Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wurde festgelegt, dass ab einer Differenz im mittleren Punktwert von mindestens drei Punkten von einer Veränderung gesprochen werden kann (vgl. Windeler et al. 2008, Wingenfeld et al. 2008). Reduziert sich also der mittlere Punktwert im Laufe des Krankenhausaufenthaltes um drei oder mehr Punkte, wird dies als Verbesserung der Fähigkeiten in Bezug auf Mobilität, Kognition und Verhalten gewertet. Erhöht sich der Wert um drei oder mehr Punkte, wird dies umgekehrt als Verschlechterung angesehen. Alle Veränderungen im Bereich zwischen 3 und -3 werden als wenig bedeutsame Veränderung bzw. als (annähernde) Stabilität interpretiert.

Gemäß dieser Festlegung ergeben sich für alle Patientinnen und Patienten, für die der Vorher-Nachher-Vergleich berechnet werden konnte, folgende Verteilungen.

**Tabelle 19: Veränderungen von Fähigkeiten in der Phase der Tagesbetreuung (Anteilswerte, absolut und in %)**

	<b>Verschlechterung</b>	<b>Stabilisierung*</b>	<b>Verbesserung</b>	<b>k. A.</b>	<b>Gesamt</b>
Mobilität	11 (3,8 %)	225 (77,6 %)	33 (11,4 %)	21 (7,2 %)	290 (100,0 %)
Kognition	20 (6,9 %)	219 (75,5 %)	41 (14,1 %)	10 (3,4 %)	290 (100,0 %)
Verhalten	28 (9,7 %)	193 (66,6 %)	54 (18,6 %)	15 (5,2 %)	290 (100,0 %)

\*Scorendifferenz kleiner als 2

Für den Großteil der Patientinnen und Patienten zeigt sich erneut eine gleichbleibende Situation (zwischen 66,6 % und 77,6 %). Lediglich ein kleiner Teil verschlechtert sich (zwischen 3,8 % und 9,7 %). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die sich verbessern, fällt hingegen deutlich höher aus. Die Feststellung einer Tendenz der Stabilität von Mobilität, Kognition und Verhalten mit einer leichten Tendenz hin zu einer Verbesserung wird damit weiter bekräftigt.

## Veränderungen nach Fachabteilungen

In einem weiteren Schritt ist allerdings zu überprüfen, inwieweit dieses Ergebnis von anderen Faktoren beeinflusst wird, die im Rahmen der Erhebung erfasst werden konnten. Hierzu wird zunächst einmal analysiert, ob die beschriebene Tendenz je nach Fachabteilung unterschiedlich ausfällt. Es ist nicht zu erwarten, dass die abteilungsspezifischen Ergebnisse identisch sind. Wenn sie allerdings besonders stark voneinander abweichen, wäre eher davon auszugehen, dass sich in den bislang referierten Ergebnissen Unterschiede der Patientenstruktur oder der Versorgung abbilden.

Tabelle 20 zeigt Veränderungen der Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen gesondert nach den drei teilnehmenden Fachrichtungen.

Tabelle 20: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte nach Fachrichtung

	Mittlerer Punktwert ...		p-Wert
	... bei Aufnahme in die Tagesbetreuung	... bei Entlassung aus dem Krankenhaus	
<b>Neurologie</b>			
Mobilität (n=92)	8,9*	8,1*	p < 0,001
Kognition (n=94)	8,1*	6,7*	p < 0,001
Verhalten (n=93)	4,3*	2,8*	p < 0,001
<b>Innere</b>			
Mobilität (n=105)	7,9*	7,2*	p = 0,010
Kognition (n=111)	8,6	8,5	p = 0,498
Verhalten (n=106)	4,2	3,7	p = 0,089
<b>Chirurgie</b>			
Mobilität (n=63)	7,7	7,3	p = 0,207
Kognition (n=63)	7,4	7,2	p = 0,622
Verhalten (n=63)	5,4	5,5	p = 0,721

Auch bei gesonderter Betrachtung der Fachrichtungen wird das bisherige Ergebnis weitgehend bestätigt: Die Mittelwerte bleiben in etwa konstant bzw. verringern sich, überwiegend jedoch nur in sehr geringem Maße, so dass angesichts der verhältnismäßig geringen Teilstichproben bei dieser Analyse keine signifikanten Unterschiede auszumachen sind. Sie bewegen sich je nach Fachrichtung außerdem auf einem unterschiedlichen Niveau: Während bei den neurologischen Patientinnen und Patienten deutlich ausgeprägte (und signifikante) Verbesserungstendenzen auszumachen sind, überwiegt bei denen der Inneren Medizin und der Chirurgie die Tendenz zur Stabilität. Wenn jedoch signifikante Verbesserungen nur bei Patientinnen und Patienten der Neurologie auszumachen sind, ist anzunehmen, dass sich darin spezifische Merkmale der Patientenstruktur oder der Versorgung auf den betreffenden Stationen ausdrücken. Der Einfluss, den sie ausüben, ist allerdings nicht genau bestimmbar.

Auch für die abteilungsspezifische Auswertung soll hier noch einmal der Anteil der Patientinnen und Patienten ausgewiesen werden, bei denen die Daten Stabilität bzw. Veränderung zeigen.

**Tabelle 21: Veränderungen von Fähigkeiten in der Phase der Tagesbetreuung**  
(Anteilswerte nach Fachrichtung, absolut und in %; Score Differenz > 2)

	Verschlechterung	Stabilisierung	Verbesserung	k. A.	Gesamt
<b>Neurologie</b>					
Mobilität	2 (2,1 %)	82 (86,3 %)	8 (8,4 %)	3 (3,2 %)	95 (100,0 %)
Kognition	0 (0,0 %)	78 (82,1 %)	16 (16,8 %)	1 (1,1 %)	95 (100,0 %)
Verhalten	1 (1,1 %)	72 (75,8 %)	20 (21,1 %)	2 (2,1 %)	95 (100,0 %)
<b>Innere</b>					
Mobilität	5 (4,4 %)	84 (73,7 %)	14 (12,3 %)	11 (9,6 %)	114 (100,0 %)
Kognition	10 (8,8 %)	85 (74,6 %)	16 (14,0 %)	3 (2,6 %)	114 (100,0 %)
Verhalten	12 (10,5 %)	77 (67,5 %)	17 (14,9 %)	8 (7,0 %)	114 (100,0 %)
<b>Chirurgie</b>					
Mobilität	4 (5,8 %)	49 (71,0 %)	10 (14,5 %)	6 (8,7 %)	69 (100,0 %)
Kognition	9 (13,0 %)	45 (65,2 %)	9 (13,0 %)	6 (8,7 %)	69 (100,0 %)
Verhalten	14 (20,3 %)	39 (56,5 %)	12 (17,4 %)	4 (5,8 %)	69 (100,0 %)

Der Anteil der „stabilen“ Patientinnen und Patienten ist in der Neurologie am höchsten (75,8 % bis 86,3 %) und in der Chirurgie am geringsten (56,5 % bis 71,0 %). Bei den neurologischen Patientinnen und Patienten treten außerdem nur in einzelnen Ausnahmefällen Verschlechterungen auf. Damit bestätigt sich die oben beschriebene Beobachtung. Das gilt im Grundsatz auch für die Feststellung, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ihre Fähigkeiten im Verlauf verbessern können, höher liegt als der Anteil, der sich tendenziell verschlechtert – mit Ausnahme der chirurgischen Patientinnen und Patienten: Der Anteil, deren kognitive Fähigkeiten sich verschlechtern, liegt genauso hoch wie der Anteil mit entsprechender Verbesserung (13,0 %). Im Falle der Verhaltensweisen überwiegt sogar der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Statusverschlechterung etwas (die Fallzahlen sind allerdings recht gering, so dass dieser Unterschied bereits durch zwei Personen verursacht wird).

### Erkrankungen als möglicher Einflussfaktor

Gäbe es in Abhängigkeit von der Erkrankung markante Unterschiede bei der Veränderung des Status, so wäre fraglich, ob man den Effekt der Stabilisierung der Tagesbetreuung zuschreiben kann. Daher ist auch zu untersuchen, inwiefern die Hauptdiagnose als Variable einen Einfluss darauf hat, wie sich die Mobilität, die kognitiven Fähigkeiten und das Verhalten der Patientinnen und Patienten entwickeln. Maßgeblich ist hierbei die Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung.

Tabelle 22 gibt zunächst einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen.

**Tabelle 22: Patientenkollektiv der Tagesbetreuung: Verteilung der Hauptdiagnosen  
(Diagnosegruppen, n=290)**

<b>Diagnosegruppe</b>	<b>Häufigkeit (absolut)</b>	<b>Anteil (in %)</b>
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)	52	17,9 %
Krankheiten des Nervensystems (G00 - G99)	49	16,9 %
Verletzungen, Vergiftungen u. andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98)	37	12,8 %
Krankheiten des Verdauungssystems (K00 - K93)	34	11,7 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90)	19	6,6 %
Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)	17	5,9 %
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 - N99)	15	5,2 %
Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99)	14	4,8 %
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 - B99)	14	4,8 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 - M99)	11	3,8 %
Neubildungen (C00 - D48)	6	2,1 %
Sonstige (L00 - L99, R00 - R99, D50 - D89)	5	1,7 %
k. A.	17	5,9 %
<b>Insgesamt</b>	<b>290</b>	<b>100,0 %</b>

Am häufigsten treten Krankheiten des Kreislaufsystems (17,9 %), Krankheiten des Nervensystems (16,9 %), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (12,8 %) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (11,7 %) auf. Vergleichsweise selten kommen endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (6,6 %), Krankheiten des Atmungssystems (5,9 %), Krankheiten des Urogenitalsystems (5,2 %) und psychische und Verhaltensstörungen (4,8 %) vor.

Bei gesonderter Betrachtung der Entwicklung der mittleren Punktwerte ist erkennbar, dass zwischen den Hauptdiagnosegruppen Unterschiede bestehen (vgl. Tabelle 23). Hierzu wurden nur die vier am häufigsten auftretenden Diagnosegruppen untersucht, um über ausreichend hohe Fallzahlen zu verfügen.

Tabelle 23: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen

	Mittlerer Punktwert ...		p-Wert
	... bei Aufnahme in die Tagesbetreuung	... bei Entlassung aus dem Krankenhaus	
<b>Krankheiten des Nervensystems (G00 - G99)</b>			
Mobilität (n=48)	9,1	7,9	p < 0,001
Kognition (n=49)	8,1	6,6	p = 0,001
Verhalten (n=48)	3,9	2,5	p < 0,001
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)</b>			
Mobilität (n=51)	7,6	6,5	p = 0,005
Kognition (n=50)	7,0	6,8	p = 0,450
Verhalten (n=50)	3,8	3,1	p = 0,100
<b>Krankheiten des Verdauungssystems (K00 - K93)</b>			
Mobilität (n=30)	7,6	6,7	p = 0,137
Kognition (n=33)	8,6	8,6	p = 1,000
Verhalten (n=30)	4,8	5,0	p = 0,641
<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98)</b>			
Mobilität (n=33)	8,2	8,1	p = 0,782
Kognition (n=36)	9,0	7,9	p = 0,089
Verhalten (n=36)	6,3	5,9	p = 0,621

Bei den Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung des Nerven- oder Kreislaufsystems ist die Tendenz hin zu einer Verbesserung der Fähigkeiten in Bezug auf Mobilität, Kognition und Verhaltensweisen stärker ausgeprägt als bei den beiden anderen Diagnosegruppen. Am deutlichsten fällt der Rückgang der mittleren Punktwerte bei den Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung des Nervensystems aus. Dies war schon aufgrund der Ergebnisse der nach Fachabteilungen getrennten Datenauswertung zu erwarten. Es handelt sich überwiegend um Patientinnen und Patienten der Neurologie. Bei den übrigen Patientengruppen (Krankheiten des Verdauungssystems oder Verletzungen, Vergiftungen oder anderen Folgen äußerer Ursachen) sind fast durchgängig nur geringe und nicht signifikante Unterschiede feststellbar.

Analoge Analysen wurden auch für ausgewählte Einzeldiagnosen durchgeführt. Auf eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse wird an dieser Stelle verzichtet. Es sei lediglich darauf hingewiesen, dass die Einzelauswertungen im Gesamtbild den Ergebnissen der nach Diagnosegruppen differenzierten Auswertungen gleichen. Bei fast allen Erkrankungen wiederholt sich der Trend zu einer im Durchschnitt leichten Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation der betreuten Patientinnen und Patienten.

## Einfluss der Betreuungshäufigkeit

Wenn sich der Besuch der Tagesbetreuung auf Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Verhalten auswirkt, so wäre prinzipiell auch ein „Dosis-Wirkungs-Zusammenhang“ zu unterstellen. Anders gesagt: Hat die Tagesbetreuung als Intervention tatsächlich einen Effekt, so müsste dieser Effekt bei Patientinnen und Patienten, die häufiger betreut werden, stärker ausfallen als bei weniger häufig betreuten.

Zur Klärung des Zusammenhangs wurden zunächst Korrelationen berechnet. Hierbei zeigt sich, dass die Anzahl der Betreuungen keinen Einfluss darauf hat, wie sehr sich die zu vergleichenden Werte, die Veränderungen der Mobilität oder Kognition zum Ausdruck bringen, unterscheiden. Lediglich im Falle der Verhaltensweisen besteht ein signifikanter Zusammenhang, der jedoch nur schwach ausfällt ( $r=0,202$ ,  $p=0,001$ ).

Bei gesonderter Betrachtung der drei Fachbereiche zeigte sich für die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin und der Chirurgie ein ähnliches Bild: Es existieren keine signifikanten Zusammenhänge. Bei den neurologischen Patientinnen und Patienten hingegen ergab sich ein relativ deutlicher positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an Betreuungen und Verbesserungen im Verhalten ( $r=0,438$ ,  $p<0,001$ ).

Ergänzend wurde nach einem möglichen Zusammenhang anhand der Frage gesucht, ob ein Effekt möglicherweise erst ab einer bestimmten Besuchshäufigkeit auftritt. Anhand dieser Entwicklung der mittleren Punktwerte ist ein leichter Zusammenhang feststellbar. Je häufiger betreut wurde, desto größer ist im Durchschnitt die Verbesserung. Die Unterschiede fallen hierbei allerdings recht gering aus (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte nach Betreuungshäufigkeit

	Mittlerer Punktwert ...		p-Wert
	... bei Aufnahme in die Tagesbetreuung	... bei Entlassung aus dem Krankenhaus	
<b>1 – 2 Betreuungen</b>			
Mobilität (n=42)	8,0	7,4	p = 0,093
Kognition (n=42)	6,9	6,6	p = 0,482
Verhalten (n=43)	3,7	3,8	p = 0,867
<b>3 – 4 Betreuungen</b>			
Mobilität (n=100)	8,0	7,5	p = 0,011
Kognition (n=102)	8,6	8,3	p = 0,163
Verhalten (n=97)	4,6	4,4	p = 0,475
<b>5 – 6 Betreuungen</b>			
Mobilität (n=50)	8,3	7,5	p = 0,008
Kognition (n=52)	7,6	6,9	p = 0,039
Verhalten (n=52)	4,8	3,5	p = 0,013
<b>7 – 8 Betreuungen</b>			
Mobilität (n=23)	8,2	7,7	p = 0,045
Kognition (n=28)	8,6	7,5	p = 0,035
Verhalten (n=28)	5,1	4,0	p = 0,042
<b>8 und mehr Betreuungen</b>			
Mobilität (n=31)	8,8	8,1	p = 0,072
Kognition (n=32)	9,4	8,2	p = 0,014
Verhalten (n=31)	5,1	3,2	p = 0,003

### 3.4 Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen

Neben Mobilität, Kognition und Verhalten wurde im Rahmen der Evaluation ebenfalls die Entwicklung der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten bei Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht, deren Einschätzung im Rahmen der Pflegeplanung am GKH routinemäßig erfolgt. Die Einschätzung der Pflegekräfte der Stationen hierzu erfolgte bei Aufnahme (Bogen 1) und Entlassung aus dem Krankenhaus (Bogen 3). Erfasst wurden folgende Aktivitäten:

- Körperpflege,
- Zahn-/Mundpflege,
- Haarpflege,
- Ankleiden,
- Nahrungsaufnahme,
- Ausscheiden,
- Mobilisieren.

Die Einschätzung des Grades der Selbstständigkeit bei der Verrichtung dieser Aktivitäten erfolgte entlang einer Vierer-Skala („selbstständig“, „braucht Anregung“, „eingeschränkt“, „abhängig“). Bei insgesamt 296 Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung erfolgte die Einschätzung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus (n=296, vgl. Tabelle 25):

**Tabelle 25: Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Beginn („vorher“) und Ende („nachher“) des Krankenhausaufenthalts (n=296)**

		<b>selbstständig</b>	<b>braucht Anregung</b>	<b>eingeschränkt</b>	<b>abhängig</b>	<b>k. A.</b>
Körperpflege	Vorher	8,1 %	17,9 %	28,4 %	45,3 %	0,3 %
	Nachher	9,5 %	24,7 %	27,4 %	37,8 %	0,7 %
Zahn-/Mundpflege	Vorher	19,9 %	22,3 %	19,9 %	37,5 %	0,3 %
	Nachher	24,3 %	22,6 %	21,6 %	30,7 %	0,7 %
Haarpflege	Vorher	16,2 %	15,5 %	20,6 %	46,6 %	1,0 %
	Nachher	19,3 %	17,2 %	22,3 %	40,2 %	1,0 %
Ankleiden	Vorher	11,5 %	13,2 %	32,8 %	41,9 %	0,7 %
	Nachher	15,5 %	17,6 %	27,7 %	37,8 %	1,4 %
Nahrungsaufnahme	Vorher	26,7 %	31,8 %	19,6 %	20,9 %	1,0 %
	Nachher	31,4 %	33,1 %	17,6 %	16,9 %	1,0 %
Ausscheiden	Vorher	21,3 %	10,1 %	24,0 %	43,2 %	1,4 %
	Nachher	26,0 %	13,9 %	18,9 %	39,9 %	1,4 %
Mobilisieren	Vorher	16,2 %	16,6 %	22,3 %	43,9 %	1,0 %
	Nachher	20,6 %	16,6 %	22,6 %	39,2 %	1,0 %

Zwischen 24,7 % und 58,5 % der Patientinnen und Patienten waren bei Aufnahme in das Krankenhaus bei einer der sieben beschriebenen Alltagstätigkeiten selbstständig oder brauchten lediglich Anregung bzw. Motivation zur selbstständigen Durchführung. Diese Anteile erhöhten sich im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes durchgängig: Bei Entlassung bewegten sie sich zwischen 33,1 und 64,5 %.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung, der nur eingeschränkt selbstständig in der Durchführung der Aktivitäten oder völlig auf fremde Unterstützung angewiesen war (abhängig), sank dagegen. So waren bei Aufnahme zwischen 40,5 % und 74,7 % eingeschränkt selbstständig oder unselbstständig. Bei Entlassung aus dem Krankenhaus beliefen sich diese Anteile auf 34,5 % bis 65,5 %. In der Tendenz ist bei den Besucherinnen und Besuchern der Tagesbetreuung somit auch eine leicht positive Entwicklung hinsichtlich der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens zu verzeichnen.

Weiter wurde untersucht, wie viele Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung sich während ihres Krankenhausaufenthaltes in ihrer Selbstständigkeit verschlechterten, verbesserten oder stabil blieben (vgl. Tabelle 26). Der Anteil der Betreuten, der im Laufe des Krankenhausaufenthaltes an Selbstständigkeit einbüßte, bewegte sich je nach Aktivität zwischen 6,8 % und 12,1 %. Zwischen 16,2 % und 24,3 % der Patientinnen und Patienten hingegen verbesserten sich. Bei fast jeder Aktivität lag der Anteil mit verbesserter Selbstständigkeit doppelt so hoch wie der Anteil mit verminderter Selbstständigkeit.

**Tabelle 26: Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei den Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung (Anteil der Patientinnen und Patienten in %, n=296)**

	Verschlechterung	Stabilisierung	Verbesserung	k. A.	Gesamt
Körperpflege	6,8 %	71,6 %	20,6 %	1,0 %	100,0 %
Zahn-/Mundpflege	9,5 %	67,6 %	22,0 %	1,0 %	100,0 %
Haarpflege	9,1 %	69,9 %	18,9 %	2,0 %	100,0 %
Ankleiden	9,1 %	67,6 %	21,3 %	2,0 %	100,0 %
Nahrungsaufnahme	12,1 %	61,5 %	24,3 %	2,0 %	100,0 %
Ausscheiden	8,1 %	73,0 %	16,2 %	2,7 %	100,0 %
Mobilisieren	9,8 %	69,3 %	18,9 %	2,0 %	100,0 %

In einem nächsten Schritt wurden die Veränderungen bei fünf zentralen Alltagsaktivitäten (ohne Zahn-/Mundpflege und Haarpflege) zusammen betrachtet. Hierzu wurde eine Veränderung angenommen, wenn mindestens für eine Aktivität eine Veränderung über zwei Stufen oder für zwei Aktivitäten eine Veränderung über eine Stufe zu verzeichnen war und gleichzeitig keine nennenswerten Veränderungen in die Gegenrichtung erfolgten<sup>11</sup>. Insgesamt ergab sich auf dieser Grundlage folgendes Ergebnis (vgl. Tabelle 27):

<sup>11</sup> Diese Bedingung führte lediglich in zwei Fällen zu einer Einstufung eines Patienten als stabil.

**Tabelle 27: Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (Anzahl an Patientinnen und Patienten)**

	Häufigkeit (absolut)	Anteil (in %)
Verschlechterung	34	11,5 %
Stabilisierung	190	64,2 %
Verbesserung	71	24,0 %
k. A.	1	0,3 %
<b>Insgesamt</b>	<b>296</b>	<b>100,0 %</b>

Der beschriebene Trend wird auch hier sichtbar: Etwa jede zehnte betreute Person der Tagesbetreuung (11,5 %) büßte im Verlauf ihres Krankenhausaufenthaltes an Selbstständigkeit ein, aber ungefähr doppelt so viele (24,0 %) gewannen an Selbstständigkeit hinzu. Bei der Mehrheit der betreuten Patientinnen und Patienten (64,2 %) bleibt die Selbstständigkeit stabil.

Die Analyse der Veränderung der Selbstständigkeit unterstreicht das Ergebnis, das sich bei der Untersuchung von Veränderungen der Mobilität, der Kognition und des Verhaltens ergeben hatte: Unter den Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung gibt es eine starke Mehrheit, bei der es weder zu einer nennenswerten Verbesserung noch zu einer deutlichen Verschlechterung der Fähigkeiten gekommen ist. Unter den Patientinnen und Patienten mit einer Veränderung überwiegt diejenige Gruppe, deren Fähigkeit bzw. Selbstständigkeit sich verbessert. Es bleibt daher im Gesamtergebnis bei der Feststellung eines Trends zur Stabilisierung mit leichter Tendenz zur Verbesserung.

### 3.5 Wirkungen: Vergleich mit anderen Studien

Entscheidend für die Beantwortung der Frage nach möglichen Wirkungen der Tagesbetreuung ist letztlich, ob die beobachteten Veränderungen der Tagesbetreuung zuzuschreiben sind. Da es nicht möglich war, im Rahmen des Projekts eine kontrollierte Studie durchzuführen, müssen die Ergebnisse der oben vorgestellten Analysen unter Zuhilfenahme anderer Forschungsergebnisse interpretiert werden.

Es existieren keine Studien, die bezogen auf das methodische Vorgehen, das einbezogene Patientenkontext sowie die eingesetzten Instrumente mit der vorliegenden Untersuchung zumindest in weiten Teilen übereinstimmen. Allein im Hinblick auf die Zusammensetzung der untersuchten Patientengruppe gibt es erwartungsgemäß erhebliche Unterschiede. Während in der vorliegenden Studie ausschließlich kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten berücksichtigt wurden, beziehen die recherchierten Studien auch andere Personengruppen ein<sup>12</sup>. Demenzkranke sind häufig nur eine Teilgruppe, für die keine Einzelergebnisse ausgewiesen sind. Auch in anderen Punkten unterscheiden sich die Studienpopulationen.

<sup>12</sup> Ehlenbach et al. (2010) beispielsweise gingen der Frage nach, wie sich der Krankenhausaufenthalt auf ältere Personen auswirkt, die zuvor keine kognitiven Beeinträchtigungen aufwiesen. Sie zeigten auf, dass ein stationärer Aufenthalt das Risiko für kognitive Verluste signifikant erhöht. Die Ergebnisse von Gruber-Baldini et al. (2003) weisen in die gleiche Richtung.

Hinzu kommt, dass die erfassten „Outcomes“, beispielsweise die berücksichtigten Aktivitäten des alltäglichen Lebens, nicht völlig mit denen aus anderen Studien übereinstimmen. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die zum Vergleich herangezogenen Studien nicht aus Deutschland stammen.

Die als Referenz in Betracht kommenden Untersuchungen gestatten also keinen direkten Vergleich. Sie geben lediglich Auskunft darüber, welche Entwicklungen bei älteren Krankenhauspatientinnen und -patienten für gewöhnlich zu erwarten sind. Die Daten der vorliegenden Studie können dadurch besser bewertet werden.

Die Mehrheit der vorliegenden Studien stellt die Frage nach Veränderungen der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Dazu zählen vor allem Aktivitäten im Bereich Körperpflege, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Nahrungsaufnahme und Mobilität.

McVey et al. (1989) beispielsweise führten eine Studie bei internistischen, chirurgischen und psychiatrischen Patientinnen und Patienten mit einem Mindestalter von 75 Jahren durch. Durch ausgewählte und geschulte Pflegekräfte wurde bei Aufnahme und Entlassung ein funktionelles Assessment durchgeführt. Im Ergebnis zeigten 36 % der Patientinnen und Patienten, die neben der üblichen Versorgung im Krankenhaus keine gezielte Unterstützung erhielten, Selbstständigkeitsverluste bei verschiedenen Alltagsverrichtungen. Immerhin war allerdings auch bei 26 % der Patientengruppe eine Verbesserung zu verzeichnen.

Inouye et al. (1993) haben in einer zweistufigen prospektiven Beobachtungsstudie ein Vorhersagemodell hospitalisierungsbedingter Beeinträchtigungen entwickelt. Hierzu untersuchten sie deren Auftretenshäufigkeit in zwei Gruppen internistischer Patientinnen und Patienten im Alter ab 70 Jahren (n=188 und n=142). Die funktionellen Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden täglich eingeschätzt. Die Prävalenz hospitalisierungsbedingter Beeinträchtigungen lag in den beiden Gruppen zwischen 24 und 27 %. Dabei wurden bei knapp der Hälfte der Betroffenen Selbstständigkeitsverluste bei mehr als einer Aktivität des täglichen Lebens festgestellt. Aufgrund der täglichen Einschätzung konnten Inouye et al. nachweisen, dass die beobachteten Funktionsverluste im Durchschnitt bereits am dritten Tag des Krankenhausaufenthaltes auftraten.

Inouye et al. (1999) haben mit einem anderen Patientenkollektiv den Erfolg eines komplexen Interventionsprogramms zur Reduzierung von Risikofaktoren für das Auftreten eines akuten Delirs im Krankenhaus überprüft. Die Daten über die Kontrollgruppe, die keine speziellen Maßnahmen erhielt, geben Auskunft über den unbeeinflussten Verlauf der Entwicklung funktioneller Fähigkeiten. Eingeschlossen wurden internistische Patientinnen und Patienten im Alter ab 70 Jahren. Patientinnen und Patienten, die bereits bei Aufnahme Anzeichen eines akuten Delirs zeigten, wurden aus der Studie ausgeschlossen.

Die Einschätzungen erfolgten innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme sowie am fünften Tag des Krankenhausaufenthaltes oder spätestens am Tag der Entlassung. Während 55 % der Patientinnen und Patienten keine Veränderungen der Selbstständigkeit zeigten, konnten sich 13 % verbessern, während sich 32 % verschlechterten.

Landefeld et al. (1995) haben ein komplexes Interventionsprogramm zur Förderung funktioneller Fähigkeiten im Krankenhaus entwickelt (Acute Care for the Elders) und dessen Wirksamkeit mit einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten ein Mindestalter von 70 Jahren und wurden internistisch behandelt. Die Kontrollgruppe, die nur die übliche Unterstützung und keine besondere Versorgung erhielt, bestand aus 324 Personen. 21 % dieser Patientinnen und Patienten zeigten zwischen Aufnahme und Entlassung eine Verschlechterung ihrer Fähigkeiten.

Covinsky et al. (2003) haben auf den internistischen Stationen zweier US-amerikanischer Krankenhäuser ebenfalls die Häufigkeit von Selbstständigkeitsverlusten ermittelt. An der Studie nahmen insgesamt rund 2.300 Patientinnen und Patienten mit einem Mindestalter von 70 Jahren teil, darunter 1.311 Personen, bei denen die (ggf. begrenzte) Selbstständigkeit

bei alltäglichen Verrichtungen vor dem Krankenhausaufenthalt stabil war. Von diesen 1.311 Patientinnen und Patienten erlebten 21 % im Verlauf des Krankenhausaufenthalts eine Verschlechterung ihrer Fähigkeiten<sup>13</sup>.

Weitere Studien zeigen, dass kognitive Beeinträchtigungen, die bereits bei der Krankenhausaufnahme vorliegen, das Risiko funktioneller Verschlechterungen während des stationären Aufenthaltes um das 2,5-fache erhöhen (Pedone et al. 2005, vgl. Hansen et al. 1999 und Cummings 1999). Mehrfach wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass die erzwungene Inaktivität im Krankenhaus den Verlust an Mobilität fördert (King 2006, Morton 1993).

Wenngleich mehrere Studien aufgrund besonderer Merkmale der einbezogenen Patientinnen und Patienten bzw. der Kriterien zur Gruppenbildung nur begrenzt vergleichbar sind, liefern diese Forschungsergebnisse wichtige Anhaltspunkte über die Entwicklung der Selbstständigkeit bei älteren Krankenhauspatientinnen und -patienten. Sie zeigen übereinstimmend eine Tendenz zum Verlust von Fähigkeiten. Demnach liegt die Prävalenz von Selbstständigkeitsverlusten während eines Krankenhausaufenthaltes für ältere internistische Patientinnen und Patienten in einer Größenordnung von 20 bis 30 %. Bereits am dritten Tag des stationären Aufenthaltes ist mit entsprechenden Funktionsbeeinträchtigungen zu rechnen (Inouye et al. 1993). Mit zunehmendem Alter und zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen steigt dieser Anteil an.

Vor diesem Hintergrund stellt der im Rahmen der Evaluation ermittelte Anteil von 11,5 % der betreuten Patientinnen und Patienten, die an Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen einbüßen, ein verhältnismäßig positives Ergebnis dar, insbesondere wenn man bedenkt, dass das Durchschnittsalter mit 80,5 Jahren höher lag als in den meisten anderen Studien, deren Ergebnisse soeben vorgestellt worden sind.

### **Exkurs: Freiheitsbegrenzende Maßnahmen und Medikation**

Zum Untersuchungsprogramm der Evaluation gehörte auch die Beantwortung der Frage, ob sich zwischen Maßnahmen der Tagesbetreuung einerseits und der Medikation sowie dem Einsatz aktivitätsbegrenzender Maßnahmen andererseits irgendein Zusammenhang feststellen lässt. Beide Themenkreise könnten insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit ausgeprägten psychischen Auffälligkeiten von Bedeutung sein. Sicherlich ginge es zu weit, die Tagesbetreuung als therapeutische Intervention zu verstehen, die auf psychischer Ebene bzw. auf der Ebene von Verhaltensweisen so starke Wirkungen entfaltet, dass der Einsatz von Psychopharmaka oder eben der Einsatz mechanischer aktivitätsbegrenzender Maßnahmen wesentlich tangiert würde. Entsprechende Datenauswertungen waren von vornherein nicht geplant. Allerdings sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich in den Daten grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen diesen Maßnahmen und den Effekten der Tagesbetreuung ablesen lässt.

### **Der Einsatz freiheitsbegrenzender Maßnahmen**

Gleichzeitig mit der Einschätzung von Mobilität, Kognition und Verhaltensweisen sollten die Pflegekräfte der Stationen dokumentieren, ob bei den Patientinnen und Patienten freiheitsbegrenzende Maßnahmen eingesetzt wurden. Das Untersuchungsinteresse lag in der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Tagesbetreuung und dem Einsatz solcher Maßnahmen. Zwar war in diesem Punkt keine signifikante Veränderung zu erwarten, die der Tagesbetreuung zugeschrieben werden könnte, allerdings bestand zumindest in Einzelfällen die

<sup>13</sup> Bei den Ergebnissen dieser Studie ist zu beachten, dass sich Angaben zur Verbesserung/Verschlechterung auf einen Vergleich mit der Situation vor dem Krankenhausaufenthalt beziehen. Ähnlich eine Studie von Mudge et al. (2010).

Möglichkeit, dass der intensive Einsatz aktivitätsbegrenzender Mittel modifiziert würde, wenn sich die psychische Verfassung der Patientinnen und Patienten durch die Einbindung in die Tagesbetreuung ändert.

Gurtfixierungen im Bett erwiesen sich als seltener Ausnahmefall. Angewandt wurde diese Maßnahme an beiden Messzeitpunkten lediglich bei zwei bzw. drei der insgesamt 290 Patientinnen und Patienten, zu denen entsprechende Informationen vorliegen. Bettseitenteile bzw. „Bettgitter“ wurden im Vergleich dazu häufiger eingesetzt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagesbetreuung kamen Bettseitenteile bei 131 Patientinnen und Patienten (45,2 %) zum Einsatz, bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bei 137 Patientinnen und Patienten (47,2 %). Sie werden nach Auskunft der Stationsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in erster Linie während der Nacht oder während der Lagerung und in einzelnen Fällen auch auf Wunsch der Angehörigen angebracht.

Bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten wurden somit freiheitsbegrenzende Maßnahmen eingesetzt. Für die Evaluation der Tagesbetreuung ließen sich aus den dazu vorliegenden Daten allerdings keine Erkenntnisse ableiten. Gurtfixierungen sind äußerst selten. Die Anbringung von Bettseitenteilen hingegen gehört zur Versorgungsroutine, was in diesem Ausmaß sicherlich fachlich diskutiert werden kann, für die Evaluation der Tagesbetreuung jedoch keine Bedeutung hat. Die Zahlen zeigen, dass sich der Einsatz der genannten Maßnahmen während der Phase der Tagesbetreuung nicht nennenswert änderte.

## Veränderungen der Medikation

Einen thematischen Schwerpunkt des gesamten Modellprojekts bildeten Fragen der Medikamentenversorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz. Dazu wurde die Medikation zufällig ausgewählter Patientinnen und Patienten fallweise untersucht. Die Datenerhebungen fanden im Gemeinschaftskrankenhaus, in einer stationären Pflegeeinrichtung sowie bei Hausärztinnen und -ärzten statt. Das Vorgehen im Modellprojekt zielte vornehmlich darauf ab, eine adäquate Medikamentenversorgung von älteren bzw. demenziell veränderten Patientinnen und Patienten zu fördern.

Die Untersuchung der Medikation im Rahmen der Evaluation der Tagesbetreuung hingegen folgte etwas anders gelagerten Fragestellungen. Es wurde untersucht, inwieweit bei den betreuten Patientinnen und Patienten Veränderungen in der Medikamenteneinnahme feststellbar waren. Dies war aus zweierlei Gründen von Interesse:

- Veränderungen in der Medikation könnten sich auf die Mobilität, die kognitiven Fähigkeiten, auf Verhaltensweisen oder die Selbstständigkeit der betreuten Patientinnen und Patienten auswirken. In diesen Fall könnten vermeintliche Wirkungen der Tagesbetreuung in Wirklichkeit auf die veränderte Medikation zurückzuführen sein.
- Umgekehrt wäre es theoretisch denkbar, dass die Tagesbetreuung insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer ausgeprägten Verhaltenssymptomatik oder psychischen Problemlagen zu positiven Veränderungen im psychischen Status führen, was wiederum Veränderungen in der Medikation nach sich ziehen könnte.

Vor dem Hintergrund kurzer Verweildauern und angesichts der relativ geringen Besuchshäufigkeit der Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung erscheint Letzteres eher unwahrscheinlich. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse zum Themenkreis Medikation dargelegt, der Fokus liegt dabei allerdings auf der Frage, ob Veränderungen in der Medikation einen relevanten Einfluss auf die Mobilität, Kognition, das Verhalten sowie die Selbstständigkeit der betreuten Patientinnen und Patienten gehabt haben könnten.

Somit bestand eine zentrale Frage bei den Datenanalysen darin, ob sich im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes wesentliche Veränderungen der Medikation ergaben, die auf den allge-

meinen körperlichen und psychischen Zustand der Patientinnen und Patienten erheblichen Einfluss nehmen konnten. In diese Analysen gingen ausschließlich Medikamente ein, die regelmäßig (zumeist ein- bis mehrmals täglich) eingenommen wurden. Verordnungen von Bedarfsmedikation blieben unberücksichtigt. Im Mittelpunkt der Analysen stand die Verordnung von Psychopharmaka und Sedativa/Hypnotika.

Insgesamt konnten die Medikamentenpläne (Patientenkurven) von 112 Besucherinnen und Besuchern der Tagesbetreuung ausgewertet werden. Dabei wurden die Arzneimittelverordnungen zu Beginn der Tagesbetreuung (t1) und am Tag der Krankenhausentlassung (t2) einander gegenübergestellt. Die 112 Patientinnen und Patienten waren im Durchschnitt 81,3 Jahre alt. Der überwiegende Teil hatte das 80. Lebensjahr bereits überschritten. Dem hohen Durchschnittsalter entsprechend, waren bei 60 % der Patientinnen und Patienten Krankheiten des Nervensystems (33 Fälle), des Kreislaufsystems (24 Fälle) oder des Verdauungssystems (10 Fälle) der Anlass für den Krankenhausaufenthalt.

Im Durchschnitt haben die 112 Patientinnen und Patienten, für die Informationen zu den Arzneimittelverordnungen vorlagen, das Tagesbetreuungsangebot 5,8 Mal in Anspruch genommen. Die Mehrzahl der Besucherinnen und Besucher (69 %) hat das Teekesselchen maximal sechs Mal aufgesucht oder wurde von einem der (ehrenamtlichen) Betreuungskräfte besucht. Einzelne kamen aber auch deutlich öfter (bis zu 20 Besuche). Damit liegt die Besuchshäufigkeit der Patientinnen und Patienten höher als der Durchschnitt in der Tagesbetreuung insgesamt (4,5 Mal).

Zum Zeitpunkt t1 (Beginn der Tagesbetreuung) hatten 52 der 112 Patientinnen und Patienten (46,4 %) mindestens eine Wirkstoffverordnung aus der Gruppe der Neuroleptika oder Antidepressiva. Von diesen nahm die Mehrheit (64 %) mindestens ein Medikament ein, das in der sog. PRISCUS-Liste als potenziell inadäquat<sup>14</sup> für Menschen im höheren Lebensalter bewertet worden ist (Holt et al. 2011 und 2010).

Zum Zeitpunkt t2 (Entlassung) änderte sich dieses Bild nur unwesentlich. Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Verordnung für ein Neuroleptikum oder Antidepressivum blieb unverändert, und der Anteil mit mindestens einer potenziell kritischen Verordnung änderte sich nur marginal (vgl. Tabelle 28).

Von den 52 Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung aus der Gruppe der Neuroleptika oder Antidepressiva erhielten 32 (62 %) zu t1 ausschließlich Neuroleptika und 16 (31 %) ausschließlich Antidepressiva. Die verbleibenden vier Patientinnen und Patienten (7 %) bekamen eine Kombination aus den beiden Wirkstoffgruppen. Unter den insgesamt 36 Patientinnen und Patienten mit einem verordneten Neuroleptikum befanden sich nur sieben, die den für die Therapie bei demenzbedingten Verhaltenssymptomen empfohlenen Wirkstoff Risperidon als einziges Neuroleptikum erhielten. Alle anderen Neuroleptika-Verordnungen (81 %) sind als potenziell inadäquate Medikamente (PIM) einzustufen. Bei den Antidepressiva fand sich ein Anteil von 20 %. Bis zur Entlassung waren keine wesentlichen Veränderungen zu verzeichnen (vgl. Tabelle 29).

<sup>14</sup> Um Missverständnissen vorzubeugen: Die PRISCUS-Liste stellt keine Negativ-Liste kontraindizierter Arzneistoffe für ältere Menschen dar (Amann et al. 2012). Vielmehr soll sie Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern als Entscheidungshilfe dienen und auf besondere Probleme bei der Arzneimitteltherapie älterer Menschen aufmerksam machen (Holt et al. 2010: 549). Allerdings weisen die Entwickler der PRISCUS-Liste darauf hin, dass internationale Studien zur Validität ähnlicher Listen (z. B. die in den USA gebräuchliche Beers-Liste) ergeben haben, dass die Anwendung von potenziell inadäquaten Medikamenten mit einem erhöhten Hospitalisierungsrisiko, vermehrten Arztbesuchen, höherem Sturzrisiko und mit höheren Gesundheitsausgaben verbunden sind (ebd.). Potenziell inadäquat bedeutet also, dass das betreffende Medikament bei Einnahme durch ältere Menschen bestimmte Risiken mit sich bringt und daher – wenn möglich – auf Alternativen zurückgegriffen werden sollte.

Tabelle 28: Anzahl der Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnungen und Anteile potenziell inadäquater Medikation (PIM)

Anzahl verordneter Neuroleptika und Antidepressiva	TB-Besucherinnen und -Besucher zum Zeitpunkt t <sub>1</sub>		TB-Besucherinnen und -Besucher zum Zeitpunkt t <sub>2</sub>	
	n	davon mit PIM	n	davon mit PIM
1	42	62 %	41	63 %
2	9	67 %	9	67 %
3	1	100 %	2	100 %
<b>Gesamt</b>	<b>52</b>	<b>64 %</b>	<b>52</b>	<b>65 %</b>

Tabelle 29: Potenziell inadäquate Medikamente bei Patientinnen und Patienten mit Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnung

	TB-Besucherinnen und -Besucher zum Zeitpunkt t <sub>1</sub>		TB-Besucherinnen und -Besucher zum Zeitpunkt t <sub>2</sub>	
	n	davon mit PIM	n	davon mit PIM
Neuroleptika	36	81 %	36	81 %
Antidepressiva	20	20 %	18	22 %

Aufgrund ihres ungünstigen Nebenwirkungsprofils wird der längerfristige Einsatz von Benzodiazepinen bei demenziell erkrankten Menschen von den Fachgesellschaften abgelehnt (DGPPN/DGN 2009). Von den 112 Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung, für die Informationen zu den Arzneimittel-Verordnungen zur Verfügung standen, hatten 18 (16 %) zu Beginn der Tagesbetreuung eine Verordnung für ein Benzodiazepin-Derivat oder einen verwandten Arzneistoff (Wirkstoff Zopiclon). Lediglich ein Patient erhielt ein Medikament aus der Gruppe der langwirksamen Benzodiazepine (Wirkstoff Flurazepam). Zum Entlassungstag hatten noch 14 Patientinnen und Patientinnen (13 %) eine Verordnung für ein Benzodiazepin.

Von den 18 Patientinnen und Patienten mit einer Benzodiazepin-Verordnung zu t<sub>1</sub> erhielten fünf zusätzlich ein Antidepressivum und vier ein Neuroleptikum. Eine Kombination aus allen drei Arzneimittelgruppen kam nicht vor.

In den nachfolgenden Analysen werden die Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung mit mindestens einer Arzneimittel-Verordnung aus der Gruppe der Neuroleptika, Antidepressiva oder Benzodiazepine (n=61) den Besucherinnen und Besuchern ohne eine entsprechende Verordnung (n=51) gegenübergestellt.

Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung mit Verordnungen zeigten zu t<sub>1</sub> signifikant häufiger Verhaltensauffälligkeiten als solche ohne entsprechende Verordnung. In beiden Gruppen kam es im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes zu einer Verbesserung der Verhaltensweisen (vgl. Tabelle 30). Dabei profitierten die Patientinnen und Patienten mit Verordnung tendenziell stärker und zeigten insbesondere bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten und bei depressiver Stimmungslage Verbesserungen.

**Tabelle 30: Entwicklung der Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf der Tagesbetreuung, getrennt nach Patientinnen und Patienten mit und ohne Psychopharmaka-Verordnung**

	<b>TB-Besucherinnen und -Besucher mit Verordnung (n=61)</b>	<b>TB-Besucherinnen und -Besucher ohne Verordnung (n=51)</b>	<b>Mittelwertdifferenz</b>
Summenwert Verhalten zu Beginn der TB	5,4	3,8	1,6*
Summenwert Verhalten bei Entlassung	3,6	2,7	0,9
Mittelwertdifferenz	1,8*	1,1*	

\*Mittelwertdifferenz ist signifikant (p<0.05)

In den Bereichen Mobilität und kognitive Fähigkeiten zeigten sich bei den Patientinnen und Patienten mit Verordnung nur leichte, nicht signifikante Verbesserungen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes. Hier hatte die Gruppe ohne Verordnung stärkere Zugewinne zu verzeichnen – insbesondere im Bereich der Mobilität.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch bei Patientinnen und Patienten mit einer Neuroleptika-, Antidepressiva- oder Benzodiazepin-Verordnung im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes eine Stabilisierung der funktionellen und kognitiven Fähigkeiten zu beobachten war. Im Bereich Verhaltensweisen/psychische Problemlagen kam es darüber hinaus zu einer leichten Verbesserung. In Einzelfällen kann die medikamentöse Therapie zu der beschriebenen Stabilisierung der Patientinnen und Patienten beigetragen haben. Insgesamt gab es zwischen dem Beginn der Tagesbetreuung und der Krankenhausentlassung aber nur wenige Veränderungen bei den Verordnungen der berücksichtigten Arzneimittelgruppen. Diese fielen zudem sehr heterogen aus (vgl. Tabelle 31).

**Tabelle 31: Art und Häufigkeit von Ordnungsänderungen**

	<b>Neuroleptika</b>	<b>Antidepressiva</b>	<b>Benzodiazepine</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Anteil an allen Verordnungen</b>
Wirkstoff abgesetzt	1	2	4	7	8,6 %
Reduzierung der Wirkstoffmenge	2	0	0	2	2,5 %
Neuverordnung eines Wirkstoffes	4	1	0	5	6,2 %
Erhöhung der Wirkstoffmenge	4	1	0	5	6,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23,5 %</b>

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Änderungen der Arzneimitteltherapie kein wesentlicher Faktor waren, der auf Veränderungen der Fähigkeiten und die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten Einfluss ausgeübt hat. Insgesamt erhielten 61 der 112 Patientinnen und Patienten (54,5 %) der Tagesbetreuung, für die die Informationen zur Medikation vorlagen, mindestens eine Verordnung aus der Gruppe der Neuroleptika, Antidepressiva oder Benzodiazepine. Der Vergleich mit den übrigen Patientinnen und Patienten zeigt nur kleinere Unterschiede im Hinblick auf die Entwicklung von Mobilität, Kognition und Verhalten. Zu einem gewissen Teil könnte die medikamentöse Therapie zur positiven Entwicklung von Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen beigetragen haben. Einen Faktor,

der die festgestellten Wirkungen in Bezug auf diese Bereiche wesentlich beeinflusst hat, stellt sie aber sicherlich nicht dar.

Erwähnenswert ist darüber hinaus der zum Teil hohe Anteil an Medikamenten, die für die Verordnung bei älteren Patientinnen und Patienten als potenziell inadäquat gelten. Für die Interpretation dieser Beobachtung ist es wichtig zu wissen, dass – wie Gespräche mit projektbeteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gemeinschaftskrankenhauses ergaben – die Medikation, die die Patientinnen und Patienten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung „mitbringen“, in der Regel ohne gravierende Änderungen im Krankenhaus übernommen wird. Dies gilt häufig auch dann, wenn diese Medikation Fragen aufwirft. Wie diese Praxis zu beurteilen ist, soll an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Es sei nur darauf hingewiesen, dass eine Anpassung der Medikation bei individuellen Patientinnen und Patienten häufig komplexe Fragen aufwirft, die im Rahmen eines kurzen Krankenhausaufenthaltes nicht zufriedenstellend geklärt werden können.

### 3.6 Einbindung des Ehrenamtes

Zum Ende des Projektzeitraums verfügte die Tagesbetreuung über einen Pool von 16 ehrenamtlichen Betreuungskräften, die die Betreuung am Nachmittag übernehmen. Sie betreuen die Besucherinnen und Besucher der Tagesbetreuung jeweils an einem Tag in der Woche zu zweit in der Zeit von etwa 15.30 bis 18.00 Uhr. Der Vormittag, die Mittagszeit und der Zeitraum von 14.00 bis 15.30 Uhr werden von der hauptamtlich tätigen Altenpflegerin allein abgedeckt.

Die Struktur ihrer Tätigkeit bringt es mit sich, dass ihnen die Patientinnen und Patienten in der Regel nicht bekannt sind. Sie wirken jeweils nur an einem Tag in der Woche mit, d. h. in größeren Zeitabständen, nach denen viele der gerade kennengelernten Patientinnen und Patienten bereits wieder entlassen sind. Somit sehen sich die ehrenamtlichen Betreuungskräfte jede Woche von Neuem mit der Herausforderung konfrontiert, ein ansprechendes Betreuungsangebot für eine Gruppe unterschiedlich stark körperlich und kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten zu entwickeln, mit denen sie sich soeben bekannt gemacht haben.

#### Inhalte der ehrenamtlichen Arbeit

Drei zentrale Elemente kennzeichnen die Arbeit der ehrenamtlichen Betreuungskräfte in der Tagesbetreuung: Zugang finden, Aktivierung der Patientinnen und Patienten sowie die Ermöglichung von Gemeinschaft. Um die Besucherinnen und Besucher kennenzulernen, nutzen die ehrenamtlichen Betreuungskräfte das nachmittägliche Kaffeetrinken, welches im Anschluss an die Übergabe stattfindet. Dabei ist das Kaffeetrinken nicht nur eine gemeinschaftliche Aktivität, die einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten leistet, sondern aus ihrer Sicht auch ein wesentliches Instrument zur Einschätzung der kommunikativen und partizipativen Fähigkeiten:

„Und über dieses Kaffeetrinken oder Teetrinken oder was auch immer und ein bisschen Kuchen essen, kommt zwangsläufig ein Gespräch. Geht überhaupt nicht anders. Und während dieses Gesprächs kann man so in etwa dann schon abschätzen, was bringt wer mit?“ (aus den Interviews).

Auch wenn sie Zugang zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erlangt haben, sehen sich die ehrenamtlichen Betreuungskräfte mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Zum einen ist ihnen die Biographie der Patientinnen und Patienten, deren Kenntnis ein Anknüpfen an Bekanntes oder an individuell bedeutsame Ereignisse ermöglichen würde, unbekannt. Zum anderen beeinflussen die Schwere der kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen die Möglichkeiten zum Kontaktaufbau. Faktoren wie Nationalität oder sozialer Status (z. B. Beruf) wirkten sich zudem auf die Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten aus, mit anderen in Austausch zu treten. Außerdem begrenze die Größe der Gruppe die Möglichkeit, individuelle Kommunikationsstrategien für schwer zugängliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu entwickeln.

Nach dem Kaffeetrinken folgt die individuelle Nachmittagsgestaltung. In dieser Phase wird von den ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern eine hohe Flexibilität abverlangt, da die angebotenen Aktivitäten jeweils auf die aktuelle Gruppe abgestimmt werden müssen. Dabei ist viel Fingerspitzengefühl notwendig, um die Patientinnen und Patienten zu eigenen Aktivitäten anzuregen. Schwierig werde es nach Ansicht der Interviewten insbesondere dann, wenn einzelne Personen das Geschehen in der Tagesbetreuung dominieren (z. B. durch ein hohes Mitteilungsbedürfnis). Dadurch bestehe die Gefahr, dass sich passivere Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Gruppe zurückziehen.

Zur Aktivierung nutzen die ehrenamtlichen Betreuungskräfte insbesondere Strategien wie Assoziations- und Wiedererkennungsspiele, Singen und Reimen, biographische Gespräche oder Dialektkonversation (Plattdeutsch). Im Vordergrund stehen gemeinschaftliche Angebote, die alle oder den Großteil der Besucherinnen und Besucher einbeziehen.

Als besonders wichtig für ihre Arbeit benennen die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter künstlerisch-gestalterische Angebote:

„Ja, ich kann das nur wieder sagen von der Musik, wenn man dann so sagt, besonders mit den alten Herren, die dann singen sollen, und dann sagen: Häh, ich hab noch nie ein Instrument in der Hand gehabt und so. Oder gesungen hab ich – weiß ich auch nicht – jedenfalls und am Ende des Gesangs, dann singen sie alle plötzlich da. Du erlebst etwas, eine Ebene der Kommunikation, die du im Gespräch nur schwer hinkriegst.“

Bedauert wird in diesem Zusammenhang, dass die zahlreichen künstlerisch-therapeutischen Angebote im Gemeinschaftskrankenhaus (z. B. Musik- und Maltherapie) nicht für die Tagesbetreuung genutzt würden, sei es als Beschäftigungsangebot für die Patientinnen und Patienten oder als Fortbildungsangebot für die ehrenamtlichen Betreuungskräfte.

Die Nachmittagsbetreuung endet nach der gemeinsamen Einnahme des Abendessens. Danach werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Stationen abgeholt oder von den ehrenamtlichen Betreuungskräften auf die Station gebracht.

### **Vorbereitung und Information der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagesbetreuung**

Zur Vorbereitung auf die Tätigkeit in der Tagesbetreuung besuchen die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Vorbereitungsseminar, in dem Grundkenntnisse zum Krankheitsbild Demenz, zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, zu pflegerischen Maßnahmen und weiteren Themen vermittelt werden. Insbesondere zu Beginn des Modellprojekts ist es vorgekommen, dass ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter allein und ohne Praxiserfahrung in der Tagesbetreuung eingesetzt worden seien. Inzwischen habe sich die Situation dahingehend geändert, dass neuen Betreuungskräften stets eine

erfahrene zur Seite gestellt werde. Diese Entwicklung wird positiv bewertet. Allerdings reiche die Maßnahme zur Vermeidung eines „Praxischocks“ und damit verbundener Überforderung noch nicht aus. Angeregt wurde deshalb, das Vorbereitungsseminar um eine mehrtägige Hospitation zu ergänzen.

Darüber hinaus gibt es regelmäßige Besprechungen mit der Koordinatorin der Tagesbetreuung und zweimal jährlich Treffen aller ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gemeinschaftskrankenhauses. Erstere Zusammenkünfte dienen in der Wahrnehmung der Interviewten aber vornehmlich der Klärung organisatorischer Fragen, während letztere einen eher privaten Charakter hätten.

Insgesamt beschreiben die ehrenamtlichen Betreuungskräfte einen eher geringen Austausch von Informationen innerhalb der Tagesbetreuung. Zwar würden von der hauptamtlichen Altenpflegerin in der Übergabezeit von 15.30 bis 16.00 Uhr wichtige Informationen weitergegeben. Die dafür vorgesehene Zeit (30 Minuten) reiche aber lediglich aus, um auf Besonderheiten in der Versorgung (z. B. Diätvorschriften) oder im Umgang (z. B. herausfordernde Verhaltensweisen) mit den Patientinnen und Patienten hinzuweisen. Ein darüber hinausgehender Austausch finde selten statt. Einige ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer nutzen die Abendstunden im Anschluss an die Tagesbetreuung, um sich noch einmal zu zweit zusammzusetzen und den Tag zu reflektieren.

Um bereits zu Beginn der Tagesbetreuung bedürfnisorientiert auf diese eingehen zu können, wünschen sich die ehrenamtlichen Kräfte vorab einige grundlegende Informationen über die Besucherinnen und Besucher. Dies sind insbesondere Angaben zur Kommunikationsfähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum ausgeübten Beruf und zu grundlegenden Interessen (möchte sich der Betreute beispielsweise lieber unterhalten oder Spiele spielen). Diese Informationen erleichterten nicht nur den Kontaktaufbau, gleich zu Beginn der Tagesbetreuung könne auch eine Sitzordnung gewählt werden, die Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Interessen zusammenbrächte.

Von einzelnen Befragten wurde ferner der Wunsch nach einem intensiveren fachlichen Austausch zwischen den Betreuerteams formuliert. Hierzu wurden regelmäßige Treffen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teekesselchens alle vier bis sechs Wochen vorgeschlagen. Ferner könnte durch eine regelmäßige Hospitation in anderen Betreuerteams der fachliche Austausch gefördert werden.

## 3.7 Organisatorische Fragen

### Einzel- und Gruppenbetreuung

Ein wesentliches konzeptionelles Grundprinzip der Tagesbetreuung Teekesselchen bildet das Setting der Kleingruppe. Durch die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten und die gemeinsame Wahrnehmung der Angebote in der Tagesbetreuung soll zum einen eine ausreichende Ernährung der Besucherinnen und Besucher aufrechterhalten werden und sollen zum anderen die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten gestärkt und sozial unangemessene Verhaltensweisen nach Möglichkeit vermieden werden. In den Interviews mit den Angehörigen und den ehrenamtlichen Betreuungskräften werden diese positiven Effekte der Gruppenbetreuung bestätigt. Gleichzeitig wird jedoch auch auf die Notwendigkeit individueller Betreuung und auf Probleme ihrer Umsetzung hingewiesen.

Nach Ansicht der Angehörigen hatte insbesondere der gesellige Charakter der Tagesbetreuung positive Auswirkungen auf das Befinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. So berichtete eine Interviewte, dass ihre Mutter in geselliger Runde besser gegessen

habe als allein auf dem Patientenzimmer. Andere erlebten ihre Angehörigen auf Station als zurückgezogen und antriebsarm. In der Tagesbetreuung fanden sie sie dann in angeregte Unterhaltungen vertieft oder beim Mitsingen von Volksliedern wieder.

Trotz des Aufforderungscharakters der angebotenen Aktivitäten (z. B. gemeinsames Musizieren, Bastelarbeiten) seien diese, so die Einschätzung von manchen Befragten, nicht für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen geeignet. Einige Angehörige wünschten sich ein stärker individuelles Eingehen. So wurde beispielsweise ein Bewegungsangebot für mobile Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeregt (z. B. Spaziergänge). Auch der spielerische Charakter vieler Aktivitäten traf nicht jedermanns Geschmack. So äußert ein Angehöriger, dessen Vater die Tagesbetreuung nach einmaliger Teilnahme nicht wieder in Anspruch genommen hat, dass dieser nach einem arbeitsreichen Leben wenig Sinn für derartige „Spielelei“ habe.

Nach Auskunft der ehrenamtlichen Kräfte wird eine individuelle Betreuung nötig, wenn sich der Zugang zu den Patientinnen und Patienten schwierig gestaltet oder die Motivation bzw. die Fähigkeit zur Teilnahme an den gemeinschaftlich angebotenen Aktivitäten begrenzt ist. Eine individuelle Betreuung kann in der Gruppe je nach Anzahl der Betreuten jedoch nur begrenzt geleistet werden. Ähnliches trifft auch auf Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit aggressiven oder sozial unangepassten Verhaltensweisen zu. Nach Ansicht der ehrenamtlichen Betreuungskräfte werden in solchen Fällen schnell die Grenzen der Tagesbetreuung erreicht:

**A1:**

„Das ist dann auch sehr schwierig in der Gruppe, wenn jemand aggressiv wird, also wir haben das auch schon gehabt, dass irgendjemand dann sagt: Mit der möchte ich nicht zusammen sitzen, die ist ja schon ganz gaga. Also, ne, das kommt auch vor, da muss man auch sehen, dass man die so ein bisschen trennt wieder. Das erfordert schon Fingerspitzengefühl.“

**A2:**

„Also eine Zweierbesetzung ist bei vollem Patientenangebot zu wenig.“

Wie die vorstehenden Aussagen zeigen, halten die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer die Möglichkeiten einer individuellen Begleitung bei voller Besetzung (sieben Patientinnen und Patienten mit zwei ehrenamtlichen Betreuungskräften) für sehr begrenzt. Insbesondere zu Beginn der Tagesbetreuung erschwere eine große Gruppe das Kennenlernen. Den Interviewbeiträgen ist zu entnehmen, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine optimale Betreuung bei einem Verhältnis von zwei Patientinnen und Patienten auf eine Betreuungskraft gewährleistet sehen.

### Vernetzung der Tagesbetreuung mit den Stationen

Im Rahmen der Evaluation der Tagesbetreuung wurde ebenfalls der Frage nachgegangen, inwieweit das Angebot der Tagesbetreuung mit den entsendenden Stationen vernetzt ist bzw. wie die Zusammenarbeit zu beurteilen ist.

Zunächst wurde berichtet, dass es einiger Zeit bedurfte, bis sich das Tagesbetreuungsangebot insoweit etabliert hatte, dass das Angebot auf den Stationen weitestgehend bekannt war und akzeptiert wurde. Zu Beginn des Modellprojektes nahmen beispielsweise die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer ein eher distanzierendes Verhältnis der Pflegekräfte der Stationen gegenüber der Tagesbetreuung wahr. Als Grund wurden Ängste vor einem Stellenabbau in der Pflege vermutet. Zudem hätten zu Anfang noch keine Routinen für die Auswahl und Entsendung von Patientinnen und Patienten in die Tagesbetreuung existiert. Dies habe dazu geführt, dass die täglichen Anfragen der hauptamtlichen Betreuerin als Stör-

faktor der Stationsroutinen wahrgenommen wurden. Mittlerweile sei die Tagesbetreuung auf den Stationen aber weithin akzeptiert. Die Pflegenden der Stationen hätten die Erfahrung gemacht, dass die Entsendung kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten ins Teekesselchen in der Summe eine Arbeitserleichterung für sie bedeutet. Neben der Akzeptanz habe auch der Bekanntheitsgrad des Teekesselchens mit der Zeit zugenommen. Ist die Tagesbetreuung zu Beginn des Modellprojekts selbst bei einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der zentralen Information (Pforte) unbekannt gewesen, kennt sie mittlerweile nahezu jede Person im Krankenhaus.

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung zeigte sich, dass die Auswahl für die Teilnahme an der Tagesbetreuung nicht automatisch dazu führte, dass die Patientinnen und Patienten schließlich auch daran teilnahmen. Die Gründe hierfür waren vielfältig. So passierte es beispielsweise, dass zu dem Zeitpunkt, an dem die Patientinnen und Patienten in die Tagesbetreuung gebracht werden sollten, gerade die Visite stattfand. Häufig nahmen Patientinnen und Patienten auch nicht teil, weil für den Tag eine bestimmte Untersuchung oder Therapie geplant war. Stationsroutine sowie Diagnostik und Therapie hatten immer Vorrang vor einer Teilnahme an der Tagesbetreuung. So begann die Tagesbetreuung beispielsweise an einem Vormittag verspätet, da auf einer der entsendenden Stationen die Visite noch nicht abgeschlossen war. Eine Teilnahme blieb auch dann aus, wenn Patientinnen und Patienten zum Beginn der Tagesbetreuung noch nicht grundpflegerisch versorgt waren oder zu erschöpft waren für eine Teilnahme. Ein Besuch scheiterte in manchen Fällen auch daran, dass die Beförderung in die Tagesbetreuung oder die Versorgung während der Teilnahme (Bringen der Mahlzeiten, Blutzucker-Messung, Medikamentengabe etc.) aufgrund des Arbeitsaufkommens auf Station nicht gewährleistet werden konnte. Darüber hinaus spielten häufig auch persönliche Gründe eine Rolle (Besuch von Angehörigen, kein Interesse an einer Teilnahme). Zur Illustration ein Fallbeispiel:

Zu Beginn der teilnehmenden Beobachtung um 06.30 Uhr steht bereits fest, dass Herr A. für eine Teilnahme an der Tagesbetreuung vorgesehen ist. Im Laufe des Vormittags (10.35 Uhr) wird entschieden, dass Herr A. an diesem Tag ein Langzeit-EKG angelegt bekommen soll. Als die hauptamtliche Betreuungskraft der Tagesbetreuung auf der Station erscheint (10.40 Uhr), wird entschieden, dass Herr A. gegen 12.00 Uhr in die Tagesbetreuung nachkommt. Um 10.45 Uhr wird Herr A. in die EKG-Abteilung gebracht. Als er um 11.30 Uhr wieder zurück auf der Station ist, geht er mit Unterstützung ins Bett. Es wird entschieden, dass er sein Mittagessen auf der Station einnimmt und gegen 14.00 Uhr in die Tagesbetreuung kommt. Auch am Nachmittag besucht Herr A. schließlich nicht die Tagesbetreuung, da er Besuch von seinem Sohn bekommen hat.

Von den Pflegekräften wurde angemerkt, dass der Besuch der Tagesbetreuung auf der Station nicht dokumentiert werde und es somit nicht möglich sei, nachzuvollziehen, ob und wenn ja, wie häufig die Patientinnen und Patienten betreut wurden. Die Kommunikation zwischen den Betreuungskräften und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stationen beschränke sich zumeist auf organisatorische Fragestellungen (Wer kommt heute in die Tagesbetreuung? Wer bringt und holt die Patientinnen und Patienten? etc.). Ein darüber hinaus gehender fachlicher Austausch – wesentliche biografische Informationen, persönliche Interessen und Vorlieben der Patientinnen und Patienten, Beobachtungen in der Tagesbetreuung etc. – finde kaum statt.

Dies bestätigten auch die befragten ehrenamtlichen Betreuungskräfte. Da die Übernahme der Patientinnen und Patienten zu Beginn der Tagesbetreuung meist durch die hauptamtlich tätige Altenpflegerin erfolge, finde an dieser Stelle kein Austausch mit den Stationen statt. Auch am Abend, wenn die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Betreuten zurück auf Station brächten, käme es nicht zu einem wirklichen Austausch. Eine schriftliche Dokumentation der Tagesereignisse durch die ehrenamtlichen Betreuungskräfte existierte nicht.

Zu beachten ist schließlich auch die Tatsache, dass der Raum der Tagesbetreuung einen Multifunktionsraum darstellt und die Nutzung des Raumes daher abgestimmt werden muss. Diese Abstimmung erfolgt mit Hilfe eines Kalenders, der vor dem Tagesraum aushängt und in den sich die unterschiedlichen Nutzerinnen und Nutzer eintragen. Die Nutzungszeiten der Tagesbetreuung sind fest eingeplant. In einzelnen Fällen kommt es jedoch vor, dass die Tagesbetreuung wegen einer anderen Nutzung (z. B. Besprechungen) vorübergehend auf die Sitzzecke der Station ausweichen muss. Der Tagesraum ist trotz der anderweitigen Nutzung entsprechend der Zwecke der Tagesbetreuung eingerichtet. Der Gestaltung sind dadurch jedoch gewisse Grenzen gesetzt.

### **3.8 Der Nutzen der Tagesbetreuung aus der Sicht der Beteiligten**

Für die Beurteilung der Tagesbetreuung ist die Einschätzung der unmittelbar beteiligten Personen eine wichtige Grundlage. Dazu gehören zunächst einmal die Patientinnen und Patienten selbst, die in diesem Fall allerdings keine Auskunft geben können. Aber auch die Perspektive der Pflegekräfte der Stationen, der ehrenamtlichen Kräfte und der Angehörigen spielt in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle. Auf der Grundlage ihrer Erfahrung können sie zum Teil sehr konkret benennen, welche positiven Wirkungen von der Tagesbetreuung ausgehen und an welchen Stellen es noch Handlungsbedarf gibt.

#### **Nutzen für die Patientinnen und Patienten**

Nach den Ergebnissen der Befragung der ehrenamtlichen Betreuungskräfte profitierten die Patientinnen und Patienten vom Angebot der Tagesbetreuung vor allem von der Aufmerksamkeit und Zuwendung, die ihnen zu Teil wurde und die in dieser Form im Krankenhausalltag nicht aufgebracht werden könne. Sie betonten, dass sowohl erheblich als auch eher gering beeinträchtigte Teilnehmerinnen und Teilnehmer von diesem Angebot profitierten.

Im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf bei alltagspraktischen Handlungen leiste die Tagesbetreuung insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Nahrungsaufnahme der kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten. Zum einen stehe im Teekesselchen mehr Zeit für die Mahlzeiteinnahme als auf der Station zur Verfügung, zum anderen wirke das Essen in geselliger Runde motivierend.

Insgesamt reagierten die Betreuten, so die befragten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auf das Angebot daher überwiegend positiv. Es verstehe sich von selbst, dass nicht alle Patientinnen und Patienten in allen Situationen motiviert seien, sich im Gruppenzusammenhang zu bewegen, und auch die Verhaltensweisen einzelner Personen führten in der Gruppe manchmal zu angespannten Situationen. Im Großen und Ganzen biete die Tagesbetreuung aber einen geschützten Raum mit Möglichkeiten zur Kommunikation, der von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach anfänglichen Unsicherheiten sehr geschätzt werde. Es käme sogar wiederholt vor, dass Patientinnen und Patienten den Wunsch äußerten, die Tagesbetreuung auch nach der Entlassung weiter aufsuchen zu dürfen.

Die befragten Angehörigen bewerteten das Angebot der Tagesbetreuung durchweg als positiv. Zehn von elf Befragten bescheinigten der Tagesbetreuung einen großen Nutzen bei der Förderung des Wohlbefindens und der Aktivierung der betreuten Patientinnen und Patienten. In den Interviews hoben die Befragten dabei vor allem den geselligen und freizeitgestaltenden Charakter des Teekesselchens hervor. Die Tagesbetreuung wurde, insbesondere im Kontrast zu den als trist empfundenen Patientenzimmern, als anregend und abwechslungsreich erlebt.

## Nutzen für die Pflegekräfte der Stationen

Für die Pflegekräfte auf der Station hat die Tagesbetreuung einerseits eine entlastende Funktion. Andererseits entstehen durch dieses Angebot neue Abläufe und Interaktionen, für die Aufmerksamkeit im Stationsalltag aufgebracht werden muss.

Entlastet fühlten sich die Pflegekräfte nach den Ergebnissen der Interviews, die zumeist während der teilnehmenden Beobachtung durchgeführt wurden, in zeitlicher ebenso wie in fachlicher Hinsicht. Bei den Besucherinnen und Besuchern der Tagesbetreuung handelt es sich oftmals um Personen mit einem hohen Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme, dem unter den Bedingungen des oftmals von Zeitdruck gekennzeichneten Stationsalltags oft nicht Rechnung getragen werden könne. Da in der Tagesbetreuung Unterstützung bei zwei Mahlzeiten (Mittag- und Abendessen) geleistet wurde, bietet dies eine erhebliche zeitliche Entlastung auf den Stationen.

Entlastend wirke auch, dass bei Personen mit ausgeprägter motorischer Unruhe während der Tagesbetreuung die üblichen Kontrollgänge entfielen. Diese Patientinnen und Patienten sind dann nicht nur eingebunden in eine Aktivität, was sich positiv auf ihre Unruhe auswirke, sondern stehen im Teekesselchen auch ständig im Kontakt mit den Betreuungskräften, wodurch eine engmaschige Beobachtung gewährleistet sei.

In den Aussagen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahm auch der fachliche Nutzen der Tagesbetreuung einen wichtigen Stellenwert ein. Die Pflegenden gaben an, die Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung besser versorgt zu wissen als auf der Station. Sie würden beschäftigt und lägen nicht nur passiv in ihren Betten. Sie erhielten einige Stunden lang die Aufmerksamkeit, die sie bräuchten, um die schwierige Situation der Hospitalisierung besser verarbeiten zu können. Es sei ausgeschlossen, eine auch nur annähernd vergleichbare Kommunikation und Begleitung durch das Personal der Stationen sicherzustellen.

Die befragten ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer waren ebenfalls davon überzeugt, dass das Angebot der Tagesbetreuung für die Stationen eine erhebliche Arbeitserleichterung mit sich bringt. Dies hat aus ihrer Sicht u. a. zu der gestiegenen Akzeptanz des Angebotes geführt.

Auf der anderen Seite stehen neue Abläufe, für die die Pflegekräfte zusätzlich Zeit aufbringen müssen. Dazu zählt vor allem der Transfer zwischen der Station und dem Raum der Tagesbetreuung. Die Begleitung in die Tagesbetreuung und das Abholen der Patientinnen und Patienten seien relativ aufwändig, zumal dies wegen der fest eingeplanten Mittagspause in der Tagesbetreuung zwei Mal am Tag erfolge. Zusätzlich müsste für die Patientinnen und Patienten das Essen von der Station in den Tagesraum gebracht werden, was gerade in der Mittagszeit, in der es auf den Stationen durch die Mahlzeiteinnahme zu einer Aufgabenverdichtung komme, gelegentlich mitunter eine Herausforderung darstellt. Hinzu kommt das versorgungsbedingte Aufsuchen der Tagesbetreuung, um Blutzucker-Kontrollen durchzuführen, Infusionen zu wechseln oder andere Maßnahmen durchzuführen, die nicht verschoben werden können.

Zusätzlicher Aufwand entsteht für die Stationsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter somit durch Wegezeiten, durch das „Hin- und Herlaufen“ zwischen Station und Tagesbetreuung. Hilfen bzw. Maßnahmen, die ansonsten im Patientenzimmer durchgeführt werden, verlagern sich in eine andere Örtlichkeit. Aus der Perspektive der Pflegekräfte sind die damit verbundenen Schwierigkeiten nicht zu unterschätzen. Es käme durchaus vor, dass Patientinnen und Patienten nicht in die Tagesbetreuung gebracht würden, weil das aktuelle Arbeitspensum die mit Zusatzaufwand verbundene Ortsverlagerung der Pflege nicht erlaube. Es wirke sehr erleichternd, wenn Betreuungskräfte die Begleitung der Patientinnen und Patienten zwischen Station und Tagesbetreuung übernehmen. Allerdings sei auch dies keine optimale Lösung, weil die Bindung der Betreuungskräfte für Aufgaben des Transfers letztlich zum Nachteil für die Betreuten führe, insbesondere durch eine Verminderung der Zeit, die für

Betreuungsaufgaben zur Verfügung steht. Es komme gelegentlich allerdings auch zu besonderen Problemsituationen, weil die Begleitung beim Transfer und das Erfordernis der Beaufsichtigung der Patientinnen und Patienten nicht in Einklang zu bringen sind.

Als Hinweis auf die Bewertung des Tagesbetreuungsangebotes durch die Pflegekräfte des Gemeinschaftskrankenhauses lassen sich einzelne Ergebnisse einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung heranziehen, die vom Projektträger mit Unterstützung des Instituts für Pflegewissenschaft durchgeführt wurde<sup>15</sup>. Hierbei sollten die Pflegenden u. a. angeben, welcher Maßnahme es bedürfe, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gut versorgen zu können. Die Einrichtung bzw. der Betrieb einer Tagesbetreuung gehört zu den Maßnahmen, die aus Sicht der befragten Pflegekräfte besonders wichtig sind. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass das bestehende Angebot der Tagesbetreuung von den befragten Pflegekräften durchweg als förderlich bewertet wird – sowohl von den Pflegenden der Projektstationen, als auch von anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Idee einer Tagesbetreuung stößt also offenbar im gesamten Krankenhaus auf positive Resonanz.

### Nutzen für die Angehörigen

Die befragten Angehörigen berichteten, dass sie die Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung gut aufgehoben wussten. Sie selbst profitierten in zweierlei Hinsicht von dem Angebot. Zum einen böte das Teekesselchen ihnen eine Entlastung von den eigenen Betreuungsaufgaben. Zum anderen erhielten sie bei der Tagesbetreuung Anregungen für aktivierende und gedächtnisfördernde Maßnahmen, sei es durch eigene Beobachtungen oder durch Gespräche mit den Betreuerinnen und Betreuern vor Ort.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sahen sich in Bezug auf die Unterstützung der Angehörigen in einer ambivalenten Rolle. Sie beobachteten zwar teilweise einen unangemessenen Umgang der Angehörigen mit den demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten, sahen die Gruppensituation aber nicht als geeigneten Rahmen an, um Ratschläge zu geben. Zudem würden sich die Angehörigen mit krankheits- oder versorgungsrelevanten Fragen eher an die hauptamtlich tätige Altenpflegerin wenden als an sie.

Den Vorteil der Tagesbetreuung für die Angehörigen sahen die ehrenamtlichen Betreuungskräfte eher in einer Entlastung von Betreuungsaufgaben und in der Möglichkeit, die Patientinnen und Patienten in einer anderen (aktivierenden) Umgebung anders zu erleben. Mitunter käme es auch vor, dass Angehörige die Tagesbetreuung nutzten, um selbst Gemeinschaft zu erleben und in einen zwischenmenschlichen Austausch zu treten (beispielsweise wenn die Partnerinnen und Partner aufgrund der demenziellen Erkrankung hierzu nur noch sehr eingeschränkt fähig waren).

Entsprechend der hohen Zustimmung für das Betreuungsangebot bedauerten mehrere Angehörige, dass sie erst relativ spät von der Existenz der Tagesbetreuung erfahren hätten. Eine Gesprächspartnerin zeigte sich betrübt darüber, dass ihr Vater erst gegen Ende seines zweiwöchigen Krankenhausaufenthaltes einmalig von der Tagesbetreuung profitieren konnte. Sie hätte sich eine Information über das Teekesselchen an prominenter Stelle auf der Station oder in der Patienteninformationsbroschüre gewünscht, um ihren Vater frühzeitig dort anmelden zu können. Fast alle Befragten erfuhren mehr oder weniger zufällig von der Tagesbetreuung.

<sup>15</sup> Es handelt sich um eine krankenhaushausweite schriftliche Befragung in der zweiten Hälfte des Modellprojekts.

### 3.9 Fazit

Im Rahmen der Evaluation wurden verschiedene potenzielle Nutzenaspekte der Tagesbetreuung untersucht. Einer der Untersuchungsschwerpunkte lag in der Frage, welchen Einfluss die Tagesbetreuung auf die teilnehmenden Patientinnen und Patienten ausübt. Maßstab waren hierbei Veränderungen der Mobilität, der kognitiven Fähigkeiten, des Verhaltens und der Selbstständigkeit bei alltäglichen Aktivitäten. Ergänzend hierzu wurde möglichen Effekten auf der Ebene des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten und auf organisatorischer Ebene nachgegangen.

Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass sich der Besuch der Tagesbetreuung stabilisierend auf die Fähigkeiten und die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten auswirkt. Es zeigte sich außerdem, dass der Anteil der Betreuten, bei denen sich im Verlauf des Besuchs der Tagesbetreuung eine Verbesserung von Fähigkeiten ergibt, höher liegt als der Anteil mit einer Verschlechterung.

Dieses Ergebnis wurde in mehreren Schritten hergeleitet. Rein beschreibende Auswertungen haben zunächst gezeigt, dass der Anteil stark beeinträchtigter und unterstützungsbedürftiger Patientinnen und Patienten abnimmt und im Gegenzug der Anteil ohne größere Beeinträchtigungen in den Bereichen Mobilität, kognitive Fähigkeiten und auffällige Verhaltensweisen steigt. Diese Ergebnistendenz konnte anhand von Mittelwertvergleichen bestätigt werden: Der durchschnittliche Grad der Beeinträchtigung von Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhalten bleibt im Verlauf stabil oder verbessert sich leicht. Teilanalysen zeigen, dass die im gesamten Kollektiv im Mittel beobachteten Ergebnisse weitgehend unabhängig von den jeweils vorliegenden Erkrankungen bestehen. Patientinnen und Patienten der Neurologie zeigen tendenziell etwas stärker ausgeprägte Verbesserungen. Ein Einfluss der medizinischen Versorgung hierauf ist anzunehmen, allerdings nicht genau bestimmbar.

Nach den Ergebnissen internationaler Studien, die die unbeeinflusste Entwicklung der Fähigkeiten älterer Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts beschreiben, wäre in der Haupttendenz eine Verschlechterung der Fähigkeiten zu erwarten gewesen. Anders als in der vorliegenden Studie gibt es dort einen eindeutigen Trend zur Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten.

Allerdings zeigte sich auch, dass die Intensität der Tagesbetreuung nur zu moderaten Unterschieden bei den vermuteten Effekten führt. Es ist nicht anzunehmen, dass sich bereits ein einmaliger oder ein zweimaliger Besuch der Tagesbetreuung nachhaltig auf die funktionellen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten auswirkt, doch zeigte sich auch bei dieser Patientengruppe ein gewisser Trend zur Stabilisierung, wenn auch weniger deutlich. Das deutet darauf hin, dass die Tagesbetreuung zwar eine Wirkung entfaltet, aber der festgestellte Effekt der Stabilisierung nicht allein, eventuell auch nicht hauptsächlich durch die Tagesbetreuung hervorgerufen wurde.

Die befragten ehrenamtlichen Betreuungskräfte sowie die befragten Angehörigen bescheinigten der Tagesbetreuung durchweg einen hohen Nutzen in Bezug auf die betreuten Patientinnen und Patienten. Neben der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme profitierten diese vor allem von dem Maß an Aufmerksamkeit, das ihnen zuteil werde und dem geschützten Rahmen, den die Tagesbetreuung böte. Abgesehen davon, dass nicht jede angebotene Aktivität in der Tagesbetreuung den persönlichen Interessen aller Betreuten entspreche, äußerten sich die Patientinnen und Patienten, nach Ansicht der ehrenamtlichen Betreuungskräfte und der Angehörigen, durchweg positiv über die Tagesbetreuung. Vereinzelt berichteten auch die Pflegenden der beteiligten Stationen von Patientinnen und Patienten, die aus der Tagesbetreuung zurück, sehr positiv von dem Erlebten erzählten.

Nach anfänglicher Distanz nehmen die Pflegekräfte der beteiligten Stationen das Angebot der Tagesbetreuung heute durchweg als eine erhebliche Arbeitserleichterung wahr. Die Patientinnen und Patienten würden in der Tagesbetreuung bei ihrer Nahrungsaufnahme mit einem Aufwand unterstützt, der so auf der Station nicht geleistet werden könnte. Insgesamt überwog in der Einschätzung der Pflegenden die fachliche Entlastung durch die Tagesbetreuung. Sie wüssten die Patientinnen und Patienten im Teekesselchen adäquater versorgt als auf der Station, da sie dort das nötige Maß an Aufmerksamkeit erhalten. Als etwas belastend bezeichneten die Pflegekräfte der beteiligten Stationen die Organisation der Beförderung von der Station in die Tagesbetreuung.

Der insgesamt sehr positive Effekt der Tagesbetreuung auf den beteiligten Stationen und die erzielte Verbesserung der allgemeinen Situation der Stationspflege sind auch im Hinblick auf die Personalentwicklung zu bewerten. Die Verbesserung der Bedingungen der Stationspflege erhöht die Arbeitszufriedenheit und kann damit auch einen Beitrag zur Mitarbeiterbindung leisten. Vor allem bei gut ausgebildeten Pflegenden wiegt die Erfahrung schwer, bei der Versorgung Demenzkranker den eigenen fachlichen Ansprüchen nicht genügen zu können.

## 4. Kosten-Nutzen-Überlegungen

Eine der Kernaufgaben der externen Evaluation bestand darin, das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen der Tagesbetreuung zu bestimmen. Diese Analyse soll bei der Beantwortung der Frage helfen, welche Effekte mit welchem finanziellen Aufwand erzielt werden können.

Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen stellen seit Jahren einen festen Bestandteil im deutschen Gesundheitswesen dar. Neben Aussagen zu Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität einer Intervention ist angesichts steigender Ausgaben im Gesundheitswesen zunehmend auch ein Nachweis der Wirtschaftlichkeit notwendig. Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation unterscheidet man grundsätzlich zwischen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, die lediglich die Kosten einer Maßnahme berücksichtigen, und solchen, die neben den Kosten auch den Nutzen einer Maßnahme in den Blick nehmen. Hierzu zählen die Kosten-Nutzen-Analyse, die Kosten-Wirksamkeits-Analyse sowie die Kosten-Nutzwert-Analyse (vgl. Drummond et al. 2005, Greiner 2012). Im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen wird der erzielte Nutzen einer Maßnahme in Geldeinheiten bewertet und den Kosten gegenüber gestellt. Bei Kosten-Nutzwert-Analysen wird als Zielgröße die Zahl qualitätskorrigierter Lebensjahre (Quality adjusted life years = QALYs) verwendet, im Rahmen von Kosten-Wirksamkeits-Analysen sind dies quantifizierbare medizinische oder epidemiologische Größen (z. B. gewonnene Lebensjahre, geringerer Bluthochdruck) (vgl. Greiner 2012).

Eine große methodische Herausforderung bei Kosten-Nutzen-Betrachtungen besteht darin, den erzielten Nutzen der untersuchten Maßnahme in einer Einheit zu bewerten, die sinnvoll mit den entstandenen Kosten in Verbindung gebracht werden kann. Diese Schwierigkeit ist für die vorliegende Untersuchung von erheblicher Relevanz. Zum einen wäre es nicht angemessen und auch nicht praktikabel, die untersuchten Effekte bezogen auf Mobilität, Kognition, Verhalten und funktionelle Fähigkeiten in monetären Einheiten zu bewerten. Zum anderen eignen sich die gängigen Outcome-Indikatoren aus Kosten-Nutzwert- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen nicht für eine Anwendung auf den vorliegenden Gegenstand. Die Stabilisierung von Fähigkeiten während des Krankenhausaufenthaltes, die Steigerung von Wohlbefinden bei demenziell Erkrankten oder etwa Verbesserungen im Sinne einer bedürfnisgerechten Versorgung lassen sich grundsätzlich schlecht quantifizieren oder in valide Nutzenindikatoren transformieren.

Insofern lässt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zwar eine Gegenüberstellung von Effekten und Kosten vornehmen, nicht aber eine Kosten-Nutzen-Analyse im engeren Sinne, bei der als Outcomes monetäre Größen definiert werden müssten<sup>16</sup>. Mit anderen Worten: Zielsetzung ist im vorliegenden Fall eine empirisch gestützte Gegenüberstellung der Vorteile und des nichtmonetären Nutzens, der der Tagesbetreuung nach den Evaluationsergebnissen zuzuschreiben ist, einerseits und der für die Aufrechterhaltung eines solchen Angebots erforderlichen Kosten andererseits.

<sup>16</sup> Ein solcher Outcome wäre beispielsweise eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer, die jedoch im vorliegenden Fall nicht als geeigneter Indikator gelten kann.

## 4.1 Dimensionen des Nutzens der Tagesbetreuung

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Evaluation der Tagesbetreuung zur Bestimmung des Verhältnisses zwischen Kosten und Nutzen der Tagesbetreuung auf eine klassische Vorgehensweise verzichtet. Die Effekte der Tagesbetreuung wurden vielmehr auf unterschiedlichen Ebenen definiert, wobei nicht immer quantifizierbare Größen verwendet werden. Zu den Dimensionen relevanter Effekte, die im Kapitel 3 ausführlich beschrieben wurden, zählen:

- **Fähigkeiten und Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten:** Die Ergebnisse der Datenerhebungen zeigen, dass sich Fähigkeiten und Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung entgegen des vielfach durch andere Studien belegten Trends während des Krankenhausaufenthalts eher stabilisieren statt verschlechtern. In den Daten deutet sich in der Gesamtheit sogar eine leichte Tendenz zur Verbesserung an. Es ist zu vermuten, dass eine Stabilisierung der gesundheitlichen Situation dazu beiträgt, überdurchschnittlich lange Verweilzeiten, die für ältere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Störungen regelmäßig anfallen, zu begrenzen oder sogar zu vermeiden. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Studie allerdings nicht empirisch überprüft werden.
- **Wohlbefinden und psychische Verfassung der Patientinnen und Patienten:** Im Falle von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen wurde ebenfalls die Stabilisierung mit einem leichten Trend zur Verbesserung als Haupttendenz beobachtet. Darüber hinaus zeigten ergänzende Befragungen der Angehörigen und der ehrenamtlichen Betreuungskräfte sowie die Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung, dass es mit der Tagesbetreuung gelingt, die passive Grundhaltung vieler Patientinnen und Patienten zumindest phasenweise aufzulösen und sie zu mehr Aktivität zu motivieren. Sie reagieren darauf häufig mit einer Aufhellung der Stimmungslage.
- **Entlastung der Stationen:** Sowohl unter zeitlichen wie auch unter fachlichen Gesichtspunkten bietet die Tagesbetreuung, wie die Aussagen der Beteiligten übereinstimmend belegen, eine erhebliche Entlastung der Pflegenden auf den Stationen. Insbesondere die zeitaufwändige individuelle Unterstützung bei der Mahlzeitaufnahme entfällt, wenn die Patientinnen und Patienten die Tagesbetreuung nutzen (und dort die entsprechenden Hilfen erhalten). Auch kann durch die Tagesbetreuung der Bedarf an psychosozialer Unterstützung, der im Stationsalltag oft unbeantwortet bleibt, besser abgedeckt werden. Zwar bringt die Tagesbetreuung umgekehrt auch neue Kooperationsanforderungen mit sich, doch überwiegen im Stationsalltag eindeutig die Entlastungseffekte.
- **Beurteilung durch die Angehörigen:** Soweit im Rahmen der Erhebungen Beurteilungen seitens der Angehörigen der Patientinnen und Patienten erfasst werden konnten, handelt es sich größtenteils um sehr positive Beurteilungen. Von den Angehörigen geäußerte Kritik bezog sich fast ausschließlich auf andere Leistungsbereiche, nicht auf die Tagesbetreuung. Gelegentliche Anregungen der Angehörigen, das Beschäftigungsangebot stärker auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen, schmälern das positive Gesamtbild nur wenig.

Im Gesamtbild zeigt die Tagesbetreuung ein großes Potenzial an Kompensation oder Vermeidung von Problemen und Situationen der Überforderung der Beschäftigten, die für die Versorgung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten charakteristisch sind. Bedingt durch den wachsenden Anteil älterer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wächst der durch demenzielle Erkrankungen erzeugte Problemdruck in der akutstationären Versorgung stetig an. Die Tagesbetreuung bietet ein wirksames Mittel, nicht alle, aber doch viele der damit verbundenen Anforderungen zu bewältigen.

## 4.2 Die Kosten der Tagesbetreuung im GKH

Ergänzend zu den in Kapitel 3 dargelegten Effekten der Tagesbetreuung wurde der finanzielle Aufwand berechnet, der im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke anfiel. Damit ist zum einen erkennbar, welche Kosten zu kalkulieren sind, wenn ein Krankenhaus ein ähnliches Angebot vorhält. Zum anderen lässt sich aus der Gegenüberstellung von Kosten und Evaluationsergebnissen ablesen, welche Ziele mit einem definierten finanziellen Aufwand erreicht werden können.

In die Berechnung des finanziellen Aufwandes gehen Miet- und Betriebskosten, Personalkosten sowie Sachkosten ein. Dargestellt werden zunächst die im Gemeinschaftskrankenhaus real entstandenen Kosten (Ist-Kosten). Da es sich hierbei um eine Variante der Tagesbetreuung handelt, die im Rahmen des Projekts bewusst kostengünstig gestaltet werden sollte und daher an einigen Stellen Verbesserungsbedarf aufwies, werden den real entstandenen Kosten in einem nächsten Schritt die Kosten gegenüber gestellt, die anhand der Erfahrungen aus dem Projekt für ein zufriedenstellend ausgestattetes Betreuungsangebot eingeplant werden sollten (Soll-Kosten).

### Ausgaben für die Tagesbetreuung im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Der Raum der Tagesbetreuung stellt formal einen Multifunktionsraum dar. Neben der Nutzung durch das Teekesselchen wird er als Patientenaufenthalts-, Frühstücks- und Besprechungsraum genutzt. Größtenteils gibt es keine Konflikte zwischen den unterschiedlichen Nutzungsarten. Die Tagesbetreuung muss in einzelnen Fällen allerdings auf die Nachbarstation ausweichen, wenn Besprechungen in diesem Raum angesetzt werden.

In der Summe belaufen sich die monatlichen Miet- und Betriebskosten des Raumes auf etwa 350 Euro.

**Tabelle 32: Monatliche Miet- und Betriebskosten des Tagesraumes**

Raumgröße	29 m <sup>2</sup>
Mietkosten	190 Euro
Allgemeine Betriebskosten	160 Euro
<b>Gesamtkosten</b>	<b>350 Euro</b>

Der Raum wird durch die Tagesbetreuung regelhaft montags bis donnerstags in der Zeit von etwa 11.00 Uhr bis etwa 18.00 Uhr und freitags von etwa 11.00 Uhr bis 14.00 Uhr genutzt. In diese Zeiten fällt die Mittagspause der Patientinnen und Patienten von 13.00 Uhr bis 14.00 Uhr. Während etwa 30 Stunden in der Woche ist der Raum also durch die Tagesbetreuung belegt. An der gesamten Raumnutzung hat sie damit einen Anteil von nur etwa 27 %.

Mit diesem Anteil entfallen auf die Tagesbetreuung somit etwa 95 Euro an monatlichen Miet- und Betriebskosten.

Personalkosten entstanden

- a) für die Betreuung der Patientinnen und Patienten und
- b) für die Koordination der Tagesbetreuung und die Begleitung der ehrenamtlichen Kräfte.

Die Koordinationsaufgaben und die Begleitung der ehrenamtlichen Kräfte übernahm eine Pflegewissenschaftlerin, die die Koordination des gesamten Projekts im Gemeinschaftskrankenhaus verantwortete. Abgesehen vom Aufgabenbereich der Tagesbetreuung beinhaltete ihr Aufgabenspektrum die interne Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt und vor allem die Organisation der umfangreichen Datenerhebungen. Insgesamt hatte die Mitarbeiterin im Rahmen des Projektes eine halbe Stelle inne. Für die Koordination der Tagesbetreuung und der ehrenamtlichen Kräfte benötigte sie, eigenen Angaben nach, im Durchschnitt rund acht Stunden pro Woche, die sich jeweils zur Hälfte auf Koordinationsaufgaben und die Koordination der ehrenamtlichen Betreuungskräfte verteilten. Dies entspricht im vorliegenden Fall Arbeitgeberkosten in Höhe von rund 1.000 Euro (volle Stelle inkl. Jahressonderzahlung: 5.000 Euro).

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass dieser Anteil von einem laufenden Betrieb der Tagesbetreuung ausgeht. Wird ein Tagesbetreuungsangebot in einem Krankenhaus neu eingerichtet, bedarf es zunächst eines höheren Zeitaufwands, um das Angebot intern bekannt zu machen und in die bestehenden Strukturen und Abläufe zu integrieren.

Die hauptamtliche Betreuung der demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten im Teekesselchen erfolgte durch eine Altenpflegekraft. Diese hatte eine 60 %-Stelle inne, für die Arbeitgeberkosten in Höhe von 1.950 Euro aufzubringen waren.

Damit beliefen sich die monatlichen Personalkosten für die Tagesbetreuung im Projektzeitraum auf insgesamt 2.950 Euro. Die an der Betreuung beteiligten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben hier zunächst außer Betracht, da sie keinen „Kostenfaktor“ darstellen. Da sie jedoch einen erheblichen Teil der Betreuungstätigkeit abdecken, müssen sie bei verallgemeinernden Überlegungen gesondert berücksichtigt werden.

An Sachkosten für die Tagesbetreuung sind Anschaffungskosten einzukalkulieren, die insbesondere zu Beginn entstehen (Möbiliar, Gesellschaftsspiele, Verbrauchsmaterial, Gestaltung des Raumes etc.). Insgesamt waren nach den Erfahrungen im Projektzeitraum pro Monat durchschnittlich rund 100 Euro Sachkosten zu veranschlagen.

Die Gesamtausgaben für das Angebot der Tagesbetreuung beliefen sich somit auf etwas mehr als 3.000 Euro monatlich bzw. knapp 38.000 Euro jährlich.

**Tabelle 33: Gesamtkosten der Tagesbetreuung Teekesselchen**

<b>Kostenfaktor</b>	<b>Monatliche Kosten</b>
Miet- und Betriebskosten	95,00 Euro
Personalkosten	2.950,00 Euro
Sachkosten	100,00 Euro
Gesamtkosten	3.145,00 Euro
<b>Jährliche Gesamtkosten</b>	<b>37.740,00 Euro</b>

### **Kosten pro Betreutem**

Zur Berechnung der Kosten, die im Schnitt pro Betreutem der Tagesbetreuung entstanden sind, werden die Daten aus dem Jahr 2011 herangezogen, da für dieses Jahr die entsprechenden Informationen durchgängig vorlagen. Außerdem ist im Jahr 2011 eine gleichmä-

Bigere Inanspruchnahme des Angebots zu beobachten, was auch damit zusammenhängt, dass sich das Angebot der Tagesbetreuung 2011 weitgehend etabliert hatte.

Die jährlichen Gesamtkosten der Tagesbetreuung beliefen sich für das Jahr 2011 auf 37.740 Euro (s. o.). Von den Patientinnen und Patienten der fünf beteiligten Evaluationsstationen besuchten in diesem Jahr insgesamt 281 die Tagesbetreuung.

Die Anzahl der Besucherinnen und Besucher von den anderen Stationen wurde nicht erfasst und kann daher lediglich näherungsweise berechnet werden. Die Gesamtzahl der Betreuungen bei dieser Patientengruppe lag bei einem Anteil von 17,9 % (296 von 1.652 Betreuungen, vgl. Kapitel 3.2). Unterstellt man das gleiche Nutzungsverhalten wie bei den Patientinnen und Patienten der Projektstationen, ergibt sich für das Jahr 2011 eine Gesamtzahl von 342 betreuten Patientinnen und Patienten. Damit ergeben sich pro Betreutem der Tagesbetreuung Kosten in Höhe von 110 Euro (rechnerische Durchschnittskosten für die Patientinnen und Patienten der Projektstationen allein: ca. 130 Euro). Mit diesem Betrag können im Durchschnitt 4,5 Betreuungseinheiten refinanziert werden.

Bei der Bewertung dieses Betrages ist zu berücksichtigen, dass das Angebot in der hier beschriebenen Form keine Vertretung für die hauptamtliche Betreuungskraft im Falle von Urlaub, Krankheit oder anderen Anlässen vorsieht. So fiel die Tagesbetreuung beispielsweise im Jahr 2011 sechs Wochen aufgrund von Urlaub, Krankheit oder anderen Gründen (Tagungsbesuche, Fortbildung, Preisverleihung etc.) aus. In weiteren 3,5 Wochen erfolgte eine Vertretung durch die ehrenamtlichen Betreuungskräfte und eine andere Mitarbeiterin. Für einen kontinuierlichen Betrieb wären somit weitere Personalkosten zu berechnen.

Einen für Kostenüberlegungen wichtigen Aspekt bildet die Frage nach der erforderlichen Qualifikation der hauptamtlichen Betreuungskraft. Im Falle des Teekesselchens handelt es sich um eine Mitarbeiterin mit einer Qualifikation zur Altenpflegehelferin, also nicht um eine dreijährig ausgebildete Fachkraft. Nach den Erfahrungen des Modellprojekts reicht diese Qualifikation aus, wenn

- die oben angesprochenen Koordinations- und Anleitungsaufgaben von einer Person mit höherer Qualifikation übernommen werden und
- spezielle Maßnahmen der pflegerischen Versorgung während der Tagesbetreuung durch Fachkräfte der Stationen abgedeckt werden.

Davon abweichende Organisationsmodelle führen also zwangsläufig zu einer anderen Kostenstruktur.

Des Weiteren ist die Nutzung eines Multifunktionsraumes mitunter mit Schwierigkeiten verbunden und sicher keine erstrebenswerte Lösung. Schwierigkeiten entstehen, wenn die Tagesbetreuung den Raum wegen einer anderen Nutzung vorübergehend verlassen muss. Bei anderweitiger Nutzung sind der adäquaten Raumgestaltung für kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten zudem Grenzen gesetzt. Die Nutzung eines Multifunktionsraumes stellt somit eine kostengünstige, aber keine optimale Möglichkeit dar.

Die dargestellten Kosten stellen somit eine Untergrenze des finanziellen Aufwands dar, der für ein Betreuungsangebot dieser Art zu kalkulieren wäre. Im Folgenden werden die genannten Fragen aufgegriffen und eine alternative Kostenrechnung vorgestellt, bei der nicht unbedingt eine ideale, aber doch eine bessere Ausstattung unterstellt wird, mit der sich Unterbrechungen durch Krankheit und Urlaub oder räumliche Engpässe vermeiden lassen.

### 4.3 Alternative Kostenstruktur eines Tagesbetreuungsangebotes

Für die alternative Kostenrechnung bilden die Erfahrungen im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke den Ausgangspunkt, es wird jedoch von Personal- und Sachkosten ausgegangen, mit denen sich Engpässe im Versorgungsalltag besser vermeiden lassen.

An Miet- und Betriebskosten werden die vollen monatlichen Kosten von 350 Euro für den Raum berechnet. Mit 29 m<sup>2</sup> ist der Raum geeignet für eine gleichzeitige Betreuung von maximal sieben bis acht Patientinnen und Patienten. Sind viele der Betreuten auf einen Rollstuhl angewiesen, verringert sich die Anzahl auf etwa sechs Patientinnen und Patienten.

Hinsichtlich der Personalkosten für die Tagesbetreuung werden weiterhin die Kosten von 1.000 Euro pro Monat für Koordinationsaufgaben veranschlagt (20 %-Stellenanteil). Es wird davon ausgegangen, dass Phasen der Abwesenheit des betreffenden Stelleninhabers den Betrieb der Tagesbetreuung nicht zum Erliegen bringen.

Da es sich bei der hauptamtlichen Betreuung der Besucher wie im vorliegenden Fall nicht um eine Fachkraft mit dreijähriger Ausbildung handeln muss, aber eine pflegerische Qualifikation unbedingt erforderlich ist, wird auch hier eine Gehaltsstruktur wie im GKH zugrunde gelegt.

Das beschriebene ehrenamtliche Engagement im Rahmen der Tagesbetreuung im Gemeinschaftskrankenhaus stellt eher eine günstige Ausnahmesituation dar. Ein umfangreicher Pool an ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern mit einer gewissen Basisqualifikation kann nicht für jedes Krankenhaus vorausgesetzt werden. Im Folgenden wird daher die Unterstützung ehrenamtlicher Betreuungskräfte nicht als gegeben angenommen. Vielmehr wird ihre Mitwirkung in Personalkosten für hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umgerechnet, die die gleiche Qualifikation wie die hauptamtliche Betreuungskraft im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke aufweisen.

Die ehrenamtlichen Betreuungskräfte im GKH sind pro Nachmittag etwa drei Stunden und damit pro Woche (an vier Tagen) etwa zwölf Stunden in der Tagesbetreuung tätig. Unter der Annahme einer Arbeitszeit von 39 Stunden pro Woche entspricht dies einem Stellenanteil von 30 %<sup>17</sup>. Nicht berücksichtigt in dieser Berechnung ist, dass die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer immer zu zweit tätig sind (und die von ihnen eingebrachte Zeit streng genommen doppelt so hoch liegt, wie in der Umrechnung angenommen wurde). Dies soll für die vorliegenden Zwecke zunächst einmal unberücksichtigt bleiben.

Nach dieser Berechnung bedürfte es somit insgesamt mindestens einer 90 %-Stelle, um die Tagesbetreuung personell in einem Umfang abzudecken, der mit der Praxis im GKH annähernd vergleichbar wäre.

Hierbei muss man berücksichtigen, dass dieser Umfang auch an Werktagen keine kontinuierliche Betreuung ermöglicht. Die Tagesbetreuung im Gemeinschaftskrankenhaus, deren Zeiten dieser Rechnung zugrunde liegen, findet freitags nicht im gleichen Umfang wie an den anderen Tagen statt, obwohl der Bedarf der Patientinnen und Patienten an diesem Tag sicherlich nicht anders ausgeprägt ist. Realistisch betrachtet kann somit eine volle Stelle für die Betreuung der Patientinnen und Patienten veranschlagt werden.

Um eine Vertretung und damit Kontinuität sicherzustellen, sind weitere Ressourcen erforderlich. Im Rahmen der Personalbedarfsplanung geht man davon aus, dass eine Vollzeitstelle unter Berücksichtigung von Urlaub, Krankheit etc. rund 80 % der Jahresarbeitszeit bei einer Fünf-Tage-Woche abdecken kann. Damit ergibt sich für einen kontinuierlichen Betrieb der Tagesbetreuung ein notwendiger Umfang von rund 1,3 Vollzeitstellen. Unter der

<sup>17</sup> Die tarifliche Wochenarbeitszeit variiert ggf. je nach Bundesland und Tarifbindung.

Annahme einer Gehaltsstruktur wie im GKH ergeben sich daraus Kosten von 4.230 Euro pro Monat.

Da in diesem Modell keine Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorgesehen ist, vermindern sich die Personalkosten für die koordinierende Fachkraft um 50 % (von 1.000 auf 500 Euro). Die Personalkosten insgesamt beliefen sich somit auf 4.730 Euro pro Monat.

Die im Gemeinschaftskrankenhaus entstandenen Kosten von monatlich 100 Euro für Sachkosten werden unverändert in die alternative Berechnung übernommen. Hier existiert sicherlich ein Zusammenhang zwischen realen Kosten und Ausfallzeiten, doch ist der Betrag so gering, dass eine Anpassung (für die im Übrigen keine Orientierungswerte verfügbar sind) nicht ins Gewicht fiel.

Ein Angebot der Tagesbetreuung, bei dem die Schwachstellen der Struktur im GKH vermieden werden, wäre damit mit den folgenden Kosten verbunden.

**Tabelle 34: Tagesbetreuungskosten bei alternativer Kostenstruktur**

<b>Kostenfaktor</b>	<b>Monatliche Kosten</b>
Miet- und Betriebskosten	350,00 Euro
Personalkosten	4.730,00 Euro
Sachkosten	100,00 Euro
<b>Gesamtkosten</b>	<b>5.180,00 Euro</b>
<b>Jährliche Gesamtkosten</b>	<b>62.160,00 Euro</b>

Die Kosten in diesem alternativen Modell fallen höher aus als im GKH. Man könnte im Detail darüber diskutieren, ob diese oder jene strukturelle Modifikation nicht zu einer günstigeren Kostenstruktur führt. Hiervon wird allerdings abgeraten. Die Kosten bewegen sich im Vergleich zu anderen Kostenpositionen im Akutkrankenhaus auf einem niedrigen Niveau. Außerdem kann in diesem Fall mit einem verhältnismäßig geringem Mitteleinsatz großer Nutzen erreicht werden. Wenn man bedenkt,

- dass mit diesem Mitteleinsatz jährlich Hunderte von Patientinnen und Patienten wirksam unterstützt werden können, deren Krankenhausaufenthalt nicht nur eine belastende, sondern auch risikoreiche Versorgungsepisode darstellt, und
- dass damit auch eine erhebliche Entlastung der Stationspflege und die Vermeidung ihrer zumindest phasenweisen Überforderung durch den spezifischen Bedarf Demenzkranker erreicht wird,

so erscheint es bei diesem geringen Kostenniveau wenig angemessen, nach Einsparreserven zu suchen.

Dies sei auch deshalb noch einmal betont, weil die Evaluation des Tagesbetreuungsangebots im GKH zeigte, dass Ressourcenengpässe regelmäßig zu Ausfällen der Tagesbetreuung und erheblichen Erschwernissen in der internen Kooperation führten. Die Kostenstruktur im GKH repräsentiert daher eine suboptimale Lösung, mit der strukturelle Nachteile in Kauf genommen werden, die sich letztlich zuungunsten der Nutzerinnen und Nutzer des Angebots auswirken.

Bei einer Nutzungsfrequenz wie im GKH entstünden mit dem dargestellten Mitteleinsatz pro Betreutem Kosten von rund 180 Euro, doch wäre davon auszugehen, dass durch gesteigerte Kontinuität des Angebots bei sonst gleichbleibenden Bedingungen auch eine intensivere Nutzung erfolgt. Mit dieser Ausstattung könnte also ohne größere Unterbrechungen und ohne gelegentliche räumliche Engpässe eine größere Anzahl an Patientinnen und Patienten betreut werden als während des Projektes. Nutzt man die vorliegenden Informationen über die Ausfallzeiten und Engpässe während der Erhebungsphase im Projekt (12 von 88 Wochen) und unterstellt man eine gleichmäßige Nachfrage nach der Tagesbetreuung, so dürften die Kosten eher in der Größenordnung von 150 Euro je Betreutem liegen.

Mit diesem Wert lässt sich auch für andere Krankenhäuser ermitteln, welche Kosten ggf. anfielen, um ein analoges Angebot zu realisieren. Zwar ist die genaue Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Tagesbetreuung nicht bekannt, doch kann man sich in dieser Hinsicht die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zunutze machen. Danach ist davon auszugehen, dass in Krankenhausstationen mit einer annähernd durchschnittlichen Altersstruktur etwa 10 % der Patientinnen und Patienten zum Adressatenkreis der Tagesbetreuung gehören. Dies entspricht 100 von 1.000 Patientinnen und Patienten. Demnach wären je 1.000 Patientinnen und Patienten solcher Stationen jährlich etwa 15.000 Euro für ein entsprechendes Angebot der Tagesbetreuung zu kalkulieren.

### 4.4 Möglichkeiten der Refinanzierung einer Tagesbetreuung

Zur Refinanzierung der ermittelten Kosten für die Sicherstellung eines kontinuierlichen Angebots der Tagesbetreuung in Höhe von 150 Euro je Betreutem kommen theoretisch mehrere Optionen in Betracht.

Eine dieser Optionen besteht in der Refinanzierung im Rahmen des DRG-Systems<sup>18</sup>. Dies würde eine Definition von Zusatzentgelten oder spezielle Anpassungen der betreffenden Berechnungs- und Gewichtungssystematik der DRG voraussetzen, denn die Nebendiagnose Demenz wird im heutigen DRG-System keineswegs ignoriert, allerdings auch nicht ausreichend berücksichtigt.

Mit den G-DRG werden stationär behandelte Patientinnen und Patienten zu Vergütungszwecken in weitestgehend kostenhomogene Gruppen (Fallgruppen bzw. G-DRG) eingeteilt (Rosenbrock/Gerlinger 2004). Dabei werden neben der Hauptdiagnose verschiedene andere Informationen für eine Gruppierung herangezogen. Die notwendigen Informationen werden vom Krankenhauspersonal in eine spezielle Gruppierungssoftware eingegeben. Dabei müssen die Haupt- und Nebendiagnosen und die erbrachten Leistungen nach dem Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) verschlüsselt eingegeben werden. Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer G-DRG erfolgt dann durch die Gruppierungssoftware.

Bestandteil der Fallgruppendefinition sind auch Schweregrade, mit denen ein besonderer Behandlungsaufwand abgebildet werden soll. Von besonderer Bedeutung bei der Schweregraddifferenzierung sind u. a. die Nebendiagnosen. Eine vorliegende Demenz kann über diesen Weg bei der Fallgruppenzuordnung und damit bei der Vergütung Berücksichtigung finden.

<sup>18</sup> Mit der Einführung der German-DRG (G-DRG) im Jahr 2003 konnten sich die Krankenhäuser zunächst freiwillig für das neue Vergütungssystem entscheiden. Bereits ein Jahr später wurden alle Krankenhäuser (mit Ausnahme psychiatrischer Einrichtungen) zur Abrechnung nach dem neuen Fallpauschalensystem verpflichtet. In den ersten zwei Jahren nach Einführung der G-DRG wurden die Fallpauschalen noch krankenhausesindividuell ermittelt und abgerechnet. Es folgte eine fünfjährige Anpassungsphase, in der die individuellen Fallpauschalen schrittweise den landesweiten Durchschnittswerten angeglichen wurden. Seit 2010 erfolgt die Vergütung nach landeseinheitlich kalkulierten Fallpauschalen (Fürstenberg et al. 2011).

Man weiß allerdings, dass die Nebendiagnose Demenz nur bei ca. 50 % der Basis-DRG zu einer Schweregraddifferenzierung führt (Franz 2010). Je häufiger eine Hauptdiagnose mit der Nebendiagnose Demenz einhergeht, desto geringere Auswirkungen hat die Demenz auf die Schweregradeinstufung.

Ebenso wichtig ist, dass es sich zumeist um ältere Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Störungen handelt, so dass mehrere aufwandsrelevante Nebendiagnosen oder Beeinträchtigungen vorliegen. In solchen Fällen ist es häufig unerheblich, ob eine Demenz vorliegt oder nicht, da andere Erschwerungsfaktoren den Einfluss, den die Nebendiagnose Demenz auf die Festlegung des Schweregrads haben kann, überlagern.

Um daher Kosten für zusätzliche Betreuungsangebote innerhalb des DRG-Systems wirksam werden zu lassen, bedürfte es einer grundlegenden Modifikation von Bewertungen, Gewichtungen und Verrechnungsregelungen innerhalb der DRG-Systematik. Ob dies für einen so geringen Betrag wie 150 Euro je Betreutem als realistisch gelten kann, ist zweifelhaft. Schon seit mehreren Jahren wird darauf hingewiesen, dass das G-DRG-System den zusätzlichen Versorgungsaufwand, mit dem die Nebendiagnose Demenz einhergeht, erheblich unterschätzt. Hierbei wird allerdings von ganz anderen Kostendimensionen ausgegangen.

Nach Untersuchungen des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (ISO) (Kirchen-Peters 2009, Kirchen-Peters 2011) ist bei Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz mit durchschnittlichen Zusatzkosten in Höhe von 1.045 Euro zu rechnen. Diese Einschätzung beruht auf Befragungen von Führungskräften im Krankenhaus. Als Hauptgründe für die Mehrkosten sehen die Befragten den erhöhten Personalaufwand für die (pflegerische) Versorgung sowie die Notwendigkeit zusätzlicher (fach-)ärztlicher Konsile. Außerdem liege die Krankenhausverweildauer Demenzerkrankter im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne Demenzerkrankung um durchschnittlich 3,7 Tage höher (was von verschiedenen Studien bestätigt wird – vgl. etwa Franz 2010).

Zur Kompensation der Zusatzkosten wurden in der gleichen Untersuchung verschiedene Vorschläge formuliert, die zum Teil für eine stärkere Berücksichtigung der Diagnose Demenz im DRG-System plädieren. Dazu zählen:

- Einführung eines generellen Vergütungszuschlages (evtl. nach Schweregrad der Demenz gestaffelt);
- Stärkere Gewichtung der Nebendiagnose Demenz bei der Ermittlung des Schweregrads;
- Einführung eines OPS-Schlüssels (Komplexbehandlung) zur Abbildung des pflegerischen Mehraufwandes für Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung;
- Erhöhung der oberen Grenzverweildauer zur Kompensation der längeren Liegezeiten.

Abgesehen vom Vorschlag eines generellen Vergütungszuschlages verbinden sich all diese Vorschläge mit komplizierten Anpassungsprozessen innerhalb der DRG-Systematik. Bei vergleichbaren Versuchen einer Weiterentwicklung dieser Systematik wurde die Erfahrung gemacht, dass ein hoher, manchmal auch sehr hoher Aufwand erforderlich ist, eine solche Anpassung zu entwickeln, praktisch zu erproben und anhand von empirischen Daten Nachweise für Praktikabilität und Validität zu erbringen. Bei geringen Kostenzuwächsen wie im vorliegenden Fall bestünde hier immer die Gefahr, dass eine finanzielle Relevanz der Anpassung von Schweregraden oder ähnlichem für das Krankenhausbudget gar nicht zuverlässig nachweisbar ist. Schon aus diesem Grund ist große Skepsis in der Frage angezeigt, ob eine auf das Thema Tagesbetreuung begrenzte Weiterentwicklung der Bewertungs- und Gewichtungssystematik zielführend wäre.

Davon abgesehen sind die „Diagnoselastigkeit“ der DRG-Systematik und die einseitige Ausrichtung auf medizinische Prozeduren zu berücksichtigen. Seit langem wird darauf hingewiesen, dass sich der pflegerische Aufwand im Krankenhaus mit den Kategorien der DRG kaum

abbilden lässt. Ähnliches gilt für allgemeine Betreuungsleistungen, wie sie im vorliegenden Projekt untersucht wurden. In der erwähnten Studie des ISO-Instituts äußerte sich ein Teil der befragten Leitungskräfte aus der Pflege generell skeptisch zu den Aussichten, nichtärztliche Leistungen im DRG-System besser abzubilden.

Ein anderer Weg der Berücksichtigung von Mehrkosten könnte theoretisch in der Festlegung von Zusatzentgelten liegen, wie sie derzeit mit dem sog. Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) hergeleitet werden. Seit 2009 werden auf dieser Grundlage zusätzliche Mittel zur Neueinstellung von Pflegepersonal bereitgestellt (Förderprogramm Pflege). Der PKMS beinhaltet Kriterien für eine besonders aufwändige Pflege (DIMDI 2012). Ein pflegerischer Mehraufwand aufgrund demenzassoziierter Verhaltensweisen kann mit dem stark somatisch ausgerichteten und fachlich umstrittenen PKMS allerdings nur in Teilen abgebildet werden. Im Jahr 2010 wurden rund 1 % aller stationären Behandlungsfälle als hochaufwändige Pflege kodiert. Da sich diese Fälle aber auf mehr als 900 Fallgruppen verteilten und nur in wenigen Fallgruppen eine größere Anzahl an Behandlungsfällen zusammenkam, wurde auf die Bildung neuer Fallgruppen verzichtet. Vielmehr hat man sich dazu entschieden, eine hochaufwändige Pflege Erwachsener durch Zusatzentgelte zu vergüten. Dieses Zusatzentgelt betrug im Jahr 2010 rund 1.290,- Euro (InEK 2012).

Ein analoges Verfahren wäre auch zur Finanzierung eines Angebots der Tagesbetreuung vorstellbar. Ein hoher bürokratischer Aufwand, wie er sich mit den bisherigen Instrumenten zur Ermittlung des PKMS verbindet, wäre hierbei nicht erforderlich. Es reichte aus, eine prästationär vorliegende Diagnose der Demenz oder die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten (beispielsweise mit ähnlichen Methoden, mit denen heute die „eingeschränkte Alltagskompetenz“ nach § 45a SGB XI festgelegt wird) als Kriterium zugrunde zu legen.

Zusatzentgelte können im heutigen System der Krankenhausfinanzierung theoretisch auch über krankenhausesindividuelle Vereinbarungen gewährt werden. Da es sich bei der Tagesbetreuung jedoch um ein Angebot handelt, für das nahezu in jedem Akutkrankenhaus ein Bedarf unterstellt werden kann, würde diese Lösung im Gesamtsystem der Versorgung einen unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand verursachen.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass eine Refinanzierung des vergleichsweise kostengünstigen Angebots der Tagesbetreuung über eine isolierte Modifizierung bzw. Ergänzung der Regeln, nach denen der Schweregrad einer Fallgruppe mit der Nebendiagnose Demenz differenziert wird, unverhältnismäßig kompliziert wäre. Eine isolierte Modifizierung, die nicht gleichzeitig den Mehraufwand in der routinemäßigen Pflege und bei anderen Leistungen in Rechnung stellt, geriete möglicherweise sogar in einen Gegensatz zu den Grundregeln, nach denen eine Schweregraddifferenzierung in die Entgeltberechnung überführt wird.

Demgegenüber wäre die Einführung eines generellen Vergütungszuschlags bzw. eines Zusatzentgelts eine vergleichsweise unkomplizierte Regelung. Die Leistungen, für die heute Zusatzentgelte gezahlt werden, haben allerdings einen gänzlich anderen Charakter als eine Tagesbetreuung. Es handelt sich ganz überwiegend um spezifische medizinische Maßnahmen, unter denen eine Tagesbetreuung als Leistung schon ihrer Art nach aus dem Rahmen fallen würde. Dennoch wäre ein Zusatzentgelt, das je nach Fallzahl auf der Basis einer Erfassung des kognitiven Status berechnet würde, eine Lösung, die innerhalb des DRG-Systems noch die wenigsten Probleme aufwirft.

Zu klären ist allerdings auch, ob die für die Tagesbetreuung erforderlichen Mittel in jedem Fall zwingend eine gesonderte Regelung zur Refinanzierung voraussetzen. Für das individuelle Budget eines größeren Akutkrankenhauses sind Kosten in einer Größenordnung von jährlich 60.000 Euro möglicherweise auch ohne eine solche Regelung verkräftbar, zumal der Nutzen für das Krankenhaus und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie in der vorliegenden Studie aufgezeigt wurde, keineswegs unerheblich ist.

## 5. Konzeptbausteine einer Tagesbetreuung für kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten

Abschließend sollen auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Tagesbetreuung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke – sowohl der positiven als auch der weniger positiven – einige zentrale Anforderungen an die Ausgestaltung eines solchen Angebots aufgezeigt werden. Die folgenden Ausführungen erheben dabei nicht den Anspruch, sämtliche Details zu beschreiben, die auf konzeptioneller Ebene beim Aufbau einer Tagesbetreuung zu berücksichtigen sind. Jedes Angebot muss an die konkreten Rahmenbedingungen des jeweiligen Krankenhauses angepasst werden. Es gibt allerdings einige Grundsätze, die – unabhängig von diesen Rahmenbedingungen – als empfehlenswerte, allgemeine Handlungsorientierungen gelten können.

An dieser Stelle ausgespart bleiben Fragen, die sich stellen, wenn die Tagesbetreuung nicht als singuläre Maßnahme, sondern als ein Baustein eines ganzen Maßnahmenpakets zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen implementiert werden soll. Ist die Betreuung beispielsweise gedacht als genuiner Bestandteil einer interdisziplinären Station für Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz, ergeben sich an vielen Punkten andere Anforderungen, auch und besonders im Hinblick auf die Integration der Tagesbetreuung in die Routineabläufe der Versorgung. Es ist generell empfehlenswert, die Tagesbetreuung nicht allein einzuführen, sondern gemeinsam mit anderen Maßnahmen zu implementieren (beispielsweise Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Konzepte zur Arbeit mit den Angehörigen, Anpassung des Aufnahmeverfahrens oder Einrichtung von Konsiliardiensten).

### 5.1 Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum

Zur Sicherstellung eines bedürfnisgerechten und in den Routinebetrieb integrierten Angebots der Tagesbetreuung sollten die folgenden Aufgaben und Handlungsbausteine unterschieden und durch Konzepte oder Verfahrensregeln näher definiert werden<sup>19</sup>. Hierbei ist grundsätzlich zu überprüfen, inwieweit jeweils gesonderte Festlegungen für die Betreuung in den Patientenzimmern sinnvoll wären.

- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Tagesbetreuung;
- Begleitung der Patientinnen und Patienten zur Tagesbetreuung und zurück zur Station;
- Versorgung der Patientinnen und Patienten während der Tagesbetreuung;
- Unmittelbar patientenbezogene Aufgaben, d.h. die Betreuung selbst;
- Informationsübermittlung von den Stationen zur Tagesbetreuung und umgekehrt;
- Einbeziehung von Angehörigen;
- Laufende Koordination und Integration in die Versorgungsabläufe;
- Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter;
- Laufende interne Evaluation der Tagesbetreuung.

<sup>19</sup> Verfahrensregeln müssen nicht immer in langen schriftlichen Ausführungen bestehen. Entscheidend ist vielmehr, dass Prozesse und Zuständigkeiten hinreichend klar definiert sind.

### **Zugang der Patientinnen und Patienten zur Tagesbetreuung**

Es ist empfehlenswert, Kriterien zu bestimmen, nach denen den Patientinnen und Patienten der Zugang zur Tagesbetreuung ermöglicht wird. Diese Kriterien sollten im Interesse der Transparenz für alle Beteiligten schriftlich fixiert werden. Sie umfassen zum einen Voraussetzungen für die Teilnahme an der Tagesbetreuung, zum anderen Ausschlussgründe. Es sollten darüber hinaus auch Zuständigkeiten definiert und der Prozess der Auswahl der Patientinnen und Patienten festgelegt werden. Im Falle einer sehr guten Integration der Tagesbetreuung in die Routineabläufe kann die Auswahl beispielsweise vorrangig durch Pflegekräfte der Stationen erfolgen. Bei weniger guter Integration ist es empfehlenswert, die Koordinationsverantwortung in diesem Bereich eher den hauptamtlichen Betreuungskräften zuzuordnen.

### **Begleitung der Patientinnen und Patienten zur Tagesbetreuung und zurück zur Station**

Der mit dem Transfer der Patientinnen und Patienten verbundene Aufwand darf nicht unterschätzt werden. Je nach örtlichen Bedingungen spielt hierbei möglicherweise weniger der zeitliche Aufwand eine Rolle als vielmehr der Umstand, dass der notwendige Transfer andere Arbeiten – die Betreuung selbst oder die Arbeiten auf der Station – unterbricht. Die für die Stationspflege verfügbaren Ressourcen ebenso wie die Ressourcen der Betreuungskräfte sollten nach Möglichkeit nicht durch den Transfer beansprucht werden. Es ist vielmehr erstrebenswert, für diese Aufgabe auf einen Patientenbegleitedienst zurückzugreifen, zumindest dann, wenn der Ort der Tagesbetreuung außerhalb der Station liegt. Zu berücksichtigen ist ggf. im Einzelfall, dass die Begleitung des Transfers durch eine vertraute Bezugsperson angezeigt sein kann (z. B. bei emotional stark belasteten Patientinnen und Patienten).

### **Versorgung der Patientinnen und Patienten während der Tagesbetreuung**

Es sollte definiert sein, welche pflegerischen Hilfen während der Tagesbetreuung durch die Betreuungskräfte durchgeführt werden und welche Maßnahmen den Pflegenden der Stationen vorbehalten bleiben sollten.

### **Unmittelbar patientenbezogene Betreuungstätigkeit**

Hilfreich ist ein schriftliches Betreuungskonzept, an dem sich die Betreuungskräfte orientieren können. Es sollte nach Möglichkeit nicht nur Hinweise auf Aktivitäten während der Betreuung geben, sondern auch Handlungsorientierungen für den Umgang mit schwierigen Situationen bieten. Auch pädagogische Hinweise (z. B. gleichmäßige Verteilung der Aufmerksamkeit auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer) gehören ggf. dazu.

### **Informationsübermittlung von den Stationen zur Tagesbetreuung und umgekehrt**

Betreuungskräfte können umso besser auf die Patientinnen und Patienten eingehen, je mehr biografische Anknüpfungspunkte ihnen bekannt sind. Es ist empfehlenswert, Festlegungen zur Weitergabe von Informationen dieser Art zu treffen – vorausgesetzt natürlich, sie sind vorhanden. Umgekehrt kann es sinnvoll sein, dass die Betreuungskräfte Beobachtungen und Informationen an die Stationen weiterleiten. Möglicherweise erfahren sie während der Tagesbetreuung durch die Angehörigen, worauf zu achten ist, wenn Patientinnen und

Patienten herausforderndes Verhalten entwickeln. Eine solche Information ist auch für die Pflegenden auf der Station von Interesse. Bemühungen zur Verbesserung der gegenseitigen Information setzen allerdings voraus, dass die Beteiligten ein wirkliches Interesse daran haben. Dies wird nicht bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in allen Krankenhäusern von vornherein zu erwarten sein. Die Informationsübermittlung sollte auch einen geordneten Abschluss der Tagesbetreuung fördern. Das betrifft z. B. die frühzeitige Mitteilung des Entlassungstermins, sodass bei allen Betreuerinnen und Betreuern bekannt ist, ob der Besuch des Patienten ggf. sein letzter Besuch dieses Krankenhausaufenthaltes ist.

### **Einbeziehung von Angehörigen**

Angehörige können bei der Versorgung Demenzerkrankter wichtige Partnerinnen und Partner sein. Unabhängig von Konzepten der Tagesbetreuung existieren verschiedene Ansätze der Integration von Angehörigen in den Krankenhausalltag. Auch im Rahmen der Tagesbetreuung kann dies eine Aufgabe sein, die in konzeptioneller Hinsicht der Konkretisierung bedarf. Sehr gut aufgestellten Krankenhäusern könnte es beispielsweise gelingen, Aufgaben der Angehörigenberatung im Rahmen des Entlassungsmanagements und das Bedürfnis der Angehörigen, sich während der Tagesbetreuung etwas „abzugucken“, miteinander zu verknüpfen.

### **Laufende Koordination und Integration in die Versorgungsabläufe**

Dies ist, wie im vorliegenden Bericht mehrfach betont wurde, ein sehr wichtiges Aufgabenfeld. Die Erfahrung im Modellprojekt, aber auch viele andere Erfahrungen aus Projekten im Krankenhausbereich zeigen, dass die Modifikation gewohnter Abläufe nicht nur eine Herausforderung darstellt, sondern auch über einen längeren Zeitraum der kontinuierlichen Aktualisierung bedarf. Es ist mit anderen Worten nicht damit getan, ein Angebot der Tagesbetreuung zu schaffen, Kooperationsbeziehungen festzulegen und dann darauf zu vertrauen, dass sich die vereinbarten Änderungen nachhaltig durchsetzen. Bei allen Neuerungen, die zur Modifikation von Routineabläufen zwingen, zeigt sich manchmal noch nach Jahren die Tendenz eines Rückfalls in die alten Routinen. Das Bemühen um die Integration des Angebots der Tagesbetreuung kann daher in vielen Fällen eine Daueraufgabe sein. Dementsprechend müssen hierfür personelle Ressourcen einkalkuliert werden (s. u.), aber auch Strategien und geeignete Formen entwickelt werden. Es handelt sich außerdem um eine anspruchsvolle Aufgabe, die einschlägige Qualifikationen und Erfahrungen voraussetzt. Es ist empfehlenswert, diese Aufgabe von der hauptamtlichen Betreuung zu trennen und gesondert Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zuzuweisen, denen entweder in der Leitungshierarchie eine Funktion zukommt, oder die unabhängig von der Tagesbetreuung bereits mit speziellen Aufgaben (z. B. dem Qualitätsmanagement) betraut sind. Im Idealfall gelingt es, dem Bedarf der Patientinnen und Patienten an Betreuung im Alltag so viel Geltung zu verschaffen, dass eine ggf. starre Priorität der Stationsroutine ein wenig aufgeweicht wird und der Besuch der Tagesbetreuung gleichberechtigt neben anderen Maßnahmen in die Planung des Tages eingeht.

### **Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Auch diese Aufgabe setzt besondere Kompetenzen und Erfahrungen voraus. Wenn das Konzept einer Tagesbetreuung die Einbindung ehrenamtlicher Kräfte vorsieht, müssen diese allmählich an ihr neues Betätigungsfeld herangeführt, einschlägig fortgebildet und auch im weiteren Verlauf regelmäßig durch Reflexionsangebote begleitet werden. Aufgrund der Erfahrungen am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke kann der Aufbau eines Ehrenamtes zur Mitwirkung in der Tagesbetreuung sehr empfohlen werden. Die Aufbauarbeit ist allerdings aufwändig, und die Verantwortung hierfür sollte ebenso wie andere Koordinations- und Integrationsaufgaben vom Aufgabenbereich der hauptamtlichen Betreuung getrennt zugeordnet werden.

### **Laufende interne Evaluation der Tagesbetreuung**

Die laufende interne Evaluation umfasst zum einen die Auswertung der Dokumentation der Nutzung der Tagesbetreuung. In dieser wenig aufwändigen Dokumentation sollte ablesbar sein, welche Patientinnen und Patienten wie häufig die Tagesbetreuung aufsuchen, aus welchen Bereichen sie stammen und wie gut das Angebot ausgelastet ist. Dokumentiert werden sollten außerdem besondere Ereignisse, deren Kenntnis für die interne Evaluation hilfreich sein kann. Zum anderen sollte die interne Evaluation Maßnahmen umfassen, die die Kooperation zwischen den Stationen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Tagesbetreuung stärken und die Möglichkeit bieten, alltägliche Probleme gemeinsam zu lösen. Ein geeigneter Rahmen hierfür sind beispielsweise gemeinsame Teambesprechungen in regelmäßigen Abständen oder die gelegentliche Teilnahme von Vertreterinnen und Vertretern der Tagesbetreuung an Stationsbesprechungen. Auch Mitarbeiterbefragungen und Befragungen der ehrenamtlichen Betreuungskräfte können in diesem Punkt hilfreich sein. Die Verantwortung für die interne Evaluation sollte derjenigen Person zugeordnet werden, die auch für die Integration des Angebots in die Routineabläufe und die Begleitung der ehrenamtlichen Kräfte zuständig ist.

## **5.2 Ausstattung**

### **Personelle Ausstattung**

Wichtige Eckpunkte für eine personelle Ausstattung wurden bereits in Kapitel 4 benannt. Grundsätzlich sollten Betreuungsaufgaben einerseits und Koordinations-/Integrationsaufgaben andererseits zwei unterschiedlichen Personen zugeordnet werden. Beide Aufgabenbereiche setzen unterschiedliche Qualifikationen voraus. Für die Betreuungsaufgaben wäre der Einsatz von Fachkräften mit dreijähriger Altenpflegeausbildung wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig. Nach den Erfahrungen am Gemeinschaftskrankenhaus genügt eine Qualifikation auf dem Niveau der Altenpflegehilfe. Es ist darüber hinaus zu empfehlen, zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Betreuungsaufgaben (ggf. auf Teilzeitbasis) einzustellen. Ansonsten wird die Urlaubs- und Krankheitsvertretung Schwierigkeiten aufwerfen oder phasenweise vielleicht gar nicht möglich sein. Für den zweiten Aufgabenbereich kommen nur Personen mit höherem Qualifikationsniveau in Frage. Im Idealfall tragen sie unabhängig von der Tagesbetreuung Leitungs- oder Koordinationsverantwortung, denn sie stehen vor der Herausforderung, die Belange der Tagesbetreuung gegenüber verschiedenen Mitarbeitergruppen ggf. auch gegen eine anfänglich skeptische Haltung durchzusetzen. Eine akademische pflegerische Qualifikation wäre hier auf jeden Fall wünschenswert.

## Räumlichkeiten

Idealerweise sind die Räumlichkeiten der Tagesbetreuung von der Herkunftsstation der Patientinnen und Patienten möglichst wenig entfernt. Der Transfer fällt dann ebenso wie die Wegezeiten der Pflegenden der Stationen weniger ins Gewicht. Ggf. führt dann auch der Vorrang der Stationsabläufe nicht unbedingt dazu, dass die ausgewählten Patientinnen und Patienten die Tagesbetreuung am betreffenden Tag gar nicht aufsuchen können. Gewöhnlich ist die Auswahl der Räumlichkeiten allerdings mit Kompromissen verbunden. Eine täglich stattfindende Tagesbetreuung mit hauptamtlichen Beschäftigten kann nicht an unterschiedlichen Orten gleichzeitig stattfinden. Deshalb wird es immer Stationen bzw. Patientinnen und Patienten geben, die längere Wege zurücklegen müssen. Eine Ausnahme sind dezentrale Konzepte, die eine an die Station gebundene Tagesbetreuung vorsehen, die aber in einem Krankenhaus nur unter großen Schwierigkeiten flächendeckend umgesetzt werden können, weil dies einen hohen Personalaufwand erforderlich macht. Für die Auswahl der Räumlichkeiten und ihre Lage können daher keine weitergehenden Empfehlungen formuliert werden. De facto wird es in vielen Krankenhäusern ohnehin nur wenige Auswahlmöglichkeiten geben. Unbedingt sinnvoll ist es, neben einer zentralen Tagesbetreuung auch eine Betreuung im Patientenzimmer zu ermöglichen. Damit wird vermieden, dass ausgerechnet den am schwersten betroffenen (weil bettlägerigen) Patientinnen und Patienten die Möglichkeit der Tagesbetreuung vorenthalten bleibt. Gelingt es, sowohl die Gruppen- als auch die Einzelbetreuung im Krankenhausalltag zu gewährleisten, wären beste Voraussetzungen gegeben, den hospitalisierungsbedingten Belastungen und Beeinträchtigungen entgegenzuwirken.

## 6. Zusammenfassung

Für viele Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Patienten mit einer demenziellen Erkrankung beginnt mit der Krankenhausaufnahme eine Phase großer Belastung. Die Betroffenen vollziehen einen Übergang in eine fremde Umgebung und verlieren damit die gewohnte Alltagsstruktur, die Orientierung und Sicherheit stiftete. Sie sehen sich neuen, ungewohnten Erwartungen ausgesetzt und werden mit der Anforderung konfrontiert, verschiedenste Prozeduren über sich ergehen zu lassen, auch solche, die unangenehm sind oder Schmerzen auslösen. Die Menschen, die ihnen begegnen, sind ihnen fremd. Die Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung sind sehr eingeschränkt; der Alltag ist oftmals gekennzeichnet von langen Phasen der Untätigkeit. Auf den Impuls, diese Umgebung zu verlassen, reagieren die anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meist mit Begrenzung. Mehrere Untersuchungen haben aufgezeigt, dass die allgemeinen Bedingungen des Krankenhausaufenthaltes bei vielen älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zum fortschreitenden Verlust der noch verbliebenen Fähigkeiten und der Selbstständigkeit führen.

Einer der Ansätze, die diesen und anderen negativen Begleiterscheinungen der Hospitalisierung entgegenwirken sollen, besteht in ergänzenden Betreuungsangeboten, mit denen die Phasen der Untätigkeit und Reizarmut im Krankenhaus abgekürzt und Möglichkeiten der Ansprache geschaffen werden.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein solcher Ansatz der Tagesbetreuung, das Teekesselchen im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (GKH), näher untersucht. Die Tagesbetreuung bot an 30 Stunden in der Woche eine qualifizierte Begleitung für eine Gruppe von etwa sieben Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen an. Die Betreuung erfolgte in einem gesonderten Zimmer, der im Stil einer „guten Stube“ eingerichtet war. Eine hauptamtliche Betreuerin sowie ein Pool ehrenamtlicher Betreuungskräfte unterstützten die Patientinnen und Patienten bei der Nahrungsaufnahme, motivierten zur Kommunikation und boten verschiedene aktivierende Beschäftigungen im Setting der Kleingruppe an.

Die Evaluation dieses Tagesbetreuungsangebotes erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld im Rahmen des Modellprojektes „Erprobung und Weiterentwicklung integrativer Handlungsansätze in der gesundheitlichen Versorgung demenzkranker älterer Menschen“, das von 2009 bis 2012 in der Region Herdecke durchgeführt wurde (Projektträger: Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH). Das zentrale Vorgehen des Modellvorhabens bestand in einer besseren Vernetzung und Kooperation der in der Region an der Versorgung beteiligten Personen und Einrichtungen.

### Methodisches Vorgehen

Zum Zweck der Evaluation wurden verschiedene Teiluntersuchungen durchgeführt. Zunächst war von Interesse, wie das Angebot der Tagesbetreuung im Klinikalltag umgesetzt wird, wie viele Patientinnen und Patienten wie häufig betreut werden und wie gut die Zielgruppe erreicht wird. Zur Ermittlung der Wirkungen der Tagesbetreuung wurden bei den betreuten Patientinnen und Patienten Veränderungen der Mobilität, der Kognition und des Verhaltens eingeschätzt und analysiert. Von Interesse war auch die Frage, wie sich eine Teilnahme an der Tagesbetreuung auf den Erhalt der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen auswirkt. Untersucht wurde schließlich auch die Frage, welche Konsequenzen die Tagesbetreuung für die Pflegenden der beteiligten Stationen und die Angehörigen der Patientinnen und Patienten mit sich bringt.

Zur Klärung dieser Fragen wurde ein methodisches Vorgehen gewählt, was sich auf einen Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden stützte und mehrere Teilerhebungen umfasste. Zur Erfassung der Nutzungshäufigkeit wurde vorrangig auf die laufende Dokumentation in der Tagesbetreuung zurückgegriffen (Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten, Anzahl der Besuche etc.). Die Veränderung von Mobilität, kognitiven Fähigkeiten, Verhaltensweisen und der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen wurde anhand von Einschätzungen der Pflegekräfte auf den entsendenden Stationen erfasst. Diese bedienten sich hierzu standardisierter Erhebungsbögen. Die so erhobenen Daten wurden durch anonymisierte Informationen aus dem Krankenhausinformationssystem ergänzt (soziodemografische Daten, Hauptdiagnosestellung, Verweildauer etc.). Im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung wurden die Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten erfasst. Zusätzlich wurden Pflegenden der Stationen, Angehörige und die ehrenamtlichen Betreuungskräfte der Tagesbetreuung interviewt.

### **Versorgungsalltag**

Die teilnehmende Beobachtung des Versorgungsalltags zeigte, dass die Patientinnen und Patienten auf der Station größtenteils sich selbst überlassen blieben und außerhalb der Durchführung von Pflegemaßnahmen kaum Kommunikation stattfand. Die meisten Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einbußen verhielten sich sehr passiv. In der Tagesbetreuung entwickelten sie oft deutlich mehr Aktivität. Sie erhielten dort häufiger direkte Ansprache und wurden zur Teilnahme an Gesprächen oder Aktivitäten motiviert. Nach der Rückkehr auf die Station konnte eine Aufhellung der Stimmungslage und insgesamt ein Steigerung des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten beobachtet werden.

### **Patientenstruktur und Nutzungsverhalten**

Mit dem Tagesbetreuungsangebot wurden im Jahr 2011 etwa 10 % aller Patientinnen und Patienten aus den fünf beteiligten Stationen erreicht. Im Wochenschnitt wurden zwölf Personen betreut. Die mittlere Anzahl der Betreuungseinheiten (Betreuung an einem Vormittag oder Nachmittag) belief sich auf 4,5. Zu einem Großteil (80 %) stammten die Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung aus den fünf beteiligten Projektstationen (Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie). In der Regel spielte sich die Betreuung im Tagesraum und eher selten auf dem Zimmer der Patientinnen und Patienten ab. Unregelmäßigkeiten bei der Nutzung der Tagesbetreuung resultierten zum Teil aus Entwicklungen auf den Herkunftstationen (Renovierungsarbeiten etc.), zum Teil waren sie durch Krankheit und Urlaub der hauptamtlichen Betreuungskraft bedingt.

Angesichts von bisherigen Schätzungen, nach denen der Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einbußen in den großen Fachbereichen der Inneren Medizin und der Chirurgie in einer Größenordnung von 10 bis 15 % liegt, repräsentiert der für das Gemeinschaftskrankenhaus ermittelte Anteil von 10 % einen eher hohen Grad der Zielgruppenerreichung. 33 % aller Patientinnen und Patienten, die bei ihrer Aufnahme als kognitiv beeinträchtigt eingestuft wurden, nahmen die Tagesbetreuung jedoch nicht in Anspruch. Hierbei handelte es sich teilweise um etwas schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten, die beispielsweise nicht ausreichend mobil waren oder einen Unterstützungsbedarf aufwiesen, der die Möglichkeiten der Betreuungskräfte aus der Tagesbetreuung überstieg. Andere Gründe für die Nichtteilnahme waren Besuche durch Angehörige, vereinzelt fehlende Motivation, vor allem aber zeitliche Überschneidungen mit angesetzten therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen. Die regulären Stationsabläufe hatten stets Vorrang.

Der Großteil der Patientinnen und Patienten (73,3 %) besuchte die Tagesbetreuung nur wenige Male (ein bis fünf Betreuungen) und zumeist auch nur über den Zeitraum einer Woche

(69,4 %). Im Durchschnitt kamen auf jeden Betreuten 4,5 Betreuungen. Zwischen der Krankenhausaufnahme und dem ersten Besuch der Tagesbetreuung vergingen im Schnitt 6,4 Tage. Die Phase der Betreuung endete in den meisten Fällen kurz vor der Krankenhausentlassung.

Wenngleich für den Projektzeitraum von einer relativ guten Zielgruppenerreichung gesprochen werden kann, ist gleichzeitig davon auszugehen, dass unter besseren organisatorischen Voraussetzungen sowohl der Anteil von 10 % betreuten Patientinnen und Patienten als auch die durchschnittliche Zahl der Betreuungen je Fall höher gelegen hätten.

### **Entwicklung von Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen**

Die Untersuchung der Wirkungen der Tagesbetreuung auf die betreuten Patientinnen und Patienten erfolgte anhand mehrerer Indikatoren. Den Schwerpunkt bildete der Vorher-Nachher-Vergleich in den Bereichen Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Für insgesamt 290 Patientinnen und Patienten lagen die entsprechenden Einschätzungen der Pflegenden vom Tag der Aufnahme in die Tagesbetreuung und vom Tag der Entlassung vor und konnte somit ein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung im Hinblick auf Mobilität, kognitive Fähigkeiten und auffällige Verhaltensweisen im Wesentlichen stabil bleiben. Es sind nur in wenigen Fällen Veränderungen feststellbar, und diese fallen überwiegend positiv aus (Verbesserungen im Status). Es kommt offensichtlich zu einer Stabilisierung der Fähigkeiten mit leichten Tendenzen hin zu einer Verbesserung.

Anhand von weiteren Analysen lässt sich das Ergebnis bestätigen. Für alle drei beteiligten Fachrichtungen und die am häufigsten auftretenden Diagnosegruppen gilt insgesamt das Ergebnis einer Stabilisierung der Fähigkeiten mit leichten (signifikanten) Verbesserungen. Allerdings zeigte sich auch, dass die Häufigkeit, mit der eine Person betreut wurde, nur einen moderaten Einfluss auf das Ergebnis hat. Dies deutet darauf hin, dass die Tagesbetreuung Wirkungen entfaltet, diese Wirkungen aber nicht überschätzt werden dürfen.

### **Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen**

Neben Mobilität, Kognition und Verhalten wurde im Rahmen der Evaluation auch die Entwicklung der Selbstständigkeit der betreuten Patientinnen und Patienten bei sieben Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Im Ergebnis zeigt sich ein ähnliches Bild: Unter den betreuten Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung gibt es eine starke Mehrheit, bei der es weder zu einer nennenswerten Verbesserung noch zu einer deutlichen Verschlechterung der Fähigkeiten gekommen ist. Unter den Fällen mit einer Veränderung überwiegt diejenige Gruppe, deren Fähigkeit bzw. Selbstständigkeit sich verbessert.

### **Vergleiche mit anderen Studien**

Da die Durchführung einer kontrollierten Studie im Rahmen des Projekts nicht möglich war, müssen diese Ergebnisse unter Zuhilfenahme anderer Forschungsergebnisse interpretiert werden. Andere Studien unterscheiden sich zwar im Hinblick auf Methoden und Stichproben, geben aber dennoch wichtige Anhaltspunkte zur Einordnung der Evaluationsergebnisse.

Die Mehrheit der Studien stellt die Frage nach Veränderungen der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens in den Mittelpunkt. Ihre Ergebnisse zeigen übereinstimmend eine ausgeprägte Tendenz zum Verlust von Fähigkeiten während des Krankenhausaufenthaltes. Die Prävalenz von Selbstständigkeitsverlusten während eines Krankenhausaufenthaltes

für ältere internistische Patientinnen und Patienten liegt meist in einer Größenordnung von 20 bis 30 %. Mit zunehmendem Alter und zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen steigt dieser Anteil an.

Im Rahmen der Evaluation wurde ein relativ geringer Anteil von 11,5 % der Patientinnen und Patienten ermittelt, die während ihres Krankenhausaufenthaltes an Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen einbüßten. Vor dem Hintergrund der präsentierten Studienergebnisse stellt dies ein verhältnismäßig positives Ergebnis dar, insbesondere wenn man bedenkt, dass das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit 80,5 Jahren höher lag als in den meisten anderen Studien.

### **Einbindung des Ehrenamtes**

Zum Ende des Projektzeitraums verfügte das Teekesselchen über einen Pool von 16 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die die Betreuung am Nachmittag übernahmen. Sie waren jeweils an einem Tag in der Woche zu zweit tätig. Diese Struktur bringt es mit sich, dass ihnen die Patientinnen und Patienten in der Regel nicht bekannt sind. Sie wirken jeweils nur an einem Tag in der Woche mit, d. h. in größeren Zeitabständen, nach denen viele der gerade kennengelernten Patientinnen und Patienten bereits wieder entlassen worden sind.

Die betreuende Tätigkeit der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ähnelt sehr der Betreuung durch die hauptamtliche Kraft. Zur Vorbereitung auf ihre Mitwirkung besuchen sie ein Vorbereitungsseminar, in dem Grundkenntnisse zum Krankheitsbild Demenz, zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, zu pflegerischen Maßnahmen und weiteren Themen vermittelt werden. In der Praxis fehlen ihnen nach eigener Aussage allerdings Gelegenheiten zu einem intensiveren Informationsaustausch, der es ihnen ermöglicht, besser auf die individuellen Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen und Patienten einzugehen.

### **Organisatorische Fragen**

Das Setting der Kleingruppe ist charakteristisch für die Tagesbetreuung. Einzelbetreuungen im Patientenzimmer finden relativ selten statt. Im Grundsatz werden dieses Setting und die damit gegebenen Kommunikationsmöglichkeiten von allen Beteiligten sehr positiv bewertet. Gleichzeitig wird jedoch auch auf einen Bedarf an individueller Betreuung hingewiesen, der aufgrund fehlender Ressourcen im Alltag teilweise schlecht abgedeckt werden kann.

Im Verlauf der verschiedenen Erhebungen zeigte sich, dass die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an der Tagesbetreuung nicht automatisch dazu führte, dass diese schließlich auch daran teilnahmen. Die Gründe hierfür sind bereits angesprochen worden (zeitliche Kollisionen mit dem Stationsablauf, Vorrang diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen oder geplanter Pflegemaßnahmen, Visiten, Besuche etc.).

Die Kommunikation zwischen den Betreuungskräften der Tagesbetreuung und den Pflegekräften der Stationen beschränkt sich in der Regel auf organisatorische Fragestellungen (Auswahl der Patientinnen und Patienten, zeitliche Absprachen, Begleitung der Patientinnen und Patienten zum Tagesraum etc.). Ein fachlicher Austausch – beispielsweise über biografische Informationen, persönliche Interessen und Vorlieben der Patientinnen und Patienten, Beobachtungen in der Tagesbetreuung – findet wenig statt.

## Nutzen der Tagesbetreuung aus der Sicht der Beteiligten

Nach Ansicht der ehrenamtlichen Betreuer profitierten die Patientinnen und Patienten vom Angebot der Tagesbetreuung vor allem von der dort erhaltenen Aufmerksamkeit und Zuwendung, die in dieser Form im Stationsalltag kaum aufgebracht werden kann. Die Tagesbetreuung leiste darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Nahrungsaufnahme der kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten.

Die befragten Angehörigen bewerteten das Angebot der Tagesbetreuung durchweg als positiv. Zehn von elf Befragten bescheinigten der Tagesbetreuung einen großen Nutzen bei der Förderung des Wohlbefindens und der Aktivierung der Patientinnen und Patienten. Die Tagesbetreuung wurde als anregend und abwechslungsreich für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wahrgenommen.

Die Pflegekräfte der beteiligten Stationen fühlen sich durch die Tagesbetreuung in zeitlicher ebenso wie in fachlicher Hinsicht entlastet. Bei den Besucherinnen und Besuchern handelt es sich oftmals um Personen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme, dem im Stationsalltag oft nicht zufriedenstellend Rechnung getragen werden kann. Die Pflegenden wissen die Patientinnen und Patienten in der Tagesbetreuung im Blick auf psychosoziale Probleme und Bedarfslagen besser versorgt als auf der Station. Dies ist nicht nur unter fachlichen Gesichtspunkten als Nutzen zu bewerten, sondern auch aus der Perspektive der Personalentwicklung: Die allgemeine Verbesserung und Entspannung der Versorgungssituation bei demenziell Erkrankten fördert die Mitarbeiterzufriedenheit und kann insofern einen wichtigen Beitrag zur Personalbindung leisten.

Mit der Tagesbetreuung entstehen auch einige neue Abläufe und das Erfordernis von Abstimmungen, für die die Pflegenden zusätzlich Zeit aufbringen müssen. Dazu zählen u. a. der Transfer zwischen der Station und dem Raum der Tagesbetreuung, das Bringen der Mahlzeiten von der Station in den Tagesraum und das Aufsuchen der Tagesbetreuung zur Durchführung notwendiger Pflegemaßnahmen.

## Finanzierung der Tagesbetreuung

Ausgehend von den Erfahrungen im GKH wurden die Kosten berechnet, die zur Aufrechterhaltung eines vergleichbaren Angebots der Tagesbetreuung einzukalkulieren sind. Dabei werden Strukturen unterstellt, mit denen sich Engpässe im Versorgungsalltag besser vermeiden lassen als während des Projekts. Ausgegangen wurde somit vom Ziel eines kontinuierlichen Betreuungsangebotes.

Für die Unterstützung der Patientinnen und Patienten in Form der Tagesbetreuung wurden durchschnittliche Kosten in einer Größenordnung von 150 Euro je Person ermittelt. Die Kosten schwanken etwas in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung des Angebots, insbesondere in Abhängigkeit von der Frage, ob und wie intensiv ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitwirken.

Die Erfahrungen mit dem Modellprojekt erlauben auch eine grobe Einschätzung des Bedarfs der Patientinnen und Patienten und damit eine Umrechnung der Kosten je nach Größe des Krankenhauses. In Krankenhausstationen mit einer annähernd durchschnittlichen Altersstruktur ist davon auszugehen, dass bei einem gut etablierten Angebot rund 10 % der Patientinnen und Patienten zum Teilnehmerkreis der Tagesbetreuung gehören. Demnach wären je 1.000 Patientenaufnahmen für solche Stationen jährlich etwa 15.000 Euro zu kalkulieren.

Diese Kosten sind nicht sehr hoch, so dass auch nicht sicher ist, ob eine systematische Berücksichtigung dieses zusätzlichen Leistungsangebots im heutigen Fallpauschalensystem eine realistische Option darstellt. Es wird davon abgeraten, nach Möglichkeiten einer Refinanzierung über die herkömmlichen Mechanismen der Aufwandsberücksichtigung in

den DRGs zu suchen. Die Tagesbetreuung stellt einen wichtigen Ausschnitt des Zusatzaufwandes dar, der bei der Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen ist, aber eben nur einen Ausschnitt. Veränderte Gewichtungen von Schweregraden etc. bei der Bestimmung einer DRG mit der Nebendiagnose Demenz oder einer vergleichbaren Nebendiagnose erscheinen nur sinnvoll, wenn die Gesamtheit des Zusatzaufwandes berücksichtigt würde. Für den Fall, dass eine Refinanzierung im Rahmen des heutigen DRG-Systems angestrebt wird, ist es daher empfehlenswert, eher die Möglichkeit der Gewährung von Zusatzentgelten zu nutzen.

Angesichts der verhältnismäßig geringen Kosten sollte aber auch diskutiert werden, ob die für die Tagesbetreuung erforderlichen Mittel in jedem Fall zwingend eine gesonderte Regelung zur Refinanzierung voraussetzen. Der Nutzen für das Krankenhaus und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist, wie in der vorliegenden Studie aufgezeigt wird, keineswegs unerheblich. Er reicht von der allgemeinen Qualitätsverbesserung bis hin zu einer besseren Mitarbeiterbindung, die angesichts der Verknappung des Fachkräftepotenzials in der Pflege für viele Krankenhäuser derzeit von hohem Interesse sein dürfte. Vor diesem Hintergrund könnten zumindest größere Akutkrankenhäuser in der Frage der Finanzierung möglicherweise genügend Bewegungsspielraum haben, um ein Betreuungsangebot auch ohne langwierige Anpassungen von Finanzierungsregelungen sicherzustellen.

### **Wichtige Konzeptbausteine**

Auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Tagesbetreuung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wurden einige zentrale Anforderungen an die Ausgestaltung eines solchen Angebots aufgezeigt. Zwar muss jedes Angebot an die konkreten Rahmenbedingungen des jeweiligen Krankenhauses angepasst werden, doch gibt es einige Grundsätze und Anforderungen, die unabhängig davon zu sehen sind. Dazu gehört beispielsweise eine Personalausstattung, die den Betreuungsalltag ebenso wie eine ausreichende Integration des Angebots in die regulären Stationsabläufe gewährleistet, geregelte Verfahrensweisen für die Übergabe der Patientinnen und Patienten oder Fragen der räumlichen Anbindung und des Patiententransfers. Darüber hinaus werden Empfehlungen formuliert, beispielsweise zur Integration ehrenamtlicher Kräfte, die am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke vorbildlich ist. Die Zusammenstellung dieser Konzeptbausteine sollen interessierte Krankenhäuser darin unterstützen, sich die bereits vorliegenden praktischen Erfahrungen mit der Tagesbetreuung zu Nutze zu machen und in der Ausgestaltung eines solchen Angebots sinnvolle Entscheidungen zu treffen.

## 7. Literatur

- Amann, U./Schmedt, N./Garbe, E. (2012): Ärztliche Verordnung von potenziell inadäquater Medikation bei Älteren. Deutsches Ärzteblatt 109, Nr. 5, 69 - 75
- Angerhausen, S. (2008): Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, Nr. 6, 460 - 466
- Applegate, W.B./Miller, S.T./Graney M.J./Elam, J.T./Burns, R./Akins, D.E. (1990): A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. The New England Journal of Medicine 322, Nr. 22, 1572 - 1578
- Banerjee S./Owen J. (2009): Living well with dementia:  
A National Dementia Strategy. London: Department of Health
- Covinsky, K.E./Palmer, R.M./Fortinsky, R.H./Counsell, S.R./Stewart, A.L./Kreševic, D./Burant, C.J./Landefeld, C.S. (2003): Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. Journal of the American Geriatrics Society 51, Nr. 4, 451 - 458
- Cummings, S.M. (1999): Adequacy of discharge plans and rehospitalization among hospitalized dementia patients. Health and Social Work 24, Nr. 4, 249 - 259
- DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde/DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.) (2009): S3-Leitlinie Demenzen. Kurzversion. URL: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf) (01.03.12)
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2012/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf> (19.03.12)
- Franz, H. (2010): DRGs und demenzsensible Konzepte: Ein Widerspruch? Präsentation anlässlich der Fachtagung Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus am 12. November 2010 in München. Veranstalter: Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V. in Kooperation mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und der Bayerischen Krankenhaus Gesellschaft. URL: [www.alzheimer-bayern.de/pdf\\_antraege/Vortrag\\_Franz\\_Handout.pdf](http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/Vortrag_Franz_Handout.pdf) (zuletzt geprüft am 09.02.2012)
- Fürstenberg, T./Laschat, M./Zich, K./Klein, S./Gierling, P./Nolting, H.-D./Schmidt, T. (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH
- Ehlenbach W.J./Hough C.L./Crane P.K. et al. (2010): Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. Journal of the American Medical Association 303, Nr. 8, 763 - 770

- Gruber Baldini, A.L./Zimmerman, S./Morrison, R.S. et al. (2003):  
Cognitive impairment in hip fracture patients: Timing of detection and longitudinal follow up. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, Nr. 9, 1227-1236
- GSP Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (2012a):  
Am Beispiel Demenz: Lernen für eine bessere Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Online erhältlich unter: <http://www.sozialeprojekt.de>
- GSP Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (2012b):  
Tagesbetreuung für Menschen mit einer Demenz im Akutkrankenhaus.  
Online erhältlich unter: <http://www.sozialeprojekte.de>
- Hansen, K./Mahoney, J./Palta, M. (1999): Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatric Society* 47, Nr. 3, 360 - 265
- Holt, S./Schmiedl, S./Thürmann, P. A. (2011): PRISCUS-Liste potentiell inadäquater Medikation für ältere Menschen. URL: [http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste\\_PRISCUS-TP3\\_2011.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf) (01.03.2012)
- Holt, S./Schmiedl, S./Thürmann, P. A. (2010): Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Deutsches Ärzteblatt* 107, Nr. 31/32, 543 - 551
- InEK Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2012): Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012. Abschlussbericht.  
URL: [http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2012/Abschlussbericht\\_zur>Weiterentwicklung\\_des\\_G-DRG-Systems\\_und\\_Report\\_Browser/Abschlussbericht\\_zur>Weiterentwicklung\\_des\\_G-DRG-Systems\\_fuer\\_2012](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2012) (19.03.12)
- Inouye, S.K./Wagner, D.R./Acampora, D./Horwitz, R.I./Cooney, L.M./Hurst, L.D./Tinetti, M.E. (1993): A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. *Journal of General Internal Medicine* 8, Nr. 12, 645 - 652
- Inouye, S.K./Bogardus, S.T./Charpentier, P.A./Leo-Summers, L./Acampora, D./Holford, T.R./Cooney, L.M. (1999): A multi-component intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine* 340, Nr. 9, 669 - 676
- King, B.D. (2006): Functional decline in hospitalized elders. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 15, Nr. 5, 265 - 271
- Kirchen-Peters, S. (2009): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern – Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft.  
Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken
- Kirchen-Peters, S. (2011): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern.  
Zweiter Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft.  
Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken
- Kleina, T./Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

- Kosecoff, J./Kahn, K.L./Rogers, W.H./Reinisch, E.J./Sherwood, M.J./Rubenstein, L.V./Draper, D./Roth, C.P./Chew, C./Brook, R.H. (1990): Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. *The Journal of the American Medical Association* 264, Nr. 15, 1980 - 1983
- Krešević, D.M./Mezey, M. (1997): Assessment of function: critically important to acute care of elders. *The NICHE Faculty. Geriatric Nursing* 18, Nr. 5, 216 - 221
- Lafont, C./Gerard, S./Voisin, T./Pahor, M./Vellas, B. (2011): Reducing iatrogenic disability in the hospitalized frail elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 15, Nr. 8, 645 - 660
- Landefeld, C.S./Palmer, R.M./Krešević, D.M./Fortinsky, R.H./Kowal, J. (1995): A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England Journal of Medicine* 332, Nr. 20, 1338 - 1344
- McVey, L.J./Becker, P.M./Saltz, C.C./Feussner, J.R./Cohen, H.J. (1989): Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial. *Annals of Internal Medicine* 110, Nr. 1, 79 - 84
- Morton, C. (1993): Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine* 118, Nr. 3, 219 - 223
- Mudge, A.M./Rourke, P.O./Denaro, C.P. (2010): Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 65, Nr. 8, 866 - 872
- Pedone, C./Ercolani, S./Catani, M./Maggio, D./Ruggiero, C./Quartesan, R./Senin, U./Mecocci, P./Cherubini, A. (2005): Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and medical sciences* 60, Nr. 12, 1576 - 1580
- Pinkert, C./Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Online First*: 27.04.2012
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik  
Eine systematische Einführung. Bern: Huber
- Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hg.) (2009): Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein Handbuch für Mitarbeiter in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Watkin L./Blanchard M.R./Tookman A./Sampson E.L. (2012): Prospective cohort study of adverse events in older people admitted to the acute general hospital: Risk factors and the impact of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27, Nr. 1, 76 - 82
- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S./Kimmel, A./Langner, I./Reif, K./Wagner, A. (2008): Abschlussbericht der Hauptphase 2 der Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Essen: MDS/IPP

Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld/Münster: IPW/MDK WL

Wingenfeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Überarbeitete, korrigierte Fassung. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld: IPW

## 8. Anhang

### Abkürzungen

ATL (engl. ADL)	Aktivitäten des täglichen Lebens (engl. activities of daily living)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DRG	Diagnosis-related group
G-DRG	German Diagnosis-related group
GKH	Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
GSP	Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NEDEK	Netzwerk Menschen mit Demenz im Krankenhaus NRW
OPS	Operationen- und Prozeduren-Schlüssel
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
QALY	quality-adjusted life year (dt. qualitätskorrigiertes Lebensjahr)
RCT	randomized controlled trial (dt. randomisierte kontrollierte Studie)
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen bei der Krankenhausaufnahme .....	31
Abb. 2: Betreuungssequenzen im Jahr 2011.....	38
Abb. 3: Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten im Jahr 2011 .....	39
Abb. 4: Nutzungsintensität der Tagesbetreuung.....	41
Abb. 5: Anzahl der Tage zwischen Krankenhausaufnahme und Aufnahme in die Tagesbetreuung.....	42
Abb. 6: Häufigkeitsverteilung der Anzahl an Betreuungen nach Betreuungsort .....	43

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Betreuungszeiten der Tagesbetreuung Teekesselchen .....	16
Tab. 2: Rücklauf der Evaluationsbögen .....	21
Tab. 3: Vergleich der kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten mit und ohne Tagesbetreuung .....	32
Tab. 4: Selbstständigkeit der betreuten und nicht betreuten Patientinnen und Patienten ..	33
Tab. 5: Kodierte Formen der Demenz.....	34
Tab. 6: Allgemeine Merkmale der Patientinnen und Patienten .....	35
Tab. 7: Prä- und poststationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung.....	36
Tab. 8: Grundgesamtheit und betreute Patientinnen und Patienten auf den Projektstationen (Datenquelle: Dokumentation der Tagesbetreuung) .....	37
Tab. 9: Betrieb der Tagesbetreuung im Projektzeitraum .....	37
Tab. 10: Durchschnittswert der Betreuungssequenzen pro Woche .....	39
Tab. 11: Anzahl an Betreuungen insgesamt, differenziert nach Herkunftsstation .....	39
Tab. 12: Mittlere Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten pro Woche (ohne Zeiten mit vollständigem Ausfall der Tagesbetreuung) .....	40
Tab. 13: Anzahl der Betreuungen, differenziert nach Betreuungsort .....	40
Tab. 14: Anzahl an Wochen der Betreuung im Rahmen der Tagesbetreuung.....	41
Tab. 15: Mobilität bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und Krankenhausentlassung .....	45
Tab. 16: Kognitive Fähigkeiten bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und Krankenhausentlassung.....	46
Tab. 17: Verhaltensweisen bei Aufnahme in die Tagesbetreuung und Krankenhausentlassung .....	47
Tab. 18: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte .....	48
Tab. 19: Veränderungen von Fähigkeiten in der Phase der Tagesbetreuung (Anteilswerte, absolut und in %) .....	48
Tab. 20: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte nach Fachrichtung .....	49
Tab. 21: Veränderungen von Fähigkeiten in der Phase der Tagesbetreuung (Anteilswerte nach Fachrichtung, absolut und in %; Score Differenz > 2) .....	50
Tab. 22: Patientenkollektiv der Tagesbetreuung: Verteilung der Hauptdiagnosen .....	51
Tab. 23: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen.....	52
Tab. 24: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Punktwerte nach Betreuungshäufigkeit .....	53
Tab. 25: Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Beginn („vorher“) und Ende („nachher“) des Krankenhausaufenthalts .....	54
Tab. 26: Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei den Patientinnen und Patienten der Tagesbetreuung (Anteil der Patientinnen und Patienten in % .....	55

Tab. 27: Entwicklung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (Anzahl an Patientinnen und Patienten) .....	56
Tab. 28: Anzahl der Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnungen und Anteile potenziell inadäquater Medikation (PIM) .....	61
Tab. 29: Potenziell inadäquate Medikamente bei Patientinnen und Patienten mit Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnung .....	61
Tab. 30: Entwicklung der Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf der Tagesbetreuung, getrennt nach Patientinnen und Patienten mit und ohne Psychopharmaka-Verordnung .....	62
Tab. 31: Art und Häufigkeit von Verordnungsänderungen .....	62
Tab. 32: Monatliche Miet- und Betriebskosten des Tagesraumes .....	75
Tab. 33: Gesamtkosten der Tagesbetreuung Teekesselchen .....	76
Tab. 34: Tagesbetreuungskosten bei alternativer Kostenstruktur .....	79



## **Impressum**

### **Herausgeber**

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation  
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf  
Telefon: 0211 8618-50  
E-Mail: info@mgepa.nrw.de  
Internet: www.mgepa.nrw.de

### **Kontakt**

Referat „Grundsatzfragen, Palliativversorgung“  
Irmhild Zirkel  
Telefon: 0211 8618-3564  
E-Mail: irmhild.zirkel@mgepa.nrw.de

### **Autoren**

K. Wingenfeld  
M. Steinke  
A. Ostendorf  
unter Mitarbeit von A. Ammann  
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

### **Gestaltung**

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Bielefeld

### **Druck**

Industrie + werbedruck, Herford  
Diese Publikation wurde auf Papieren aus verantwortungsvollen  
und nachhaltigen Quellen (FSC®-zertifiziert) gedruckt

### **Fotos/Illustrationen**

Seite 5 © MGEPA - Torsten Stecher  
Titelfoto: Pitopia

### **© 2013/MGEPA 117**

Die Druckfassung kann bestellt werden:

- im Internet: [www.mgepa.nrw.de/ministerium/service](http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/service)
- telefonisch: **Nordrhein-Westfalen direkt**  
01803 100 110\*  
(\* 9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz  
– maximal 42 Cent/Minute aus dem Mobilfunknetz)

Bitte die Veröffentlichungsnummer **117** angeben.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf  
Telefon: 0211 8618-50  
E-Mail: [info@mgepa.nrw.de](mailto:info@mgepa.nrw.de)  
Internet: [www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)

