

Konsortialführung:	Oberhavel Kliniken GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF18020
Akronym:	IdA
Projekttitel:	Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - sektorübergreifend
Autoren:	Dr. Carsten Jäger, Dr. med. Heidi Müßigbrodt, Dr. Simone Freitag, Christine Pritzke, Winnie Klingenberg
Förderzeitraum:	1. Oktober 2019 – 30. September 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	4
II.	Abbildungsverzeichnis.....	5
III.	Tabellenverzeichnis.....	5
1.	Zusammenfassung.....	7
2.	Beteiligte Projektpartner.....	8
3.	Projektziele.....	11
3.1	Hintergrund	11
3.2	Zielgrößen der Prozessevaluation	12
3.3	Zielgrößen der Ergebnisevaluation.....	13
3.4	Gesundheitsökonomische Evaluation	15
4.	Projektdurchführung.....	16
4.1	IdA-spezifische Qualifizierungen	16
4.2	Öffentlichkeitsarbeit.....	17
4.3	Vernetzung und Kooperation	18
4.4	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	19
4.5	Datenschutz und Dokumentation.....	19
4.6	Die Interventionen.....	20
4.6.1	Rolle und Aufgaben der Projektbeauftragten und Koordinatoren.....	20
4.6.2	Ablauf des Patienteneinschlusses.....	21
4.6.3	Patienteneinwilligung	22
4.6.4	Erstscreening und Eingangsassessment	22
4.6.5	IdA-Dokumentation	22
4.6.6	Einbezug von Angehörigen	23

4.6.7 Einbezug des Stammpersonals	23
4.6.8 Einbezug von Vor- und Nachbehandlern	23
4.6.9 Erstellen von Maßnahmenplänen.....	24
4.6.10 Anforderung zusätzlicher Konsile	24
4.6.11 Durchführung von Fallbesprechungen	24
4.6.12 Fallübergaben	24
4.6.13 Rolle und Aufgaben der Tagesbegleiter.....	25
4.6.14 Einzelbetreuung	25
4.6.15 Gruppenbetreuung	25
4.6.16 Selbstverständnis, Herangehensweise, Auswahl der Materialien	26
4.6.17 Einsatzplanung	26
4.6.18 Hygiene	27
4.6.19 Grenzen	27
4.7 Besondere Situationen	28
4.7.1 Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen	28
4.7.2 Unkooperative Verhaltensweisen	28
4.7.3 Herausfordernde Verhaltensweisen.....	29
5. Methodik	29
5.1 Evaluationsdesign	29
5.2 Datenquellen und Erhebungen	30
5.2.1 Routinedaten der Krankenkassen und Daten der Krankenhäuser gem. § 21 KHEntgG	30
5.2.2 IdA-spezifische Materialien und Dokumentationen.....	30
5.2.3 Standardisierte Befragungen	31
5.2.4 Fokusgruppen, Interviews, Vor-Ort-Begehungen.....	31
5.3 Erhebungszeitpunkte.....	32
6. Projektergebnisse.....	33
6.1 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Umsetzung des Projektes.....	33
6.2 Prozessevaluation	36
6.2.1 Reach – Rekrutierung und Reichweite.....	36
6.2.2 Fidelity – Protokolltreue	40
6.2.3 Satisfaction – Akzeptanz und Zufriedenheit	42
6.2.4 Dose – Dosis: Wurde die Intervention wie geplant umgesetzt?	43

6.3 Ergebnisevaluation	45
6.3.1 Primärer Endpunkt: Reduzierung der Wiedereinweisungsrate.....	47
6.3.2 Sekundäre Endpunkte	50
6.3.3 Gesundheitsökonomische Evaluation.....	56
7. Diskussion der Projektergebnisse	65
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	68
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	70
10. Literaturverzeichnis.....	70
11. Anhänge	72
12. Anlagen.....	73

I. Abkürzungsverzeichnis

6CIT	Six-Item Cognitive Impairment
AG	Arbeitsgruppe
AGENON	Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse (hier AOK Nordost)
AP	Arbeitspaket
ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausfälle
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BKK	Betriebskrankenkasse
CAM	Confusion Assessment Method
COVID-19	Coronavirus Disease 2019/ Coronavirus-Krankheit-2019
DRG	Diagnosis Related Groups
EvB	Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
FCL	Familien Campus Lausitz
FFP	Filtering Face Piece
FORTA	Fit fOR The Aged (Arzneimittelliste für ältere Patienten)
GHoSt	General Hospital Study
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IG	Interventionsgruppe
IdA	Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - sektorübergreifend
ITT	intention to treat
JGM	Jäger Gesundheitsmanagement GmbH
KG	Kontrollgruppe
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KNL	Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH
LKG	Lenkungsremium
MMST	Mini-Mental-Status-Test
nVF	neue Versorgungsform
OHV	Oberhavel Kliniken GmbH
OP	Operation
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
PP	per protocol
PR	predictive ratio
SCU	special care unit

s.o.	siehe oben
SPV	Soziale Pflegeversicherung
UE	Unterrichtseinheit (hier 45 Minuten)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Zusammenarbeit der wesentlichen Konsortial- und Kooperationspartner	10
Abbildung 2: Ablauf und Steuerung der IdA-Maßnahmen im Krankenhaus	20
Abbildung 3: Überblick über die Corona-bedingten Maßnahmen	33
Abbildung 4: Wahrnehmung der Coronapandemie durch die Beschäftigten der Krankenhäuser	35
Abbildung 5: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Verweildauerreduktion	52
Abbildung 6: Ausgabenprofile Frauen.....	58

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner	8
Tabelle 2: Beteiligte Kooperationspartner	9
Tabelle 3: Darstellung der Arbeitsgruppen und Verantwortlichkeiten im Projekt	10
Tabelle 4: Ausbildungsumfänge nach Modulen und Berufsgruppen	16
Tabelle 5: Befragungen, Befragungszeitpunkte und -teilnehmende	32
Tabelle 6: Fallzahlplanung Interventionsgruppe	36
Tabelle 7: Fallzahlplanung Kontrollgruppe*	38
Tabelle 8: Vergleich der SOLL- und IST-Werte für die Fallzahlen ITT und PP in der Interventions- und in der Kontrollgruppe insgesamt und nach Standorten	39
Tabelle 9: Baseline-Charakteristika der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe	40
Tabelle 10: Ergebnisse zum Zensurereignis Versterben im Beobachtungszeitraum	48
Tabelle 11: Ergebnisse der Survival-Analyse für den Primären Endpunkt „Wiedereinweisungsrate“	49
Tabelle 12: Ergebnisse des sekundären Endpunktes „Senkung der Delirrate“	50
Tabelle 13: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Reduktion potenziell inadäquater Gabe von Benzodiazepinen und Neuroleptika (PIM)	51
Tabelle 14: Fälle ITT gesamt und nach Herkunft und Fälle ITT mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege nach Index-Aufenthalt in der Interventions- und Kontrollgruppe	53
Tabelle 15: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Vermeidung dauerhafter Institutionalisierung	54
Tabelle 16: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt „Reduzierung von Stürzen“	55
Tabelle 17: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Reduktion von herausforderndem Verhalten	56
Tabelle 18: Quartalsdurchschnittliche Kosten pro Person gesamt und nach Leistungsbereichen in €	57

Tabelle 19: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben Krankenhaus	61
Tabelle 20: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben für ambulante (vertragsärztliche) Versorgung	62
Tabelle 21: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben für Arzneimittel.....	62
Tabelle 22: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben für Häusliche Krankenpflege.....	63
Tabelle 23: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben der einbezogenen Leistungsbereiche gesamt	63
Tabelle 24: Einflussgrößen auf die SPV-Ausgaben für Pflege nach SGB XI	65
Tabelle 25: Kostenschätzung pro Patient für die Regelversorgung auf Basis der Projektkosten	69

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf Doppelnennungen und gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

1. Zusammenfassung

Nach Ergebnissen der General Hospital Study - GHoSt leidet mit 18,4 Prozent fast jeder fünfte ältere Patient in Allgemeinkrankenhäusern unter einer komorbiden Demenz, ein ebenso hoher Anteil unter leichten kognitiven Störungen. Bei der Aufnahme ist dies in den wenigsten Fällen bekannt (Robert-Bosch-Stiftung, 2016; Hendlmeier, I. et al., 2017). Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind rational nicht immer erreichbar, sie können sich in fremder Umgebung nicht gut orientieren und verstehen oft den Grund des Krankenhausaufenthalts nicht. Auf Veränderungen reagieren sie oft „herausfordernd“. Mit den Auswirkungen sind alle Berufsgruppen konfrontiert (Weglauftendenz, Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Interventionen, Ziehen von Schläuchen nach OP etc.). Ein Krankenhausaufenthalt ist für diese Patientengruppe mit hohen Risiken verbunden, die nicht aus der Grunderkrankung, sondern aus den Begleitsymptomen resultieren. Sie stellen darüber hinaus an das pflegerische und medizinische Personal besondere Anforderungen und erfordern einen erhöhten Zeitaufwand (Kirchen-Peters, S., 2014; Angerhausen S., 2009; Kleina, T., Wingenfeld, K.; 2007). Der Versorgungsalltag auf den somatischen Stationen im Rahmen der Regelversorgung ist derzeit darauf nicht eingestellt.

Das Projekt *„Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung (IdA) - Optimierung der stationären Versorgung für ältere Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis und kognitiven Einschränkungen unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung“* greift diese Situation auf: In Modellen teils für auf die Bedürfnisse älterer Menschen spezialisierte geriatrische oder gerontopsychiatrische Behandlungseinheiten (SCU), teils für ausgewählte somatische Stationen bereits erprobte Maßnahmen sowie für die Vernetzung mit der ambulanten Versorgung neu entwickelte Maßnahmen wurden in einer geschlossenen fachabteilungs- und sektorenübergreifenden Konzeption zusammengefasst und mit einer qualifizierten Evaluationsstudie verbunden, die als multizentrische kontrollierte prospektive Kohortenstudie konzipiert war.

Der primäre Endpunkt konnte mit einer statistisch signifikanten, um 12,99 Prozent reduzierten Wiedereinweisungsrate innerhalb von sechs Monaten nach Interventionsende - im Vergleich zur Kontrollgruppe - erreicht werden ($p = 0,002$). Eine längere Nachbeobachtungszeit wäre hier wünschenswert, konnte lauffzeitbedingt im Rahmen dieser nVF jedoch nicht realisiert werden. Damit konnte die vor Projektbeginn avisierte Effektstärke i.H.v. 10 Prozent sogar um knapp 30 Prozent übertroffen werden. Die sekundären Endpunkte konnten ebenfalls erreicht werden. Bei den sekundären Endpunkten „Reduktion der Delirrate“, „Verweildauerverkürzung“ und „Reduktion potenziell inadäquater Gabe von Benzodiazepinen und Neuroleptika“ konnten die avisierten Effektstärken sogar übertroffen werden. Beim sekundären Endpunkt „Vermeidung von Institutionalisierungen“ wurde für die Interventionsgruppe eine höhere Institutionalisierungsrate ermittelt als in der Kontrollgruppe. Als wahrscheinlichster Erklärungsansatz kommt in Betracht, dass die Intervention zu einer besseren Ausschöpfung von Leistungen nach dem SGB XI geführt hat, weil das Screening auf kognitive Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen der Alltagsfähigkeiten wie auch die Beratung und Unterstützung bezogen auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI Bestandteile der Intervention waren. Für die sekundären Endpunkte „Vermeidung/Reduzierung von Stürzen“ und „Vermeidung/Reduzierung von herausforderndem Verhalten“ konnten die mit der nVF beabsichtigten Effekte nicht nachgewiesen werden. Dem Evaluationsbericht folgend ist eine belastbare Interpretation dieser Ergebnisse im Sinne einer Nichterreichung der Ziele aber nicht möglich, weil eine Untererfassung dieser Ereignisse insbesondere in der Kontrollgruppe wahrscheinlich ist. Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen wurden nur in drei Fällen dokumentiert, so dass ein statistischer Nachweis aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht möglich ist. Die Bewertung der nVF im Rahmen von Befragungen fiel sowohl von den Projektmitarbeitenden als auch den Mitarbeitenden auf den Krankenhausstationen sowie von Patienten und

Angehörigen (sehr) positiv aus. In der gesundheitsökonomischen Evaluation konnte ein mindernder Effekt der nVF auf die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen festgestellt werden, der auch nach Berücksichtigung weiterer Leistungsbereiche Bestand hatte. Dieser Ausgabeneffekt war statistisch nicht signifikant, wobei zu berücksichtigen ist, dass die für Evaluationszwecke erforderliche Fallzahl bezogen auf den primären Endpunkt und nicht bezogen auf GKV-Ausgabengrößen kalkuliert worden ist. Für ein statistisch signifikantes Ergebnis wäre bei der gefundenen Effektstärke eine um das Fünffache größere Fallzahl erforderlich gewesen bzw. wäre bei der realisierten Fallzahl ein um das Doppelte höherer Effekt für den Nachweis statistischer Signifikanz erforderlich gewesen. Eine differenzierte Betrachtung erfolgt in Kapitel 6 sowie im Evaluationsbericht.

Alle (positiven) Ergebnisse konnten unter der erschwerenden Nebenbedingung der Corona-Pandemie erreicht werden. Einerseits stellten Besuchs- und Kontaktverbote in den Kliniken das Projekt vor Herausforderungen bzgl. der Fallzahlerreichung, andererseits konnten einzelne Elemente, wie die stationsübergreifende, tagesstrukturierende Gruppenbetreuung oder Angehörigengruppen pandemiebedingt nicht umgesetzt werden und die Betreuungsarbeit mit Gesichtsmaske und teilweise Vollschutz erschwerte den kommunikativen und sozialen Zugang zu den kognitiv beeinträchtigten Patienten. Es ist zu erwarten, dass die positiven Projektergebnisse bei längerer Nachbeobachtung und bei Regelbetrieb (ohne Pandemiegeschehen) noch deutlicher nachweisbar sein werden.

2. Beteiligte Projektpartner

Das Projekt IdA wurde landesweit von einem breiten Konsortium getragen und durch diverse Kooperationspartner unterstützt. Die in der folgenden Tabelle dargestellten Partner bildete das Projektkonsortium.

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Name Konsortialpartner	Name Projektleitung
Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)	Dr. Simone Freitag (bis Juni 2021), Dorothea Mantei (ab Juli 2021) (Gesamtprojektleitung)
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH	Dr. Christian Kieser
Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH	Denise Hausdorf
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Moritz Schönfelder
Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH	Dr. Carsten Jäger
AGENON GmbH	Steffen Bohm
Klinikum Campus GmbH	Manja Minihoffer
Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH (Familien Campus)	Manja Minihoffer

Darüber hinaus erfuhr das Projekt Unterstützung von zahlreichen Institutionen und Einrichtungen auf landespolitischer, berufspolitischer sowie fachlicher Ebene. Die Kontrollgruppenpatienten wurden an kooperierenden Klinikstandorten für die Evaluation eingeschlossen. Niedergelassene Haus- und Fachärzte wurden als Vor- bzw. Nachbehandler ebenfalls kooperativ eingebunden.

Eine Auflistung der beteiligten Kooperationspartner ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 2: Beteiligte Kooperationspartner

Name Kooperationspartner	Kooperationsinhalte
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV)	• (landes-)politische Unterstützung • Bekanntmachung • Ansprache/Gewinnung weiterer Kooperationspartner
Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V Land Brandenburg	
Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (LKB)	• Ansprache/Gewinnung von KG-Kliniken
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg K.d.ö.R. (KVBB)	• Bekanntmachung bei niedergelassenen Ärzten
Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg	• Mitentwicklung des Curriculums • Fachliche Beratung
Bahn-BKK	• Bereitstellung und Übermittlung von Sekundärdaten für die Evaluation
Knappschaft - Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	
Landkreis Oberhavel	• regional-/ kommunalpolitische Unterstützung • z.T. Trägerschaft von IG und KG-Kliniken • Kontaktvermittlung zu weiteren regionalen Akteuren
Landkreis Oberspreewald-Lausitz	
Landeshauptstadt Potsdam	
Stadt Hennigsdorf	
Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrisch- Psychotherapeutischer Abteilungen und Fachkliniken im Land Brandenburg	• Bekanntmachung • Fachliche Beratung • Kontaktvermittlung zu regionalen Strukturen • Einbindung in bestehende regionale Netzwerke
Gesamtverband der Nervenärzte des Landes Brandenburg e.V. (BVDN)	
Ärztetzetz Medizinischer Versorgung Süd-brandenburg Managementgesellschaft GmbH (MEDIS)	
Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ)	
Märkischer Sozialverein e.V. (MSV)	
Gemeinnützige Projekt- und soziale Regionalentwicklungsgesellschaft mbH (PuR)	
Gerontopsychiatrischer Verbund Oberspreewald-Lausitz e.V. (GPGV OSL)	
Regionale Kontaktstelle für Selbsthilfe und Interessengruppen des Landkreises Oberspreewald-Lausitz (REKOSI)	
Ruppiner Kliniken GmbH	
Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg	
Klinik Ernst von Bergmann Bad Belzig gGmbH	• Rekrutierung und Einschluss von KG-Patienten • Durchführung von Assessments • Erfassung von Vitalparametern und klinischen Parametern • Dokumentation und Übermittlung von Daten (KG) für die Evaluation
Carl-Thiem Klinikum Cottbus gGmbH	
Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH (GLG)	

Niedergelassene Haus- und Fachärzte	Einsteuerung, Einweisung, Weiterbehandlung von IG-Patienten
-------------------------------------	---

Zur Vorbereitung und Bearbeitung der projektspezifischen APs wurden diverse Arbeitsgruppen gebildet, die unter der Leitung eines verantwortlichen Konsortialpartners regelmäßig getagt haben und dem Lenkungsgremium als oberstem Steuerungsorgan des Projektes berichtet haben. In der gesamten Projektlaufzeit tagte das LKG insgesamt 34-mal; die einzelnen APs wurden in insgesamt 42 AG-Sitzungen bearbeitet. Die Arbeitsstruktur des Projektes ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt. Die Verantwortlichkeiten der einzelnen AGs sind nachfolgend tabellarisch aufgelistet.

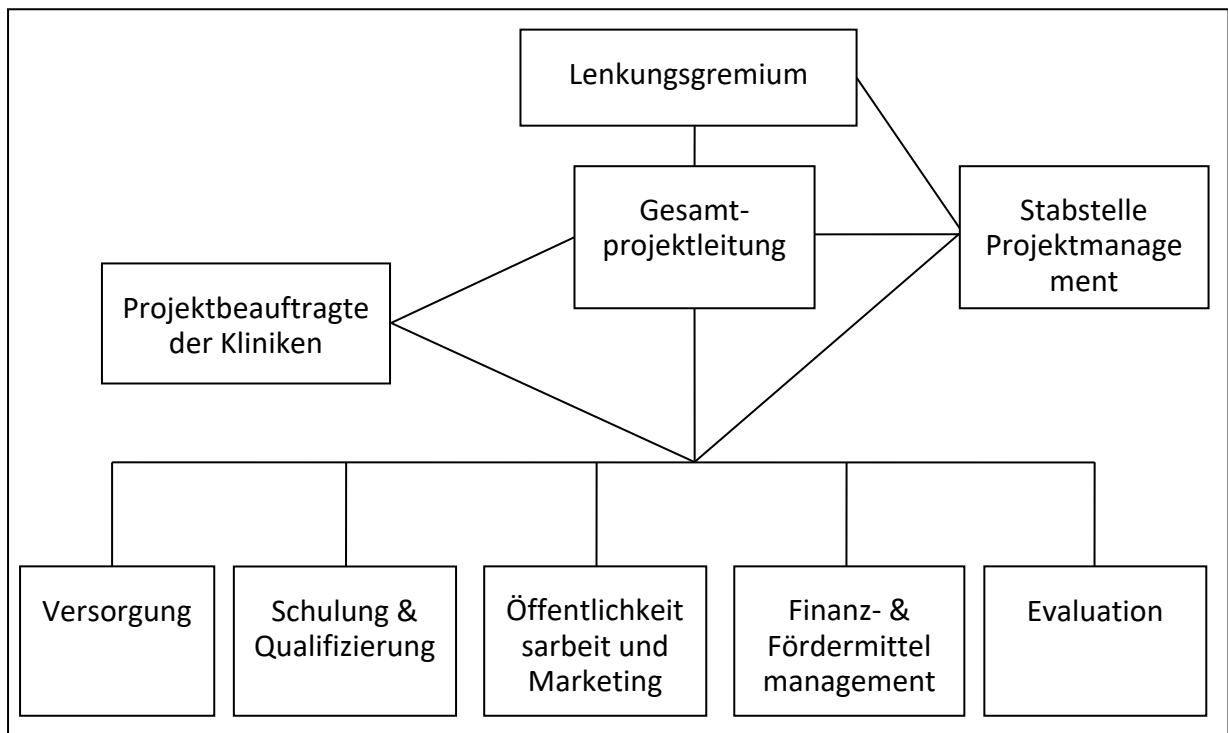


Abbildung 1: Darstellung der Zusammenarbeit der wesentlichen Konsortial- und Kooperationspartner

Tabelle 3: Darstellung der Arbeitsgruppen und Verantwortlichkeiten im Projekt

Arbeitsgruppen	Verantwortlich
AG Projektstruktur	Dr. Carsten Jäger/ Christine Pritzke (JGM)
AG Versorgung	Dr. Heidi Müßigbrodt/ Dr. Simone Freitag (OHV)
- Versorgung stationär	Winnie Klingenberg (OHV)
- Vernetzung ambulant	Winnie Klingenberg (OHV)
AG Schulung & Qualifizierung	Manja Minihoffer (FCL)
AG Öffentlichkeitsarbeit & Marketing	Christine Pritzke/ Martin Stadthaus (JGM)
AG Fördermittelmanagement	Dr. Carsten Jäger/ Christine Pritzke (JGM)
AG Datenmanagement & IT	Dr. Simone Freitag (OHV)

Arbeitsgruppen	Verantwortlich
- Datenschutz/ Ethikkommission	Dr. Simone Freitag (OHV)/ Steffen Bohm (AGENON)
AG Verträge	Dr. Simone Freitag
- Weiterleitungsvertrag	Christine Pritzke (JGM)
- Konsortialpartnervertrag	Dr. Simone Freitag (OHV)
- Selektivvertrag	Moritz Schönfelder (AOK)

Rückfragen können nach Projektende an das Projektmanagement – JGM GmbH, Dr. Carsten Jäger in 14558 Nuthetal unter ida@jgm-gmbh.de gerichtet werden.

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Der Versorgungsalltag auf den somatischen Stationen ist derzeit nicht auf die demenzsensible Versorgung älterer Patienten eingestellt. Bekannte Folgen sind insbesondere die Überlastung des Pflegepersonals, mangelnder Einbezug der Angehörigen, Delirien mit einem erhöhten Risiko für nosokomiale Infektionen, Mangelernährung, Stürze und eine daraus resultierende verlängerte Verweildauer, häufig verbunden mit Mehrfachverlegungen zwischen den verschiedenen Fachabteilungen. In der Folge entsteht ein erheblicher Behandlungs- und Pflegeaufwand, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch nach der Entlassung mit einem erhöhten Betreuungsaufwand durch Angehörige und ambulante Dienste bis hin zur Notwendigkeit der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung (Inouye, S.K. et.al., 2014). Bereits im Jahr 2012 stellte dazu der Deutsche Ethikrat fest: „Im stationären Bereich geht es um den Aufbau demenzfreundlicher Stationen oder Teilstationen, die in ihrer Ausstattung, ihrer Tagesablaufgestaltung und ihren Zusatzangeboten und Personalstrukturen auf den Personenkreis der Demenzbetroffenen ausgerichtet sind“ (Deutscher Ethikrat; 2012). Wie Erfahrungen auch am Projektstandort Hennigsdorf zeigen, kann die Schaffung sog. Special Care Units (SCU) angesichts der demografischen Entwicklung und der bereits feststellbaren deutlichen und auch weiterhin anstehenden Zunahme älterer und hochaltriger stationär behandlungsbedürftiger Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen kein Lösungsansatz sein, mit dem die Probleme dauerhaft und flächendeckend gelöst werden können. Perspektivisch ist vielmehr die Anpassung der Versorgungsroutinen auf den somatischen Stationen *insgesamt* erforderlich. Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz benötigen mehr als andere Patientengruppen Struktur, Beschäftigungs- und Bewegungsmöglichkeiten. Sie sind auf eine flexible Anpassung der Abläufe an ihre individuelle Bedarfslage und eine haltgebende Tagesstruktur angewiesen. Wenngleich unterschiedliche Ansätze zur Verbesserung der stationären Versorgung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verschiedentlich bereits erprobt wurden (Kirchen-Peters, S., 2014; Robert-Bosch-Stiftung, 2018) und vorliegende Befunde darauf hindeuten, dass durch spezifische Maßnahmen die Belastung des Pflegepersonals, Delirraten und Stürze vermindert, Verweildauern verkürzt und Notfallverlegungen in die Akutpsychiatrie und Institutionalisierungen verhindert werden können (Inouye, S.K. et.al., 2014; Rubin, T., 2011), bestehen spezielle Betreuungsangebote gleichwohl nach wie vor nur vereinzelt. Die Autoren der GHoSt-Studie schließen, dass eine „flächendeckende Implementierung“ der in Modellprojekten erprobten demenzsensiblen Angebote zwar wünschenswert wäre; sie stellen weiter aber fest: „Es bedarf qualifizierter Evaluationsstudien, die generalisierbare Aussagen zur Wirksamkeit der Maßnahmen erlauben“ (Hendlmeier, I. et al., 2017). Zu konstatieren ist des Weiteren, dass bislang Ansätze fehlen, die zeigen, wie die stationäre

Versorgung kognitiv beeinträchtigter Patienten effektiv und systematisch mit der prä- und mit der post-stationären ambulanten Versorgung vernetzt werden kann. Damit bleiben Potenziale, stationäre Aufnahmen im Vorfeld zu vermeiden oder Verweildauern zu verkürzen und Wiederaufnahmen vorzubeugen, bislang ungenutzt.

Das Projekt „*Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung (IdA) - Optimierung der stationären Versorgung für ältere Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis und kognitiven Einschränkungen unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung*“ greift diese Situation auf: In Modellen teils für das Setting SCU, teils für ausgewählte somatische Stationen bereits erprobte Maßnahmen sowie für die Vernetzung mit der ambulanten Versorgung neu entwickelte Maßnahmen werden in einer geschlossenen Fachabteilungs- und sektorenübergreifenden Konzeption zusammengefasst und mit einer qualifizierten Evaluationsstudie verbunden, die als multizentrische kontrollierte prospektive Kohortenstudie konzipiert ist (s. Kapitel 7).

Unter Beachtung der S.M.A.R.T.-Kriterien sind zentrale Zielgrößen des Projektes:

- Reduzierung der Wiedereinweisungsrate um 10% (primärer Endpunkt)
- Senkung der Delirrate um 40%
- Reduktion der inadäquaten Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepinen um 20%
- Verkürzung der Verweildauer um 15%
- Vermeidung von Institutionalisierungen (stationäre Pflege)
- Vermeidung/Reduktion von Stürzen um 30%
- Vermeidung/Reduktion von herausforderndem Verhalten um 30%
- Vermeidung/Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- Vermeidung/Reduktion von Krisensituationen mit konsekutiver Notfallverlegung in die Akutpsychiatrie

Darüber hinaus wurden die Verfahren und Abläufe untersucht und im Rahmen der Prozessevaluation strukturiert evaluiert.

3.2 Zielgrößen der Prozessevaluation

Die Zielgrößen der Prozessevaluation wurden aufgrund der determinanten Bedeutung der Evaluation für die Projektgestaltung aus Kapitel 1.3.2 des Evaluationsberichts inhaltsgleich übernommen.

Gegenstand der Prozessevaluation ist *zum einen* die Beurteilung, wie die nVF in den beteiligten Interventionskrankenhäusern umgesetzt wird, um die Qualität der Intervention im Implementierungsprozess zu prüfen und Anstöße für Verbesserungen der nVF zu geben (Programmumsetzung). *Zum anderen* dient die Prozessevaluation dazu zu analysieren, ob und inwieweit die nVF die Zielgruppe(n) erreicht (Zielgruppenerreichung).

In Anlehnung an Modelle zur Prozessevaluation (Moore et al., 2015) stehen folgende Zielgrößen im Rahmen der Prozessevaluation von IdA im Mittelpunkt der Analyse der Implementierungsqualität:

- Reach – Rekrutierung und Reichweite: Erreicht die Intervention die Zielgruppe?
 - Anzahl bzw. Anteil der Patienten über 70 Jahren, die ein standardisiertes Kurzscreening erhalten haben und als potentielle Zielgruppe erfasst wurden;
 - Anzahl bzw. Anteil der Patienten, die in die nVF eingeschlossen wurden, an allen nach dem Kurzscreening detektierten Patienten;
 - Gründe für den Ausschluss der Patienten
- Fidelity – Protokolltreue: Wurde die Intervention in der geplanten Art und Weise umgesetzt?

- Vorgehen zur Vorbereitung und Einführung der nVF (z. B. Entwicklung von Curricula und Schulung der Versorgenden, Entwicklung von Dokumentationsinstrumenten und Prozessbeschreibungen sowie Unterweisung, Erstsprache der ambulanten Akteure, Pilotierung, wissenschaftliche Begleitung der Pilotierung, Anpassungen und Umsetzung)
- Umsetzung der Versorgungskonzeption respektive der einzelnen Maßnahmen der IdA-Versorgung (z. B. Identifikation und Ausschöpfung des Potenzials geeigneter Patienten, Durchführung und Dokumentation der Screenings, Bedarfsermittlung und Erstellung eines Maßnahmenplans, Einzel- und Gruppenbetreuung, Einbezug der Angehörigen und der weiterbehandelnden ambulanten Akteure)
- Satisfaction – Akzeptanz und Zufriedenheit: Wird die Umsetzung von den Beteiligten positiv beurteilt?
 - Einschätzung der Eignung der Schulungen, Einstellung und Kompetenzwahrnehmung zur Intervention (Umsetzung) bei für IdA geschulten Fachkräften (Projektkoordinatoren, Tagesbegleiter)
 - Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention bei an der Versorgung der in IdA eingeschlossenen Patienten beteiligten Fachkräften im Krankenhaus (Pflegekräfte und Ärzte)
 - Zufriedenheit mit der Versorgung (inkl. der Angehörigenschulungen) der in der nVF versorgten Patienten bzw. Angehörigen
 - Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention (Umsetzung) bei Akteuren aus dem ambulanten Sektor (niedergelassene Ärzte etc.)
- Dose – Dosis: Wurde die Intervention so häufig wie geplant umgesetzt?
 - Ausmaß der Nutzung der einzelnen Maßnahmenbestandteile der Intervention (Einzel- und Gruppenbetreuung, Konsile, Angehörigenberatung und -schulung)
 - Ausmaß der Nutzung der vorgesehenen Maßnahmen zum fallbezogenen Austausch der versorgenden Akteure (Austausch IdA-Fachkräfte und Pflegekräfte, interdisziplinäre Fallbesprechungen)

3.3 Zielgrößen der Ergebnisevaluation

Die Zielgrößen der Ergebnisevaluation wurden aufgrund der determinanten Bedeutung der Evaluation für die Projektgestaltung aus Kapitel 1.3.3 des Evaluationsberichts inhaltsgleich übernommen.

Die Evaluation untersucht, welchen Effekt bzw. welche Wirkung die beschriebenen Maßnahmen bei der Zielgruppe in Bezug auf wichtige patientenbezogene Outcomes im Vergleich zur Versorgung ohne Maßnahmeinsatz haben.

3.3.1 Primärer Endpunkt

Die **Reduzierung der Wiedereinweisungsrate** bildet den *primären fallzahlrelevanten Endpunkt* mit dem Ziel einer Reduzierung erneuter Krankenhausaufenthalte innerhalb eines halben Jahres nach dem Krankenhausaufenthalt mit IdA-Versorgung um zehn Prozent. Nach Berechnungen betrug die Wiedereinweisungsrate in den beteiligten Krankenhäusern bei Patienten mit Diagnose einer demenziellen Erkrankung auf eine somatische Station im Zeitraum von 2011 bis 2014 innerhalb eines halben Jahres knapp 49 Prozent. Nach vorliegenden Studien haben Menschen mit (diagnostizierter) Demenz ein deutlich höheres Risiko, nach einem stationären Krankenhausaufenthalt wiederholt stationär versorgt werden zu müssen (Pickens et al., 2017; Tropea et al., 2016). Dies bedeutet für die Betroffenen eine große objektive Krankheitslast und subjektive Belastungen, auf gesellschaftlicher Ebene sind damit hohe direkte und indirekte Kosten verbunden. Für Deutschland errechnete Motzek

(2017) ein um 18 Prozent höheres Risiko für Demenzerkrankte, nach einem Krankenhausaufenthalt erneut stationär aufgenommen zu werden. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass ein Teil der Wiedereinweisungen sog. ambulant-sensitive Krankenhaufälle (ASK) sind, die bei frühzeitiger Intervention hätten vermieden werden können. So zeigen Untersuchungen, dass eine Verbesserung der Koordination der ambulanten und stationären Versorgung, die Delirprävention im Krankenhaus sowie ein verbessertes Entlassmanagement erneute Krankenhausaufenthalte verringern können (Kleina & Wingenfeld, 2007).

3.3.2 Sekundäre Endpunkte

Die **Senkung der Delirrate** wird als ein *sekundärer Endpunkt* im Rahmen der nVF betrachtet, sind doch kognitiv beeinträchtigte Menschen, namentlich vor allem an Demenz erkrankte Menschen, deutlich häufiger von Deliren im Rahmen der stationären Versorgung betroffen (Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014). Eine Meta-Analyse von 14 interventionellen Studien kommt zu dem Ergebnis, dass nicht-pharmakologische und aus mehreren Komponenten bestehende Delir-Präventionsmaßnahmen die Inzidenz für einen Delir im Krankenhaus um 44 Prozent senken kann (Hshieh et al., 2015). Angestrebt wird mit der nVF eine Senkung der Delirinzidenz (der Rate der während des Krankenhausaufenthaltes entwickelten Delire) um 40 Prozent.

Ein weiterer sekundärer Endpunkt stellt die **Reduktion der inadäquaten Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepinen** dar. Sie zählen zu den am häufigsten verordneten potentiell inadäquaten Medikamenten bei älteren Menschen (Gogol, 2016; Arnold, 2017). Für die Spezifikation potenziell inadäquater Medikation mit Neuroleptika und Benzodiazepinen im Versorgungsalltag auf somatischen Stationen wurde im Rahmen des Projektes ein Kreis aus Experten gebildet. Herangezogen wurden insbesondere die Medikamentenklassifikation FORTA (Fit FOR The Aged), die PRISCUS-Liste, die S3-Leitlinie Demenzen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2016) sowie das Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie (Benker & Hippus, 2021). Zum Zeitpunkt der Befassung im Expertenkreis des Projektes lag die FORTA-Klassifikation nach erfolgter zweiter Aktualisierung (Pazan, Weiß & Wehling, 2018) und die PRISCUS-Liste in ihrer ersten Version vor (Holt, Schmiedl & Thürmann, 2010)¹. Für jeden Wirkstoff wurden Indikationen, ihre Übersetzung in Diagnosen gemäß ICD-10-GM, maximale Dosierungen, Verabreichungszeitpunkte und Verordnungsdauern aufgearbeitet und um die FORTA-Klassifikation und die Empfehlungen gemäß PRISCUS-Liste ergänzt. Auf dieser Basis wurde durch den Kreis aus Experten die potentiell inadäquate Medikation mit Neuroleptika und Benzodiazepinen für die IdA-Versorgung spezifiziert. Die Spezifikationen sind dem Evaluationsbericht als Anlage beigefügt.

Angestrebt wird als weiterer Endpunkt die **Verkürzung der Verweildauer** der Patienten im Krankenhaus um 15 Prozent. Mukadam und Sampson (2010) konnten in einer Meta-Analyse zeigen, dass Patienten mit Demenz eine im Durchschnitt längere Verweildauer im Krankenhaus aufweisen als Patienten ohne demenzielle Erkrankungen. Für Deutschland kamen Motzek et al. in einer retrospektiven Studie nach Auswertungen von Routinedaten einer internistischen Station zu dem Ergebnis, dass Patienten mit Demenz eine um durchschnittlich 1,4 Tage längere Verweildauer im Krankenhaus aufweisen und um 19 Prozent höhere DRG-Entgelte im Vergleich zu Patienten ohne Demenz verursachen (Motzek et al., 2017).

Krankenhausaufenthalte führen gerade bei kognitiv beeinträchtigten Menschen dazu, dass sich ihr Gesundheitszustand so verschlechtert, dass sie nicht mehr in die Häuslichkeit

¹ Seit dem Jahr 2021 liegt eine weitere Aktualisierung der FORTA-Klassifikation und seit 2023 eine erste Aktualisierung der PRISCUS-Liste vor (PRISCUS 2.0).

entlassen, sondern in die stationäre Pflege überführt werden. Die Vermeidung von **Institutionalisierungen** bildet einen weiteren sekundären Endpunkt der Ergebnisevaluation.

In den Interventionskrankenhäusern werden als weitere sekundäre Endpunkte die **Verminderung von Stürzen** sowie von **freiheitsbeschränkenden Maßnahmen** und die **Vermeidung/Reduktion von Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen** analysiert. Es wird erwartet, dass diese Ereignisse im Zuge der Implementierung der nVF abnehmen werden. Sturzereignisse im Krankenhaus betreffen mit zwei- bis vierfach höherer Wahrscheinlichkeit kognitiv eingeschränkte Patienten und sind mit längeren Verweildauern im Krankenhaus, Komplikationen und Mortalität verbunden (Chan et al., 2018). Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben ein höheres Risiko, während eines stationären Aufenthaltes freiheitsentziehenden Maßnahmen (z. B. Fixierungen am Bett) ausgesetzt zu sein, die Datenlage hierzu ist allerdings unzureichend (Krüger, Meyer & Hamers, 2010).

3.4 Gesundheitsökonomische Evaluation

Die Beschreibung der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde aufgrund der determinanten Bedeutung der Evaluation für die Projektgestaltung aus Kapitel 1.3.4 des Evaluationsberichts inhaltsgleich übernommen.

Die gesundheitsökonomische Evaluation der nVF ist als Kontrollgruppendesign angelegt und erfolgt aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hierbei werden die Kosten im Sinne der GKV-Ausgaben ohne Intervention mit den Kosten respektive den GKV-Ausgaben mit Intervention verglichen, letztere zuzüglich den zusätzlichen Interventionskosten. Auf die Betrachtung indirekter Kosten, wie sie z. B. durch Arbeitsausfall bei Arbeitsunfähigkeiten entstehen würden, kann in dieser Evaluation verzichtet werden, da die Zielpopulation der nVF in der Regel keiner vergüteten Arbeit mehr nachgeht. Der primäre Endpunkt besteht in der Vermeidung von erneuten stationären Krankenhausaufenthalten respektive von Wiedereinweisungen. Da Behandlungen im Krankenhaus mit hohen Ausgaben verbunden sind, sollte hier auch der größte Effekt auf die Versorgungsausgaben zu messen sein. Untersucht wird des Weiteren, ob und wenn ja in welcher Höhe Effekte auf die Summe aller in die gesundheitsökonomische Evaluation einbezogenen GKV-Ausgaben detektiert werden können. Neben der angesprochenen Untersuchung von Effekten auf die Krankenhausausgaben werden auch die GKV-Ausgaben für Arzneimittel und die GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung sowie die GKV-Ausgaben für Häusliche Krankenpflege gesondert analysiert. Die Analyse von Effekten der nVF erfolgt jeweils, indem die jeweiligen Ausgaben ab dem Quartal mit dem Index-Fall einschließlich der zwei folgenden Quartale für Patienten der Interventionsgruppe mit den Ausgaben für Patienten der Kontrollgruppe kontrastiert werden. Sollte es sich bei der nVF um eine ökonomisch erfolgreiche Intervention handeln, dann sollten die kumulierten Folgekosten der Patienten mit Intervention (GKV-Ausgaben unter Berücksichtigung der zusätzlichen Interventionskosten) idealerweise niedriger, zumindest aber nicht höher sein als die Folgekosten (GKV-Ausgaben) der Patienten in der Kontrollgruppe. Analysiert wird des Weiteren, welcher Effekt der nVF sich auf die Ausgaben im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) feststellen lässt.

Eine tabellarische Übersicht über die Dimensionen und Zielgrößen der Evaluation, ihre Operationalisierung und die Datenquellen sind angefügt.

4. Projektdurchführung

Für die Umsetzung des Projektes bedurfte es projektspezifischer Mitarbeiter, die zunächst entsprechend der vorgesehenen Aufgaben und Arbeitsinhalte projektspezifisch qualifiziert wurden.

4.1 IdA-spezifische Qualifizierungen

Für die Qualifizierung der projektspezifischen Mitarbeiter wurde ein Curriculum für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Weiterbildung zum /zur

- Projektbeauftragten
- Koordinator
- Tagesbegleiter

durch die Klinikum Campus GmbH in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. entwickelt, um die Beteiligten für den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Das gesamte Curriculum umfasst 14 Module mit insgesamt 236 Ausbildungsstunden à 45 Minuten. Durch den modularen Aufbau des Curriculums konnten alle drei weiterzubildenden Berufsgruppen innerhalb eines Curriculums ausgebildet werden – die Inanspruchnahme der Einzelmodule durch die einzelnen Berufsgruppen ist in der nachfolgenden Tabelle mit dem entsprechenden Umfang dargestellt.

Tabelle 4: Ausbildungsumfänge nach Modulen und Berufsgruppen

Module	Unterrichtseinheiten Rahmenplan		
	Tagesbegleiter	Projektkoordinatoren	Projektbeauftragte
1: Einführung in die interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung	6		
2: Basiswissen der Krankheitsbilder Demenz, Depression, Delir	12	8	
3: Grundlagen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung	16		
4: Wahrnehmen und Beobachten	12		
5: Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung	24	8	8
6: Betreuungs- und Beschäftigungsangebote	32		
7: Demenzspezifische Pflegekonzepte	20		
8: Biografiearbeit in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung	8		
9: Angehörigenarbeit	4	4	
10: Recht	5		
11: Erste Hilfe	9		
12: Grundlagen der Fallsteuerung		64	
13: Konfliktmanagement	8	8	8
14: Prozessmanagement und Steuerung		8	8
Verfügungsstunden	4		
Gesamt	160	100	Mind. 16

Die Schulung des Moduls 14 wurde vom Demenzsupport Stuttgart durchgeführt. Aufgrund der Entwicklungen in der Corona Pandemie musste dieses Seminar im Jahr 2020 als Online Seminar durchgeführt werden.

Für die Schulung pflegender Angehöriger wurde im Rahmen des Projektes ebenfalls ein Curriculum entwickelt. Aufgrund der Einschränkungen durch Schutzmaßnahmen während der Corona – Pandemie konnten diese Schulungen nicht wie geplant im Gruppenrahmen umgesetzt werden. Die pflegenden Angehörigen wurden stattdessen individuell durch die Koordinatoren und Projektbeauftragten geschult und beraten.

Beide Curricula sind diesem Bericht als Anlagen beigelegt.

Für zukünftige Projektumsetzungen ist es aus den Erfahrungen im Projekt empfehlenswert, zusätzliche finanzielle Mittel für Supervision, Teamentwicklung und Konfliktmanagement einzuplanen. Die IdA-Mitarbeitenden sind täglich mit belastenden Situationen im Bereich Krankheit und Tod konfrontiert und benötigen regelmäßig einen geschützten, professionellen Rahmen, in dem sie über das Erlebte sprechen und sich austauschen können.

4.2 Öffentlichkeitsarbeit

Die Materialien wurden unterstützend zur Bekanntmachung des Projektes in den teilnehmenden Kliniken, relevanten Regionen und zur Akquise des ambulanten Sektors entwickelt und genutzt. Bei vereinzelter Übernahme des Konzepts können diese weiterhin sehr hilfreich sein. Bei Übernahme in die Regelversorgung erübrigen sich diese perspektivisch.

Zentrale Informationsplattform für Patienten, Angehörige und Ärzte ist die [Homepage www.IdA-Brandenburg.de](http://www.IdA-Brandenburg.de).

Printseitig wurde die Bekanntmachung des Projektes über diverse Flyer unterstützt, welche separat die Patienten und deren Angehörige und das Fachpublikum ansprechen sowie auf projektspezifische Veranstaltungen hinweisen.

Beim Patientenflyer wurden 3 regional differenzierte Versionen für die jeweiligen Kliniken mit entsprechendem regionalem Bezug erarbeitet. Hintergrund dieser Entscheidung waren die Kontaktdaten auf dem Flyer, die direkt dem jeweiligen Haus zugeordnet werden sollten, um eine Kontaktaufnahme entsprechend barrierearm zu gestalten.

Visitenkarten wurden für die Koordinatoren und Projektbeauftragten angefertigt, die an Patienten, Angehörige sowie mögliche Kooperationspartner zur Kontaktaufnahme ausgehändigt werden können.

Faltmappen mit Projektlogo wurden angefertigt, in welchen die Unterlagen der Patienten (Einwilligungserklärung, Infobogen, Datenschutzhinweise, ggf. Flyer) geordnet übergeben werden können.

Für die Tagesbegleiter und Koordinatoren wurden Buttons mit entsprechend großem IdA-Logo (Magnet- oder Nadelhalter) angefertigt.

Weiterhin wurden 2 sogenannte Erklärfilme gefertigt, in denen die Projektinhalte und Ziele einerseits der breiten Öffentlichkeit und andererseits dem Fachpublikum erläutert wurden. Die Filme können auf der Projekthomepage abgerufen werden und stehen allen Partnern zusätzlich auch in einer Stummversion mit Untertitel für die Verwendung in Wartebereichen zur Verfügung.

Rollups in verschiedenen Designs werden an den Standorten sowohl als Raumteiler als auch Hintergrund für Veranstaltungen genutzt.

Diverse give aways für Patienten und Interessierte, wie beleuchtete Leselupen, Buntstiftsets, Kugelschreiber und Terminblöcke komplettieren die öffentlichkeitswirksame Darstellung des Projekts.

Die Patienteneinwilligungen inkl. dazugehörigen Informationsbögen und Informationen zum Datenschutz wurden für die Prozess- sowie die Volllastphase für die Interventionsgruppe sowie für die Kontrollgruppe neu gedruckt und verteilt.

An weiterem Arbeitsmaterial wurden IdA-Aufkleber gedruckt, mit denen das angeschaffte IdA-Material gekennzeichnet wird.

Alle projektspezifisch erstellten Materialien sind in der Anlage zu diesem Bericht visuell abgebildet.

Am 10.01.2020 wurde das Projekt im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung mit Vertretern aus Politik (u.a. des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg), Kooperationspartnern, sowie diversen Vertretern aus dem ärztlichen, pflegerischen und dem Verwaltungsbereich der teilnehmenden Kliniken vorgestellt, um die projektwichtige Akzeptanz zu stärken und das Projekt bekannt zu machen.

Pandemiebedingt konnten verschiedene in Präsenz geplante Veranstaltungen nicht oder nur in kleinerem Rahmen durchgeführt werden. Pressekonferenzen wurden durch Pressemitteilungen ersetzt. Der große geplante Fachtag in Präsenz wurde aufgrund sich immer wieder verschärfender pandemischer Beschränkungen schließlich auf einen Online-Fachtag umgeplant.

Es wurde eine Abschlussveranstaltung zum Ende der Intervention im September 2022 durchgeführt. In dieser Veranstaltung wurden die vergangenen Projektmonate reflektiert, gewonnene Erkenntnisse an den verschiedenen Projektstandorten ausgetauscht, Fallvignetten gesammelt sowie die finale Datenauswertungsphase durch den Evaluator und die Krankenkassen eingeleitet.

In der Projektabschlussveranstaltung am 30.08.2023 wurden Vertretern aus Politik (u.a. des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg), Kooperationspartnern, dem Konsortium sowie diverser Mitarbeiter aus dem ärztlichen, pflegerischen und dem Verwaltungsbereich die ersten Evaluationsergebnisse vorgestellt. Außerdem wurden das Projekt einer kritischen Betrachtung der notwendigen Schritte für eine Umsetzung in die Regelversorgung im Rahmen einer Podiumsdiskussion unterzogen.

4.3 Vernetzung und Kooperation

Im Rahmen von IdA wurde innerhalb des Projekthandbuchs (siehe Anlage!) ein Leitfaden zum Aufbau eines ambulanten Netzwerks erarbeitet, so dass ein möglichst einheitliches Vorgehen gewährleistet wird. Ziele des ambulanten Netzwerks sind zum einen die Bekanntmachung des Projekts in der Region und zum anderen die Akquise von Patienten. Ausgehend von der zielgruppenspezifischen Häufigkeit der Zuweisungen wurden durch die Controlling Abteilungen der Kliniken den IdA-Projektverantwortlichen die Kontaktdaten relevanter Zuweiser und Nachbehandler zur Verfügung gestellt. Verbundene oder hauseigene ambulante Behandler wurden prioritär über die hauseigenen Strukturen eingebunden, externe Zuweiser wurden separat angesprochen und sollten im Rahmen von Praxisbesuchen informiert und sensibilisiert werden. Für die Erstansprache wurden die Chefärzte mit bereits bestehenden Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Ärzten einbezogen. Aufgrund der pandemischen Einschränkungen konnten diese Praxisbesuche nur in Einzelfällen in Präsenz umgesetzt werden und es musste häufig auf schriftliche oder fernmündliche Kommunikation zurückgegriffen werden, was den Aufbau des ambulanten Netzwerkes deutlich erschwert und verlangsamt hat. Die in der Folge geplanten Stammtische, Qualitätszirkel und Erfahrungsaustausche konnten ebenfalls pandemiebedingt nicht umgesetzt werden.

Der Schwerpunkt der Vernetzung und Kooperation lag damit deutlich bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Weiterhin wurden auch Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen,

ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte, sowie Vertreter der Gemeindeverwaltung angesprochen und in das Kooperationsnetzwerk eingebunden. Hierzu wurden geeignete Ansprechpartner über den Sozialdienst und die Seelsorger der Kliniken ermittelt bzw. der Erstkontakt hierüber hergestellt.

Leitfäden zur telefonischen Kommunikation, Musteranschreiben, potenzielle Rückfragen (FAQ-Liste) und Antworten sowie Auflistungen der Begleitmaterialien wurden allen Projektmitarbeitern in Form des Projekthandbuchs zur Verfügung gestellt, welches diesem Bericht als Anlage beigelegt ist.

4.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Innovationsfondsprojekte im Bereich der neuen Versorgungsformen mit Krankenkassenbeteiligung sind in der Regel auf Grundlage eines Selektivvertrags nach §140a SGB V oder eines Modellvorhabens nach den §§63ff. SGB V durchzuführen.

Im Projekt IdA wurde zwischen den drei Interventionskliniken und der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse ein Vertrag zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V geschlossen. Ergänzt wurde dieser Vertrag durch die Kooperation zur Lieferung von Sekundärdaten für die Evaluation mit der BAHN-BKK und der KNAPPSCHAFT auf Grundlage des §630a BGB in Verbindung mit §39 SGB V.

4.5 Datenschutz und Dokumentation

Für die Durchführung des Innovationsfondsprojekts und der Erprobung der neuen Versorgungsform IdA ist eine belastbare Datenbasis die entscheidende Grundlage für eine aussagekräftige Evaluation mit belastbaren Ergebnissen. Insofern mussten die Projektbeteiligten weitreichende Überlegungen anstellen, welche Daten für die Umsetzung und Evaluation der IdA-spezifischen Maßnahmen erforderlich sind und wie diese datenschutzkonform erhoben, übermittelt und ausgewertet werden können.

Um die IdA-spezifischen Daten von den restlichen Krankenhausdaten zu trennen, um z.B. unterschiedliche Lösungsfristen gewährleisten oder patientenseitigen Widerruf nachkommen zu können, wurde für die Erhebung der IdA-spezifischen Daten eine Erfassungsdatenbank, das sog. IdA-Portal, entwickelt, das auf den lokalen Servern der teilnehmenden Kliniken installiert wurde. Alle relevanten, über die eigentliche Krankenhausbehandlung hinausgehenden Daten, die für die Auswertung der Ergebnisse sowie für die Umsetzung der IdA-Maßnahmen erforderlich sind, wurden im IdA-Portal erfasst und konnten von dort pseudonymisiert und entsprechend aufbereitet für die Evaluation exportiert werden.

Da im Rahmen des Projekts im Bereich Krankenhaus sehr sensible personenbezogene Daten verarbeitet werden, wurde ein ausführliches Datenschutzkonzept entwickelt und im Projektverlauf angepasst, was diesem Bericht in der Endfassung als Anlage angelegt ist. Das Datenschutzkonzept betrachtet detailliert alle Verarbeitungsprozesse im Projekt; angefangen beim Ausgestalten und Einholen der Patienteneinwilligung, über die Datenerfassung während des Krankenhausaufenthalts und des Informationsaustauschs mit behandelnden internen und externen Ärzten und Angehörigen, bis hin zum Datenexport und Datentransfer zwischen Projektpartnern. Bei allen Vorgängen wurde stets der Prämisse gefolgt, so viele Daten wie nötig und so wenig wie möglich zu erfassen und die Betroffenenrechte der Patienten zu jeder Zeit zu wahren. Das Datenschutzkonzept wurde von der Ethikkommission im Rahmen des Antrages auf ein positives Ethikvotum mit begutachtet.

Eine besondere Herausforderung stellte die Zielgruppe der über 70-Jährigen mit kognitiven Beeinträchtigungen in diesem Zusammenhang dar. Es war bei dieser Zielgruppe davon auszugehen, dass ein großer Teil des Patientenpotentials nicht selbst einwilligungsfähig sein

würde. Dies bedeutet einen enormen Aufwand und Sensibilität, um erstens die Einwilligungsfähigkeit bzw. Nicht-Einwilligungsfähigkeit zu erkennen und um zweitens im letzteren Fall, die Einwilligungsmodalitäten sowie ggf. weitere Formalitäten mit dem juristischen Vertreter zu klären.

4.6 Die Interventionen

Das folgende Schaubild stellt den Ablauf der IdA-spezifischen Maßnahmen im Überblick dar und diente allen Projektbeteiligten als übergeordneter Leitfaden.

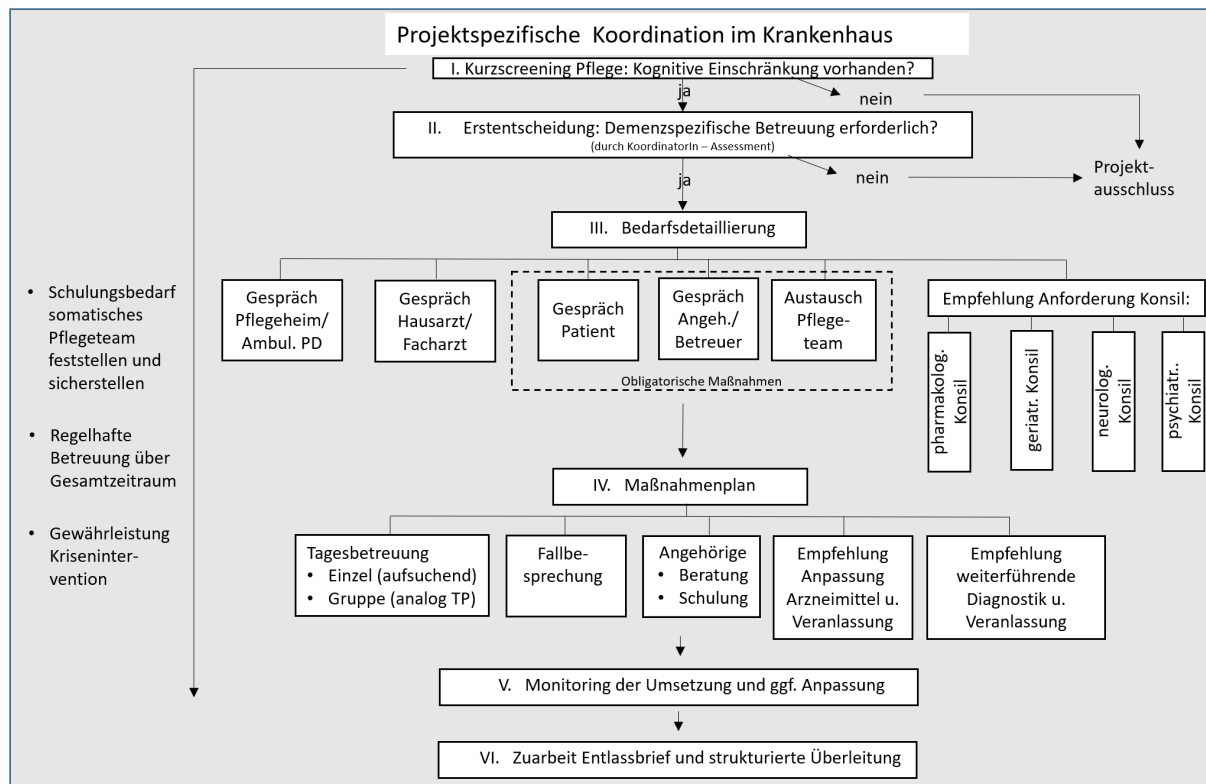


Abbildung 2: Ablauf und Steuerung der IdA-Maßnahmen im Krankenhaus

Aufgaben und Tätigkeiten des projektspezifischen Personals wurden den einzelnen Funktionsrollen (Projektbeauftragte, Koordinatoren, Tagesbegleiter) zugewiesen und im Projekthandbuch verankert.

4.6.1 Rolle und Aufgaben der Projektbeauftragten und Koordinatoren

Die Koordinatoren waren den Projektbeauftragten unterstellt. Die Projektbeauftragten gaben den Koordinatoren Zielvorgaben und überwachten diese. Sie standen hauptsächlich führend, ausführend und beratend für das gesamte Projektteam zur Seite. Die Projektbeauftragten waren für die Optimierung und Steuerung der Prozesse zuständig und lenkten das Projekt mit allen beteiligten Interessensgruppen. Grundsätzlich wurden die Vorgänge hierbei zielorientiert gestaltet und durch unterschiedliche Verantwortlichkeiten im Team ausgeführt und gesteuert.

Die Koordinatoren waren für die Screenings und Assessments der Patienten in den Kliniken zuständig. Erfüllten Patienten die Voraussetzungen zur Teilnahme am Projekt, wurden diese in das Projekt eingeschrieben. Zur Bewertung der Projekteignung kamen neben den definierten Ein- und Ausschlusskriterien unterschiedliche, fachspezifische Screenings und

Assessment-Methoden zum Einsatz, welche im Evaluationsbericht und im Projekthandbuch detailliert beschrieben sind.

Nach erfolgreichem Screening und Projekteinschluss wurde durch die Koordinatoren ein patientenindividueller Maßnahmenplan erarbeitet, den die Tagesbegleiter im Folgenden mit den Patienten umsetzten.

Die Einsatzplanung, inkl. Dienstplanung hierfür oblag den Koordinatoren.

Die Koordinatoren waren ebenfalls für die Führung, Anleitung und Beratung der Tagesbegleiter zuständig, ebenso für Dokumentation, Organisation und Koordination der interner Projekt- und Klinikabläufe.

Die Koordinatoren befanden sich in enger Abstimmung mit unterschiedlichen Berufsgruppen, um eine multiprofessionelle Begleitung und Vernetzung des Patienten während des Projektes und nach seiner Entlassung zu gewährleisten und haben hier die Funktion des Casemanagers übernommen.

Es fand in regelmäßigen Abständen ein Austausch aller Koordinatoren, aller mitwirkenden Partner und Standorte im Rahmen eines jour fixe statt.

4.6.2 Ablauf des Patienteneinschlusses

Patienten teilnehmender Stationen wurden schnellstmöglich (maximal innerhalb von 72 Stunden nach stationärer Aufnahme) von einer IdA-Koordinatorin aufgesucht. Diese gab den Patienten kurze Informationen zum Projekt und zum bevorstehenden Screening. In diesem Gespräch konnten bereits Gründe auftreten, warum der Patient ggf. nicht für IdA geeignet ist. Folgende Gründe führen zu einer Nichteignung bereits in dieser Phase:

- Patient ist nicht bei teilnehmender Krankenkasse (AOK Nordost, BAHN-BKK oder Knappschaft) versichert
- Geplante Aufenthaltsdauer weniger vier Tage
- Kritischer Gesundheitszustand (je nachdem, ob dieser akut oder kurzfristig ist, kann der Patient an einem anderen Tag nochmals aufgesucht werden; bei dauerhaft kritischem Zustand kein Projekteinschluss möglich)
- Patient nimmt bereits an einer anderen (klinischen) Studie teil
- Patient kann durch pandemiebedingte Gründe nicht teilnehmen
- Patient wurde mehrmals nicht angetroffen
- Juristischer Vertreter nicht erreichbar
- 72 Stunden Frist konnte nicht eingehalten werden
- Ggf. längerer Aufenthalt auf der ITS
- Patient verweigert 6CiT
- Patient wurde aus anderem Krankenhaus in teilnehmendes KH verlegt
- Kapazitätsgrenzen des IdA-Teams überschritten (in diesem Fall wurde bei weiteren Patienten auch nicht auf IdA-Eignung geprüft)

Die Rekrutierung erfolgte dabei ausschließlich auf an der IdA-Versorgung teilnehmenden Stationen. Eine Übersicht der Fachgebiete und Stationen nach Trägern und Standorten, ist als Anhang angefügt.

Anschließend erfolgte das standardisierte Screening mit der Durchführung des 6CiT – Tests und bei einem Testergebnis ≥ 8 das Einholen der Einwilligungserklärung.

Nach Erteilung der Einwilligungserklärung erfolgte die Anlage der Dokumentation im IdA-Portal mit Erhebung und Dokumentation der weiterführenden Assessments und täglicher Dokumentation.

4.6.3 Patienteneinwilligung

Bei positiver 6CIT Testung (Wert ≥ 8 Punkte) wurde vom jeweiligen Patienten die Patienteneinwilligung eingeholt. Sofern der Patient einen juristischen Vertreter hatte und selbst nicht einwilligungsfähig war, musste die Einwilligung durch diesen erklärt werden. Erst nach Vorlage der unterzeichneten Einwilligungserklärung erfolgten die weiteren Assessments (CAM, MMST, Barthel).

Beim Einholen der Patienteneinwilligung traten folgende Herausforderungen auf:

- Es sollte die Einwilligung zur Teilnahme an einem Projekt zu kognitiven Beeinträchtigungen gegeben werden, ohne dass der Patient ggf. bis zu diesem Zeitpunkt von diesen Beeinträchtigungen gewusst bzw. sich eingestanden hatte.
- Patienten waren am Aufnahmetag zum Teil mit der Gesamtsituation überfordert.
- Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten war nicht immer sicher einschätzbar.
- In Fällen der Einwilligung des juristischen Vertreters verweigerten vereinzelt Patienten die Teilnahme.
- Juristische Vertreter waren häufig schwer erreichbar.

Die Einwilligungserklärung wurde mit zwei Durchschlägen gefertigt, das Original erhielt die Krankenkasse, je ein Durchschlag verblieb in der Klinik und beim Patienten.

Das sehr zeitaufwändige Einholen der Einwilligungserklärung könnte bei Übernahme der Leistung in die Regelversorgung entfallen, Screening und Assessment könnten in den Standard-Aufnahmeprozess der Klinik integriert werden.

4.6.4 Erstscreening und Eingangsassessment

Der Patient erhält ein Screening (6CIT) sowie drei Assessments, welche in der Reihenfolge vorgegeben sind. Screening und Assessments erfolgen anhand evaluierter und standardisierter Instrumente unter Nutzung der zugehörigen Fragebögen, welche weder durch das Projekt selbst entwickelt noch verändert wurden, um die jeweiligen Ergebnisse mit Ergebnissen anderer nationaler und internationaler Interventionsstudien vergleichen zu können.

Weitere versorgungsrelevante Informationen werden im Rahmen eines selbst erstellten Erhebungsbogens erfasst und im IdA-Portal elektronisch dokumentiert. Der Erhebungsbogen ist als Anhang angefügt.

Ablauf, Inhalte, Reihenfolge und zugehörige Dokumentationsmaterialien sind ausführlich im Projekthandbuch (siehe Anlage) beschrieben.

4.6.5 IdA-Dokumentation

Im IdA-Portal (Anlage) erfolgte die gesamte projektspezifische Dokumentation unabhängig vom jeweiligen KIS der Kliniken. Dabei wurden alle potenziell für IdA geeigneten Patienten (lediglich Erfassung der IdA-Kennung und Ausschlussgrund; keine Erfassung personenbezogener Daten) erfasst, um auch diese Patienten bei der Berechnung der Drop Out Raten berücksichtigen zu können. Weiterhin wurden alle Ergebnisse der Kurzscreenings und des Eingangsassessments, die Gründe für Nicht-Eignung oder vorzeitige Abbrüche, die IdA-Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes inkl. durchgeführter Maßnahmen, Ereignisse während des Krankenhausaufenthaltes (z.B. Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, herausforderndes Verhalten, Medikation, Notfallverlegungen) lückenlos dokumentiert

Die Dokumentation erfolgte dabei fortlaufend während des gesamten Krankenhausaufenthaltes im Rahmen einer täglichen Dokumentationsroutine.

Das detaillierte Vorgehen bei der Dokumentation im IdA-Portal ist im Schulungskonzept für die Durchführung der Wirkungsevaluation für die Projektkoordination beschrieben (Anlage).

Aus dem IdA-Portal konnten verschiedene standortspezifische Reports exportiert werden. Diese dienten zum einen dem Controlling der Fallzahlen, zum anderen wurden die Reports in verschlüsselter, pseudonymisierter Form an den Evaluator und die Krankenkassen übermittelt, um die Daten auswerten zu können.

4.6.6 Einbezug von Angehörigen

Angehörige sind grundsätzlich „Mit-Betroffene“. Um sie in verschiedenen Phasen begleiten zu können, benötigen Angehörige verbale und schriftliche Informationen, um ein Verständnis für den Zustand des betroffenen Menschen selbst und ein Verstehen der aktuellen Situation zu erlangen. Ziel des Projektes war es, durch die Koordinatoren fachlich und sozial beratend zur Seite zu stehen und individuelle Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Da Angehörigen-Gruppenschulungen aufgrund der Covid19-Pandemie nicht stattfinden durften, fanden Einzel-Angehörigenberatungen- und -schulungen statt, sowohl vor Ort als auch telefonisch.

Ein Ziel des Projektes war es, ein wissenschaftlich fundiertes und praktikables Instrument zur Befragung von Angehörigen des Patienten anzuwenden. Hierfür wurden zu verschiedenen Projektphasen entsprechende Angehörigenfragebögen durch den Evaluator zur Verfügung gestellt, um die Qualität und Wirkweise des Projektes im Hinblick auf das soziale Umfeld des Patienten, explizit mit dem Fokus auf seine Angehörigen, abbildbar zu machen. Durch temporäre Besuchsverbote an Kliniken gab es neben den ausgedruckten Fragebögen auch die Möglichkeit die Fragebögen online auszufüllen (über Internetlink oder QR-Code).

4.6.7 Einbezug des Stammpersonals

Der persönliche Kontakt und Austausch war insbesondere beim Bestandspersonal der Kliniken wichtig und die Beziehung zum multiprofessionellen Stationsteam von großer Bedeutung. Das Stammpersonal vor Ort wurde umfangreich, vor und nach den Testungen, über den Zustand des IdA-Patienten informiert. Auch wurde ein täglicher Austausch seitens der Koordinatoren und der Tagesbegleiter angestrebt. Zum positiven Feedback gehörte, dass die psycho-soziale Beschäftigung des Patienten durch die Tagesbegleiter als Bereicherung und Entlastung für das Stationspersonal empfunden wurde. Die enge Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen dem Projektkoordinator, dem Patientenkoordinator und dem Sozialdienst ermöglichte es den Patienten aus vielen fachspezifischen Winkeln zu beobachten und entsprechend bestmöglich zu versorgen, auch in Hinblick auf das Entlassmanagement. So wurde die interdisziplinäre Arbeit des IdA-Projektteams temporär zum wichtigen Faktor für den Krankenhaus Casemanagement Bereich, da hier die Projektarbeit systemisch den gesamten Prozessablauf optimieren konnte und davon die Patienten deutlich profitierten.

4.6.8 Einbezug von Vor- und Nachbehandlern

Entlassbriefe mit einer Übersicht der durchgeführten Maßnahmen, Ergebnisse und Empfehlungen sind sowohl für die Patienten selbst als auch für die sogenannten Nachbehandler relevant. Seit dem 01.07.2017 sind alle Kliniken regelhaft verpflichtet, ein Entlassmanagement anzubieten. Dabei wird der voraussichtliche, individuelle Bedarf für die nach der stationären Behandlung erforderliche Anschlussversorgung noch im Krankenhaus festgestellt. Die notwendigen Maßnahmen werden frühzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende Einrichtung rechtzeitig informiert. Bestandteil des Entlassmanagements ist neben der Prüfung des Anspruchs auch die

Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie, um die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherzustellen.

Projektspezifisch wurde daher eine entsprechende Zuarbeit zur Entlassdokumentation in Abstimmung mit dem Entlassmanagement der Kliniken eingeführt.

Die projektspezifische Entlassdokumentation, inkl. Terminvereinbarung und Rückinformation, ist als Anhang angefügt.

4.6.9 Erstellen von Maßnahmenplänen

Nach erfolgter Einwilligung und Testung des Patienten durch das Eingangsassessment erstellten die Koordinatoren einen Maßnahmenplan, der durch die Tagesbegleiter umgesetzt wurde. Mithilfe des patientenindividuellen Maßnahmenplans wurde zielgerichtet entschieden, welche Aktivitäten wann, in welcher Reihenfolge, mit welchem Aufwand, von wem, bis wann und unter welchen Prämissen ausgeführt wurden. Alle Maßnahmen wurden täglich im IdA-Portal dokumentiert. Ein Muster des Maßnahmenplanes ist als Anhang angefügt. Für den Maßnahmenplan wurde prinzipiell nur eine einfache Tabelle erstellt, welche die geplanten Aktivitäten übersichtlich aufführte und organisierte. Der Maßnahmenplan wurde in den verschiedenen Projektphasen auf Grundlage der Erfahrungen im Projekt angepasst und optimiert.

4.6.10 Anforderung zusätzlicher Konsile

Es gab die Möglichkeit im IdA-Portal zusätzlich angeforderte pharmakologische, geriatrische, psychiatrische und neurologische Konsile täglich anzufordern und bei Durchführung im IdA Portal zu dokumentieren. Die ärztliche Konsilanforderung erfolgte auf der Grundlage der Empfehlungen des Projekts (durch die Koordinatoren) durch den behandelnden Arzt beim jeweiligen Konsilarzt.

4.6.11 Durchführung von Fallbesprechungen

Als „Fall“ wurde projektspezifisch der Patient mit seinen verschiedenen Bedarfen und Bedürfnissen verstanden. Fallbesprechungen wurden dabei interdisziplinär im Team der regelversorgenden Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte gemeinsam mit dem IdA-spezifischen Fachpersonal (Koordinatoren und Tagesbegleiter) im Bedarfsfall durchgeführt. Die Dauer der Fallbesprechungen wurde durchschnittlich mit 20 Minuten veranschlagt, Ergebnisse wurden im Protokoll gem. Anhang dokumentiert. Da pandemiebedingt überwiegend keine Gruppenbesprechungen zulässig waren, mussten ersatzweise die Fallbesprechungen auch nacheinander jeweils bilateral durch die Koordinatoren mit den einzelnen Versorgern geführt werden.

4.6.12 Fallübergaben

Durch die gemeinsame Dokumentation im IdA-Portal hatten alle Koordinatoren und Projektbeauftragte eines Standortes jeweils Zugriff auf die dokumentierten Informationen zum jeweiligen Fall. Zusätzlich erfolgte eine persönliche Fallübergabe anhand der IdA-Akte, dem Krankenhausinformationssystem, der händischen Dokumentation im Anamnesebogen und dem Maßnahmenplan, sofern der zuständige Koordinator gewechselt werden musste (Urlaubsvertretung, Krankheit etc). Die Tagesbegleiter erhielten fallbezogene Aufgaben und Zielstellungen durch den jeweiligen Koordinator.

4.6.13 Rolle und Aufgaben der Tagesbegleiter

Zur tagesstrukturierenden Gestaltung und Begleitung wurden Tagesbegleiter eingesetzt. Sie erhielten nach der Einstellung eine umfangreiche projektspezifische Schulung im Umfang von 160 Stunden (vgl. Kapitel 4.1). Hauptaufgabe der Tagesbegleiter war die Unterstützung der ins Projekt eingeschlossenen Teilnehmer in der Tagesstruktur. Anhand eines von den Koordinatoren festgelegten patientenindividuellen Maßnahmenplans erfolgte eine Einzel- oder Gruppenbetreuung. Die demenzsensible Betreuung, einschließlich des Beziehungsaufbaus zu den Patienten, die Unterstützung der Koordinatoren sowie der Austausch mit dem Pflgeteam waren Kernaufgaben der Tagesbegleiter.

4.6.14 Einzelbetreuung

In der Einzelbetreuung standen unterschiedliche Materialien zur Verfügung. Unter anderem kamen zum Einsatz: CD's mit unterschiedlichen Melodien und Geräuschen, Anti-Stressbälle, Kartenspiele zur Biografiearbeit, Malbücher, Kreuzworträtsel, Gesellschaftsspiele, Generationspuzzle, Bücher unterschiedlicher Epochen, Bastelmaterialien, Nestelringe, Koosh- und Igelbälle, Zeitschriften und Liederbücher. Die Materialien befanden sich auf entsprechenden Funktions-/Beschäftigungswagen, die von den Tagesbegleitern genutzt wurden. Zusätzlich verfügte jeder Standort über einen sogenannten Snoezelen-Wagen. Das Snoezelen beschreibt den Aufenthalt in einer Wohlfühlatmosphäre. Hierbei werden gezielt verschiedene Reize angesprochen. Ursprünglich aus den Niederlanden kommend, beschreibt diese Form der Entspannung einen warmen Raum mit bequemen Sitz- oder Liegemöglichkeiten, wobei leise Musik und Lichteffekte helfen sollen, ein geborgenes und angstnehmendes Umfeld zu schaffen. Zur besseren Mobilität im Klinikalltag hat sich das Projekt für die Snoezelen-Wagen entschieden. Der Wagen ist mit einer Musik-Anlage, einem Lichtprojektor und einer beleuchteten Wassersäule ausgestattet und bietet zudem noch Platz für Beschäftigungsmaterialien oder Materialien zur Unterstützung der Entspannungsatmosphäre.

Im Rahmen der Einzelbetreuung konnten somit je nach Bedarf aktivierende, beruhigende, kreative, spielerische oder biografisch orientierte Beschäftigungen angeboten und umgesetzt werden. Zusätzlich wurden Mahlzeiten begleitet und Gespräche im Rahmen von Spaziergängen geführt, soweit dies patientenseitig möglich war.

Eine genaue Auflistung der Einzelbetreuungsmaßnahmen befindet sich im Projekthandbuch in der Anlage zu diesem Bericht.

4.6.15 Gruppenbetreuung

Die Gruppenbetreuung greift grundsätzlich auf dieselben Materialien und Prinzipien wie die Einzelbetreuung zurück. Zusätzlich kommen hierbei noch gruppenpsychologische und gruppendynamische Aspekte hinzu. Soziale Kontakte und Interaktion, Vermeidung von Einsamkeit, Anerkennung und Selbstvertrauen durch den Austausch mit anderen Patienten in ähnlicher Situation sowie die Erkenntnis, nicht allein mit seinen Sorgen und Nöten zu sein, seien hier beispielhaft angeführt.

Im Projekt waren ursprünglich separate Räume für die Gruppenbetreuung mit tagespflegeähnlicher Ausstattung geplant. Es sollte gemeinsam in stationsübergreifenden Gruppen von vier bis acht Patienten gekocht, gegessen, gespielt, musiziert, gebastelt und trainiert werden.

Die ursprünglich je Standort in zentralen Räumen geplante Gruppenbetreuung konnte pandemiebedingt nicht umgesetzt werden, da eine stationsübergreifende Durchmischung der Patienten unter Coronabedingungen nicht zulässig war. Entsprechend wurde als Alternative das Konzept „Gruppenbetreuung light“ erarbeitet, welches ausschließlich stationsinterne

Kleingruppen (zwei bis drei Patienten) umfasste und in abgetrennten Gruppennischen auf den Stationen umgesetzt wurde.

4.6.16 Selbstverständnis, Herangehensweise, Auswahl der Materialien

Tagesbegleiter, denen im Projekt die Aufgabe zukommt, individuell oder in einer Gruppe für eine Tagesstruktur zu sorgen, benötigen Fähigkeiten, mit herausfordernden Verhaltensweisen umgehen zu können, sowie eine Vielfalt an Methoden, um Wohlbefinden zu fördern und dabei auf die jeweilige Person einzugehen. Das hierfür notwendige Wissen erlernten die Tagesbegleiter im Rahmen der Schulungen (vgl. Kapitel 4.1). Sie wurden sensibilisiert für die Besonderheiten von Personen höheren Alters mit kognitiven Einschränkungen im besonderen Setting eines Akutkrankenhauses. Jeweils nach Dienstantritt erhielten die Tagesbegleiter im Rahmen der Teambesprechung Informationen zu den neu aufgenommenen IdA-Patienten. Jedem neuen IdA-Patienten wurde für die Dauer seines Aufenthaltes im Krankenhaus (und wenn möglich auch für folgende Krankenhausaufenthalte am Klinikstandort) jeweils ein bis zwei Tagesbegleiter individuell zugeordnet. Danach erhielten die Tagesbegleiter weitergehende Auskünfte zu „ihrem“ IdA-Patienten vom Koordinator und aus dem IdA-Anamnesebogen sowie den patientenindividuellen Maßnahmenplan. Durch die Zuordnung eines festen Tagesbegleiters je IdA-Patient war ein konstanter Ansprechpartner für die Patienten gegeben, der im Rahmen des vorliegenden Maßnahmenplans sehr individuell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten „seines“ IdA-Patienten eingehen konnte. So entstand häufig eine vertrauensvolle Bindung zwischen IdA-Patient und Tagesbegleiter, Veränderungen im Verhalten oder des Allgemeinzustandes konnten von den Tagesbegleitern sehr schnell wahrgenommen und an die Pflegekräfte sowie die Koordinatoren weitergegeben werden. Die Tagesbegleiter verstanden sich insofern als Ergänzung zu den Pflegekräften der Klinik und entlasteten diese durch ihre Arbeit mit den Patienten, wenngleich sie keine pflegerischen Tätigkeiten ausübten. Auf Basis des vorliegenden Maßnahmenplans wählten die Tagesbegleiter die Materialien zur tagesstrukturierenden Beschäftigung aus. Die konkrete Auswahl orientierte sich dabei an den Interessen, den körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Patienten und den Erfahrungen des Tagesbegleiters. Je nach Tagesverfassung des Patienten konnte der konkrete Umgang mit dem Beschäftigungsmaterial flexibel angepasst werden. Wurde ein IdA-Patient zum ersten Mal von seinem Tagesbegleiter aufgesucht, so fand zunächst ein Kennenlerngespräch statt und es wurden Materialien verschiedener Schwierigkeitsgrade entsprechend den Patienteninteressen und -fähigkeiten vorgehalten.

Die Dauer und die Anzahl der Besuche durch den Tagesbegleiter orientierten sich einerseits an den Vorgaben aus dem Maßnahmenplan, andererseits aber an den individuellen Bedürfnissen des IdA-Patienten und seinen klinischen Terminen. Um eine homogene Umsetzung im Projekt über die einzelnen Klinikstandorte hinweg zu gewährleisten, wurde jeder IdA-Patient mindestens zweimal täglich für ca. 20-30 Minuten aufgesucht und betreut.

Im Anschluss an den Patientenbesuch dokumentierte jeder Tagesbegleiter in der rückseitigen Tabelle des Maßnahmenplanes die Art und Ausprägung der durchgeführten Betreuung und vermerkte Vorlieben und Abneigungen des Patienten in Vorbereitung eines nächsten Besuchs. Auch Veränderungen des Allgemeinzustandes oder im Verhalten wurden vermerkt und in einer Dienstübergabe an die Koordinatoren rückgemeldet. Diese waren anschließend in der Lage, eine notwendige Anpassung des Maßnahmenplanes vorzunehmen und ggf. weitere Schritte – wie etwa Fallbesprechungen und Konsile (s.o.) – einzuleiten.

4.6.17 Einsatzplanung

Im IdA-Projekt startete die Betreuung der Patienten aufgrund spezifischer Förderauflagen zunächst mit 50% der vorgesehenen Personalstärke im einfachen Tagdienst und ausschließlich werktags. Nachdem auch die zweite Hälfte des IdA-Personals eingestellt werden konnte und

die Schulungen durchlaufen hatte, wurde die Betreuung der IdA-Patienten auf werktags 7.30-19 Uhr erweitert und ein Tag-Schichtbetrieb eingeführt. Dieser sah weiterhin eine Betreuung an Samstagen und an Feiertagen im Umfang von vier Zeitstunden je Klinikstandort vor.

Die tagesaktuelle Einsatzplanung an den einzelnen Klinikstandorten oblag den jeweiligen Koordinatoren und richtete sich sowohl nach Patientenaufkommen, Betreuungsbedarf der IdA-Patienten und Ausprägung der geplanten Betreuung. Die Einsatzzeiten an den jeweiligen IdA-Patienten im Rahmen der täglichen Arbeitszeit der Tagesbegleiter wurden von den Koordinatoren gesteuert und berücksichtigten auch die klinikeigenen Abläufe wie Visiten und geplante Untersuchungen. Die für die Planung erforderlichen Informationen hierzu erhielt der Koordinator einerseits aus dem KIS andererseits aber auch durch den engen Austausch mit dem ärztlichen und pflegerischen Klinikpersonal sowie aus Rückmeldungen der Tagesbegleiter.

4.6.18 Hygiene

Da das IdA-Projekt in Akut-Krankenhäusern umgesetzt wurde, liegen die jeweils geltenden Hygienevorschriften der Häuser auch der Arbeit der IdA-Mitarbeitenden zugrunde. Hierzu gehörte zunächst die Basishygiene mit Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakten, sowie vor und nach Betreten oder Verlassen des Patientenzimmers. Unter hygienischen Aspekten war auf künstliche Nägel, Nagellack und das Tragen von Schmuck zu verzichten. Weiterhin sollen die Fingernägel kurz und abgerundet sein. Zu achten ist zudem auf intakte Haut. Insofern war das regelmäßige Auftragen von Hautschutz neben der regelmäßigen Desinfektion der Hände unbedingt erforderlich. Das Desinfizieren des Beschäftigungsmaterials, der mobilen Funktionswagen sowie anderer Gegenstände, die in den Nahbereich der Patienten gelangten, gehörte ebenfalls zu den Hygienemaßnahmen.

Hinzu kommen noch die besonders zu beachtenden Hygienevorschriften und damit verbundenen zusätzlichen Schutzmaßnahmen wie das Tragen eines MNS, Handschuhen und ggf. Schutzkleidung im Falle des Vorliegens einer ansteckenden Erkrankung des Patienten. Hierfür hatte jedes Krankenhaus ein eigenes Hygienekonzept erstellt, an das sich die IdA-Mitarbeiter jeweils halten.

Im besonderen Fall der Corona-Pandemie wurden die Hygienemaßnahmen sukzessive verschärft und laufend der pandemischen Entwicklung und den gesetzlichen Vorschriften entsprechend angepasst sowie eine fortlaufend modifizierte Teststrategie entwickelt. Die spezifischen Schutz- und Testpflichten schränkten einerseits die Möglichkeiten der Umsetzung projektspezifischer Maßnahmen patientenseitig ein, andererseits erhöhten die notwendigen Maßnahmen zum Eigenschutz die zeitlichen Aufwände des Projektpersonals erheblich.

4.6.19 Grenzen

Im Rahmen des Projektes war eine sektorenübergreifende Vernetzung vorgesehen. Die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die weiterführende (ambulante) Versorgung erwiesen sich in der Praxis als sehr limitiert. Eine direkte Weiterversorgung durch das den Patienten bekannte und vertraute IdA-Personal auch im ambulanten Bereich wäre aus Patientensicht wünschenswert gewesen, hätte aber die zeitlichen, strukturellen und finanzielle Ressourcen des Projektes deutlich überschritten.

Die geplante Vernetzung mit dem ambulanten Bereich fand statt, konnte aber aufgrund der Corona Pandemie nicht in der Intensität vorangetrieben werden, in der sie geplant war.

Eine weitere Limitation ergab sich durch die Einschränkung auf die Versorgung von Patienten teilnehmender Krankenkassen. Stationspersonal, Patienten und Angehörigen war kaum zu vermitteln, warum diese innovative Versorgung nicht allen geeigneten Patienten zur Verfügung stand.

Komplett verworfen wurden keine Maßnahmen – die pandemischen Einschränkungen haben allerdings in vielen Bereichen Anpassungen und Abweichungen notwendig gemacht (vgl. Kapitel 4.7.1 Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen).

4.7 Besondere Situationen

4.7.1 Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen

Wegen der ab März 2020 einsetzenden Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie wurden einige Anpassungen notwendig: Die Einstellung des IdA-Personals (Koordinatoren und Tagesbegleiter I) musste verschoben werden, in der Folge musste auch die Durchführung der Schulungen und die gesamte Phase der Prozessevaluation um insgesamt sechs Monate verschoben und gestaucht werden. An den teilnehmenden Kliniken wurden spezielle Hygienekonzepte und später auch Teststrategien entwickelt und entsprechend der jeweiligen Inzidenzwerte fortlaufend angepasst. Stationen wurden teilweise oder sogar vorübergehend gänzlich gesperrt, die Patientenzahlen der somatischen nicht infektiösen Stationen in den Häusern verringert und somit auch das Patientenpotential für IdA-Patienten deutlich reduziert.

Die Prä-Erhebungsphase an den Interventionshäusern startete damit ebenfalls verzögert und fand letztlich von September bis November 2020 statt. Mit Beginn der Prozessevaluationsphase ab Ende November 2020 konnte in verringertem Umfang mit der spezifischen Betreuung der IdA-Patienten begonnen werden. Um die besonders vulnerable Gruppe der IdA-Patienten zu schützen, wurde unter Einhaltung der Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Corona-Virus zunächst ausschließlich Einzelbetreuungen angeboten und verschärfte Hygienemaßnahmen umgesetzt.

Durch die notwendigen Hygienemaßnahmen waren teils auch persönliche Besprechungen und Personalversammlungen erschwert bzw. nicht möglich. Dies stellte gerade für die Koordinatoren und Tagesbegleiter eine Herausforderung dar und erforderte viel Flexibilität und Lösungsorientierung.

Durch geltende Besuchsverbote wurden Angehörigengespräche und Angehörigenberatungen überwiegend telefonisch durchgeführt, der persönliche Kontakt war nur in wenigen Fällen möglich und dann auch nur unter erhöhtem Aufwand. Erschwert wurde zudem das Einholen der Originalunterschriften auf den Teilnahmeerklärungen des Projekts im Falle des Vorhandenseins eines juristischen Vertreters, da diese zur Unterschrift nicht oder nur sehr selten in die Kliniken kamen. Aufgrund der in den Kliniken geltenden Besuchsverbote konnte auch die im Projekt angestrebte regelhafte Einbindung der Angehörigen in den Betreuungsprozess nicht umgesetzt werden.

Coronabedingt wurden Schulungen und Projektmeetings zum überwiegenden Teil online durchgeführt. Einerseits ersparte dieses Vorgehen Fahrzeiten und –kosten, andererseits war jedoch ein persönlicher Austausch so nicht möglich und es waren immer wieder technische Schwierigkeiten zu bewältigen.

Auch der Aufbau des ambulanten IdA-Netzwerks wurde erheblich durch die Pandemie erschwert, persönliche Gespräche der Projektbeauftragten mit den ambulanten Einrichtungen und Ärzten waren aufgrund der Kontaktbeschränkungen kaum möglich und mussten ebenfalls auf Videokonferenzen oder Telefonate verlagert werden.

4.7.2 Unkooperative Verhaltensweisen

Der überwiegende Anteil der in IdA eingeschlossenen Patienten zeigte sich nach der Einwilligung sehr kooperativ. In Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkung oder einer demenziellen Erkrankung kam es punktuell auch zu unkooperativen Verhaltensweisen, was in der Natur der adressierten Erkrankungsbilder liegt. Die IdA-Mitarbeiter nutzten ihre

fachliche Erfahrung und ihr Wissen aus den spezifischen IdA-Schulungen für den Umgang mit unkooperativen Patienten und erhielten über das Projekthandbuch detaillierte Handlungsleitfäden zum Umgang mit unkooperativen Patienten in bestimmten Situationen (vgl. Anlage).

4.7.3 Herausfordernde Verhaltensweisen

Erkrankungsbedingt wurden sowohl Koordinatoren als auch Tagesbegleiter mit herausfordernden Verhaltensweisen seitens der Patienten konfrontiert, die die Arbeit mit den Patienten auf unterschiedliche Art und Weise beeinträchtigte. Das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen führte in Einzelfällen dazu, dass die Betreuung tageweise nicht oder nur bedingt stattfinden konnte. Im Rahmen der projektspezifischen Schulungen wurden intensiv Kommunikationsstrategien zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen geschult. Das Auftreten von herausforderndem Verhalten wurde projektspezifisch dokumentiert. Hierzu wurden einheitlich folgende Verhaltensweisen als herausfordernd definiert und unterschieden:

- passives Verhalten (Apathie, Rückzug, Nahrungsverweigerung, monotones Wiederholen, Nesteln, Hypoaktivität)
- unruhiges, aktives, nicht aggressives Verhalten, Hyperaktivität (Hin- und Hergehen, monotones Wiederholen von Bewegungen, Hin- und Weglauftendenz, Tag-Nacht-Umkehr)
- körperlich aggressives Verhalten (schlagen, beißen, schubsen, mit Stuhlgang schmieren)
- verbal aggressives Verhalten (beschimpfen, anschreien)
- verbales, nicht aggressives Verhalten (ständiges Fragen, Wiederholen von Sätzen)
- sonstiges herausforderndes Verhalten (Enthemmung, starke Schmerzen/Schmerzäußerungen)

Patienten, die derartige Verhaltensweisen zeigen, stellen nicht nur für das IdA-Personal, sondern insbesondere für die Pflegekräfte auf den somatischen Stationen eine Herausforderung und Mehrbelastung dar. Die Reduktion der Häufigkeit dieser Ereignisse wurde daher auch als ein sekundärer Endpunkt definiert und im Rahmen der Evaluation gesondert untersucht (vgl. Evaluationsbericht).

5. Methodik

Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Darstellung der Methoden, einschließlich der Darstellung des Studiendesigns und der statistischen Methoden, wurde das Kapitel 5 überwiegend aus Kapitel 2 des Evaluationsberichts inhaltsgleich übernommen.

5.1 Evaluationsdesign

Die Evaluation ist als multizentrische kontrollierte prospektive Kohortenstudie konzipiert. Sie erfolgt sowohl formativ als auch summativ. Da es sich bei der neuen Versorgungsform um eine sog. komplexe Intervention (Mühlhauser, Lenz & Meyer, 2011) handelt, ist es notwendig und sinnvoll, für die Evaluation unterschiedliche Methoden (Methodentriangulation; Flick (Hrsg.), 2011) und Datenquellen zu nutzen: Sekundärdaten (Routinedaten der beteiligten Krankenhäuser und Krankenkassen) und Primärdaten (standardisierte Screeninginstrumente, standardisierte Befragungen und Interviews, Fokusgruppen, Vor-Ort-Begehungen). Daten werden auf der Ebene der Patienten, der Mitarbeitenden und weiterer an der nVF beteiligter Personen (z. B. Akteure aus dem ambulanten Sektor) sowie der Krankenhäuser erhoben bzw. analysiert.

Eingeschlossen wurden Patienten ab 70 Jahren, die bei einer der drei teilnehmenden Krankenkassen (AOK Nordost, Bahn BKK, Knappschaft) versichert waren und einen akuten somatischen Behandlungsbedarf auf einer teilnehmenden Station (siehe Anhang!) bei gleichzeitiger kognitiver Beeinträchtigung hatten. Die voraussichtliche stationäre Aufenthaltsdauer musste mehr als drei Tage betragen.

Von den Koordinatoren (an den Kontrollgruppenstandorten von Studynurses) wurde anhand des Six-Item Cognitive Impairment Test (6CIT) ein Kurzscreening durchgeführt, um das Merkmal „kognitive Beeinträchtigung“ homogen zu operationalisieren. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe wurden alle Patienten anhand derselben Ein- und Ausschlusskriterien rekrutiert.

5.2 Datenquellen und Erhebungen

5.2.1 Routinedaten der Krankenkassen und Daten der Krankenhäuser gem. § 21 KHEntgG

Die Routinedaten der Krankenkassen beinhalten Informationen zu soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Pflegegrad) und zu den versorgungsbezogenen Daten der Patienten (u. a. Diagnosen stationäre und ambulante Behandlung, Aufnahme- und Entlassungsdatum stationäre Versorgung, Leistungen/Prozeduren, Verweildauer im Krankenhaus, Arzneimittel) sowie zu den mit der Leistungsanspruchnahme verbundenen Ausgaben. Die Daten der Krankenhäuser gem. § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden vor allem für die datenschutzkonforme Verknüpfung von Daten aus dem IdA-Portal (s. nachfolgenden Abschnitt) und Routinedaten benötigt.

5.2.2 IdA-spezifische Materialien und Dokumentationen

Alle für die Durchführung der IdA-spezifischen Versorgung relevanten Informationen und Materialien sind im Projekthandbuch (Anlage) zusammengefasst:

- Beschreibung der Ausgangssituation des Projektes (Kurzbeschreibung, Zielgruppe, Ausschlusskriterien, IdA-Ziele)
- Strukturelle Voraussetzungen (Projektleitung und -beauftragte, Koordinatoren, Tagesbegleitung, Schulungen, Qualifizierungen, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung, rechtliche Rahmenbedingungen, Datenschutz)
- Rolle und Aufgaben der Koordinatoren (Patienteneinwilligung, Screening und Eingangsassessment, Einbezug verschiedener Akteure, Erstellung Maßnahmen, Fallsteuerung und -übergaben)
- Rolle und Aufgaben der Tagesbegleitung (Einzel- und Gruppenbetreuung, Einsatzplanung, Hygiene)
- Besondere Situationen (Coronapandemie, herausfordernde Patienten, Herausforderungen durch Besuche und Untersuchungen (Unterbrechungen der Betreuung bzw. erschwelter Einschluss von Patienten aufgrund von Untersuchungen)).

Für Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe liegen aus projektspezifischen Dokumentationen über eine eigens für das Projekt entwickelten Software (sog. IdA-Portal) Informationen u. a. für die Versorgung mit Neuroleptika und Benzodiazepinen, zu Stürzen, zu Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen, zur Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie zu herausforderndem Verhalten vor. Auch die Ergebnisse der Eingangsassessments, inkl. der MMST und des Barthel-Tests als auch des CAM-Screenings sind über das Portal hinterlegt. Für Patienten der Interventionsgruppe liegen ferner Informationen zu den IdA-spezifischen Maßnahmen vor (Bedarfsermittlung und Erstellung eines Maßnahmenplanes, Einzel- und Gruppenbetreuung, empfohlene und durchgeführte Konsile,

Angehörigenberatung und -schulung, Austausch mit den Pflegefachkräften und verantwortlichen Ärzten sowie den Nachbehandelnden, interdisziplinäre Fallbesprechungen).

5.2.3 Standardisierte Befragungen

Alle an der Versorgung der in IdA eingeschlossenen Patienten und beteiligten Krankenhausmitarbeitende wurden zu ihrer Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention/Interventionsumsetzung befragt. Die Krankenhausmitarbeitenden wurden außerdem (online oder in Papierform) befragt zur Arbeitsbelastung, ihrer Orientierung zu Patienten mit demenziellen Erkrankungen und ihrer Einschätzung zur interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Die Befragung der Mitarbeitenden erfolgte zu zwei Zeitpunkten (siehe Evaluationsbericht) mit einem dem jeweiligen Stand der Umsetzung der nVF angepassten Erhebungsinstrument.

Die im Rahmen von IdA geschulten Mitarbeitenden wurden ebenfalls zu zwei Zeitpunkten zu den genannten Themen und darüber hinaus zu folgenden Aspekten online befragt: Qualität der Dokumentation der einzelnen Maßnahmen der nVF (Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit); Einschätzung der Eignung der Schulungen, Kompetenzwahrnehmung im Kontext von IdA (Befragung der Schulungsteilnehmenden – Hierbei wurden jedoch nicht dieselben Schulungsteilnehmenden befragt. Vielmehr nahmen die zu den vier Befragungszeitpunkten ebenfalls geschulten IdA-Fachkräfte teil.

Auch die in der ambulanten Versorgung im Rahmen von IdA beteiligten ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer und Akteure wurden mittels eines standardisierten Instruments online zu Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention/Interventionsumsetzung und der intersektoralen interprofessionellen Zusammenarbeit befragt. Die Beteiligung an der Erhebung fiel allerdings so gering aus, dass auf deren Auswertung verzichtet werden musste.

Im Rahmen einer standardisierten schriftlichen Befragung der Patienten und ihrer Angehörigen (online und schriftlich) wurde über nahezu die gesamte Laufzeit des Projekts hinweg die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Versorgung (inkl. der Angebote für die Angehörigen) erhoben.

5.2.4 Fokusgruppen, Interviews, Vor-Ort-Begehungen

Mit den Projektverantwortlichen der Interventionskrankenhäuser wurden leitfadengestützte Interviews zur Implementierung der nVF, zur Einschätzung der krankenhausspezifischen Ressourcen und zur Ausrichtung des Krankenhauses auf Patienten mit kognitiven Einschränkungen geführt. In diesen Interviews wurden auch Fragen zur Qualität des Vorgehens der Implementierung der nVF angesprochen und hemmende und förderliche Faktoren in diesem Prozess eruiert.

Zur Demenzorientierung der Krankenhäuser wurde des Weiteren eine standardisierte Vor-Ort-Begehung in den Krankenhäusern durchgeführt.

Die ursprünglich bereits zum Start der Implementierung (t0) geplanten Vor-Ort-Begehungen an den Interventionsstandorten waren aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen in den Kliniken nicht möglich. Bedingt durch die Aufhebung der pandemiebedingten Zugangsbeschränkungen konnten die Vor-Ort-Begehungen dann zum Ende der Routinephase (t2) durchgeführt werden, so dass der Stand der Umsetzung vorgesehener Anpassungen final festgestellt werden konnte.

Die Fokusgruppen mit Projektverantwortlichen und Fachkräften der Interventionskrankenhäuser sowie mit Akteuren aus dem ambulanten Sektor dienten der Einschätzung der Akzeptanz und Zufriedenheit der nVF sowie der interdisziplinären berufsgruppen- und sektorübergreifenden Zusammenarbeit.

Nähere Angaben zu Zeitpunkten und Umfang der qualitativen Erhebungen finden sich im Evaluationsbericht.

5.3 Erhebungszeitpunkte

Grundsätzlich lassen sich verschiedene Erhebungszeitpunkte im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation unterscheiden:

- Mit Beginn der Pilotphase (Ende 2020/Anfang 2021) startete – neben der erstmaligen Abfrage der Routinedaten – die regelmäßige Online-Befragung der IdA-Fachkräfte, die an den Schulungen zur Vorbereitung auf ihre Tätigkeit teilnahmen. Ebenfalls fand die erste Mitarbeitenden-Befragung ($t1_{MA}$) in den Interventionskrankenhäusern statt. Außerdem erfolgten die Vor-Ort-Begehung in den Interventionskrankenhäusern und die leitfadengestützten Interviews mit den Projektverantwortlichen der einzelnen Interventionsstandorte.
- Im letzten Drittel der Pilotphase (im 2. Quartal 2021) erfolgte eine erste Erhebung unter allen IdA-Fachkräften ($t1_{FK}$). Die Routinedaten der Kassen und Krankenhäuser wurden ebenfalls zu diesem Zeitpunkt abgerufen und ausgewertet. Außerdem war die Durchführung einer ersten Runde von Fokusgruppen mit stationär und ambulant tätigen Fachkräften zur Einschätzung der intersektoralen, interprofessionellen Zusammenarbeit geplant, die aber pandemiebedingt nicht durchgeführt werden konnten.
- Am Ende der Routinephase (Mitte bis Ende 2022) fand nochmals eine Online-Befragung der IdA-Fachkräfte ($t2_{FK}$) sowie der Mitarbeitenden der Krankenhäuser ($t2_{MA}$) statt. Weiterhin wurden Fokusgruppen mit den ambulant und stationär tätigen Beteiligten geführt, ebenso leitfadengestützte Interviews mit den Projektverantwortlichen. Es erfolgte nochmals eine Vor-Ort-Begehung, um die „Demenzausrichtung“ der Häuser final zu erheben. Die im IdA-Portal hinterlegten Daten sowie die Routinedaten zu den Zielgrößen wurden analysiert. Da der primäre Endpunkt die Wiedereinweisungsrate innerhalb von sechs Monaten nach Index-Krankenhausaufenthalt ist, erfolgte ein weiterer Abruf der Routinedaten nach dieser Frist.

Weitere evaluationsrelevante Daten wurden fortlaufend erhoben, z. B. wurde die Zufriedenheit der Patienten (ab Beginn der Pilotphase) und ihrer Angehörigen (ab Ende der Pilotphase) im gesamten Zeitraum mittels schriftlicher Befragung erhoben, und es erfolgte die kontinuierliche Überwachung der Fallzahlerreichung.

Tabelle 5: Befragungen, Befragungszeitpunkte und -teilnehmende

Befragtengruppe	Welle	Zeitraum	Anzahl
Schulungsteilnehmer (IdA Fachkräfte)	4 Schulungen	09./10.2020, 04./05.2021, 10.2021 und 03./04.2022	38
Krankenhausmitarbeitende	$t1_{MA}$	11./12.2020	97
	$t2_{MA}$	08./09.2022	144
IdA-Fachkräfte (Projektbeauftragte, Koordinatoren, Tagesbegleiter)	$t1_{FK}$	06.2021	32
	$t2_{FK}$	07.2022 - 09.2022	23
Patienten		02.2021 - 11.2022	790
Angehörige		04.2021 - 10.2022	76

Quelle: AGENON

6. Projektergebnisse

Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Darstellung der Projektergebnisse, einschließlich der Darstellung aller Endpunkte und der statistischen Kennzahlen, wurde das Kapitel 6 überwiegend aus Kapitel 3 des Evaluationsberichts inhaltsgleich übernommen.

6.1 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Umsetzung des Projektes

Bedingt durch die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11. März 2020 ausgerufene COVID-19-Pandemie und die nachfolgenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, musste zunächst der Start der Pilotphase um volle sechs Monate verschoben werden (von Mai 2020 auf November 2020). Da eine Verschiebung des geplanten Starts der Routinephase dazu geführt hätte, dass die für die Evaluation erforderliche Fallzahl mit ausreichendem Nachbeobachtungszeitraum nicht gewährleistet gewesen wäre, musste die Pilotphase entgegen der ursprünglichen Planung von zwölf Monaten auf acht Monate verkürzt werden. Coronabedingte Maßnahmen – Aufnahmebeschränkungen (elektive Fälle), Einrichtung und sukzessive Ausdehnung von für die Versorgung von Corona-Patienten reservierten Bereichen auch auf Stationen mit IdA-Versorgung, Schließungen, Verlegungen bzw. Zusammenlegungen von Stationen mit IdA-Versorgung sowie Besuchseinschränkungen und -verbote – wurden in den Kliniken ab März 2020 ergriffen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, inwieweit die in den Krankenhäusern ergriffenen Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie in die für die Versorgung von Patienten relevanten Pilot- und in die Routinephase gefallen sind.

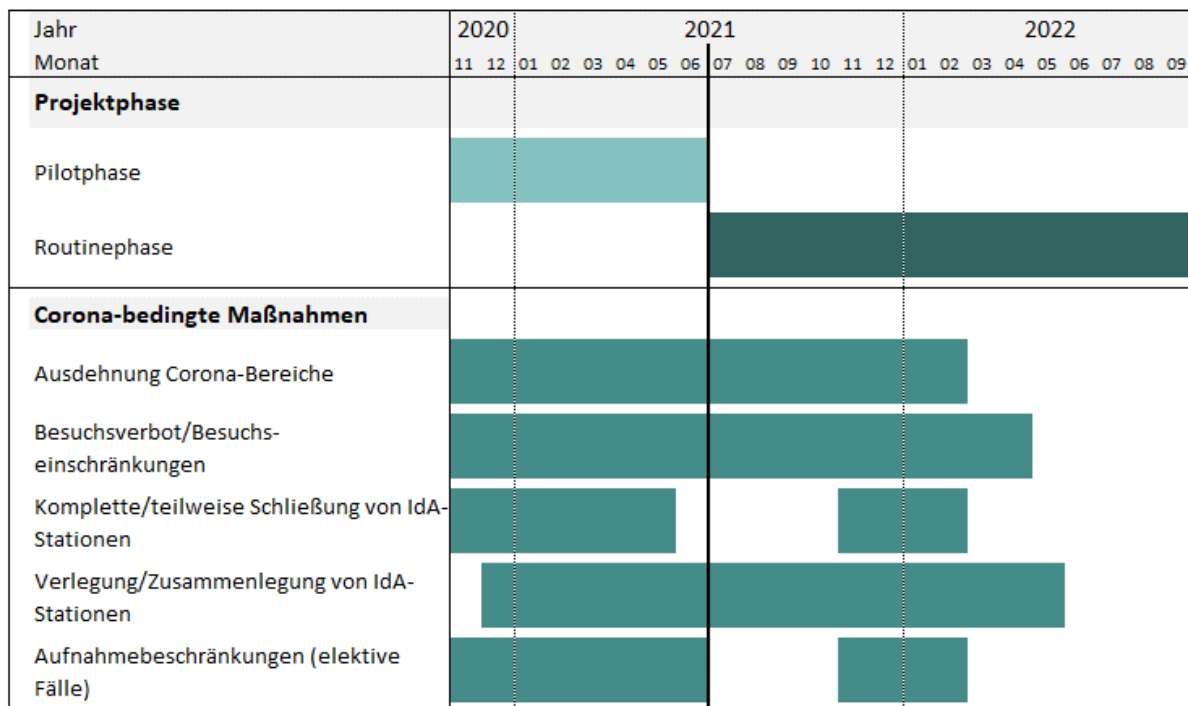


Abbildung 3: Überblick über die Corona-bedingten Maßnahmen

Quelle: AGENON

Die Maßnahmen dauerten – teilweise mit von Standort zu Standort unterschiedlichen Unterbrechungen – bis März 2022 und damit bis weit in die Routinephase hinein an. Gleiches gilt für die je nach Infektionslage verschiedentlich erforderlichen Schließungen von Stationen

mit IdA-Versorgung in Gänze oder teilweise und erforderliche Verlegungen von Stationen mit IdA-Versorgung und ihre Zusammenlegung mit anderen Stationen.

Immer wieder mussten in allen Phasen des Projektes in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen und den Corona-bedingten Maßnahmen Anpassungen in der Umsetzung vorgenommen werden. Begleitet von wiederkehrender Unsicherheit, ob das Projekt bedingt durch die Pandemie überhaupt weiter fortgeführt werden kann, wurden die Umsetzung der IdA-Versorgung und der Evaluation wie nachfolgend dargestellt beeinträchtigt und erschwert. Die Darstellung erfolgt auch gestützt auf die diesbezüglichen Befragungsergebnisse aus Interviews mit den Projektbeauftragten und Projektkoordinatoren sowie gestützt auf die Antworten zur Frage nach den Beeinträchtigungen durch Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie in den Fokusgruppendifkussionen. Die Interviews und Fokusgruppen wurden im Zeitraum von September 2022 bis Januar 2023 durchgeführt. Verschiedene Bausteine der nVF konnten entweder gar nicht oder nicht wie vorgesehen umgesetzt werden. Dazu zählen in erster Linie die stationsübergreifende Gruppenbetreuung in den dafür ursprünglich vorgesehenen und ausgestatteten Gruppenräumen, des Weiteren der erheblich erschwerte Einbezug und die Beratung und Schulung der Angehörigen sowie die Einbindung des ambulanten Sektors, wobei insbesondere die Information und die Kontaktaufnahme zu den ambulanten vor- und nachbehandelnden Ärzten nur in seltenen Fällen erfolgreich war. Begonnene IdA-Versorgungen mussten abgebrochen werden, wenn sich betreute Patienten mit dem Virus infiziert hatten respektive waren Einschränkungen in der IdA-Versorgung die Folge von Infektionen der IdA-Fachkräfte. Über lange Zeiträume war die Versorgung der Patienten durch die IdA-Fachkräfte nur nach vorherigem PCR- und Schnelltest und bekleidet mit einem Schutzanzug sowie mit FFP2-Maske und Schutzbrille möglich. Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung war dadurch erheblich erschwert, gerade angesichts der vulnerablen Zielgruppe kognitiv eingeschränkter Patienten. Bedingt durch die Besuchseinschränkungen fanden Besuche von Angehörigen nicht statt. Dies führte im positiven Sinne dazu, dass die IdA-spezifische Betreuung ohne zeitliche Unterbrechungen durchgeführt werden konnte. Das vereinfachte nicht nur die Planung der Tagesbegleitung, sondern verstärkte auch die Bedeutsamkeit der Tagesbegleitung und deren Akzeptanz, sowohl bei den Patienten als auch dem Pflegefachpersonal auf den Stationen und den Angehörigen, zu denen die Tagesbegleiter vielfach auch den telefonischen Kontakt hielten.

Um die Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Wahrnehmung der krankenhausinternen Mitarbeitenden und IdA-Mitarbeitenden mit in der Evaluation zu berücksichtigen, wurden des Weiteren Befragungen (online und in Papierform) zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt.

Die nachfolgende Grafik stellt die Ergebnisse aus den Befragungszeitpunkten t1 (Pilotphase) und t2 (Ende Routinephase) der krankenhausinternen Mitarbeitenden (KH-MA) als auch der IdA-Mitarbeitenden (IdA-FK) dar. Hierbei sollten beide Berufsgruppen ihre Arbeit in den letzten drei Monaten unter dem Aspekt der Coronapandemie einschätzen.

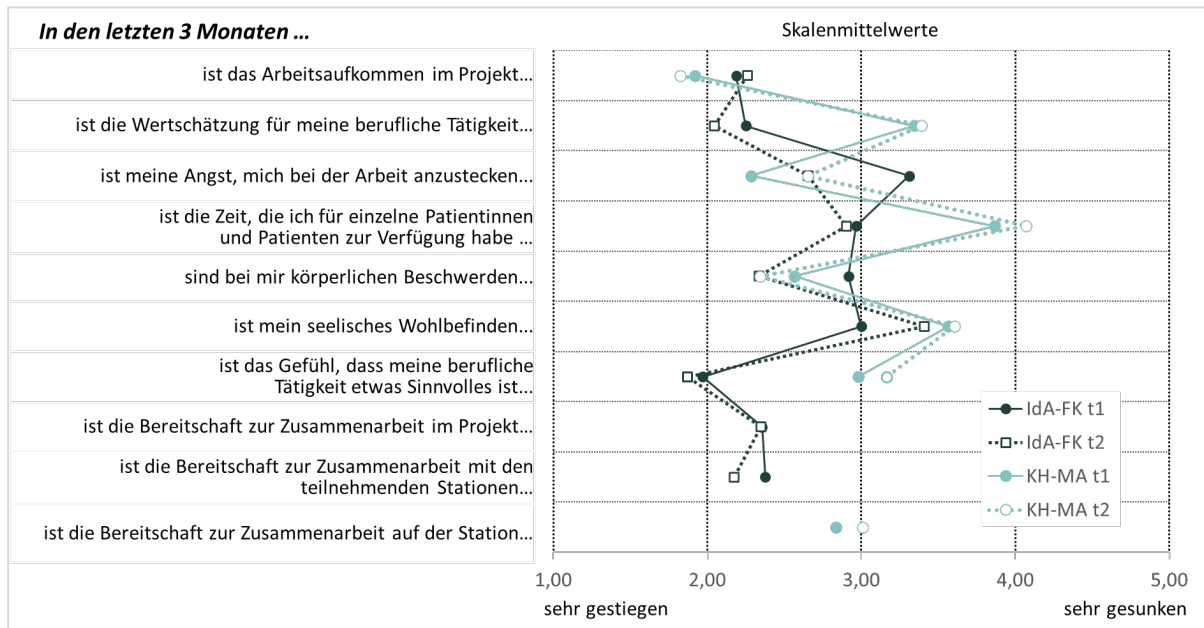


Abbildung 4: Wahrnehmung der Coronapandemie durch die Beschäftigten der Krankenhäuser

Quelle: AGENON; Befragung der IdA-Fachkräfte (IdA-FK t1: n= 32; IdA-FK t2: n= 23) und der Krankenhausmitarbeitenden (KH-MA t1: n=97; KH-MA t2: n=144)

Insbesondere bei den krankenhausinternen Mitarbeitenden zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Befragung. Dies gilt weitestgehend auch für die Ergebnisse der IdA-Fachkräfte. Beim Vergleich zwischen den befragten Gruppen sind hingegen teils größere Unterschiede festzustellen.

Sowohl das Krankenhauspersonal als auch die IdA-Fachkräfte gaben zu beiden Befragungszeitpunkten an, von einem etwas gestiegenen Arbeitsaufkommen betroffen zu sein. Hinsichtlich der Wertschätzung der eigenen Tätigkeit zeigte sich, dass die IdA-Arbeit bereits zum Zeitpunkt t1 eine höhere Wertschätzung erfuhr, welche sogar im Laufe des Projektes zunahm. Die Krankenhausmitarbeitenden hingegen gaben zu beiden Befragungszeitpunkten an, dass die Wertschätzung ihrer Arbeit eher gleichgeblieben oder sogar etwas gesunken sei.

Zur Zeit der Pandemie bestand die Gefahr einer Ansteckung mit dem COVID-19-Virus. Während die Angst einer Infektion bei den IdA-Mitarbeitenden zwischen den Befragungen leicht anstieg, gaben die krankenhausinternen Mitarbeitenden in der ersten Befragung an, dass ihre Angst etwas gestiegen sei, in der zweiten Befragung blieb die Angst eher auf dem gleichen Niveau.

Große Unterschiede bestanden insbesondere hinsichtlich der verfügbaren Zeit für die Arbeit mit den Patienten. Die IdA-Fachkräfte gaben an, dass sie weder einen Anstieg noch eine Minderung ihrer zur Verfügung stehenden Arbeit mit den Patienten wahrnahmen. Dem gegenüber gaben die Klinikmitarbeitenden an, durch die Coronapandemie weniger Zeit zur Versorgung und Behandlung von Patienten zur Verfügung zu haben.

Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den IdA-Fachkräften und dem Klinikpersonal festgestellt werden. Lediglich die IdA-Fachkräfte gaben in der zweiten Befragung einen leichten Anstieg körperlicher Beschwerden im Vergleich zur ersten Befragung an. Insgesamt waren alle Gruppen von einem geringfügigen Anstieg körperlicher Beschwerden betroffen.

Weiterhin gaben sowohl die Krankenhausmitarbeitenden als auch die IdA-Fachkräfte an, dass ihr seelisches Wohlbefinden geringfügig gesunken sei. Einzig die IdA-Fachkräfte in der ersten

Befragung schätzten ihr Wohlbefinden in den letzten drei Monaten als gleichgeblieben ein. Bei der Frage zur Einschätzung der Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit wurden signifikante Unterschiede zwischen den IdA-Mitarbeitenden und dem Krankenhauspersonal festgestellt. Somit gab das Klinikpersonal zu beiden Befragungszeitpunkten an, dass ihr Gefühl, dass ihre berufliche Tätigkeit etwas Sinnvolles ist, sich nicht verändert habe. Im Vergleich dazu verspürten die IdA-Fachkräfte einen Anstieg hinsichtlich der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit. Diese Aussagen galten ebenso im Hinblick auf die Bereitschaft zur Zusammenarbeit auf den Stationen. Zusätzlich antworteten die IdA-Mitarbeitenden, dass die Bereitschaft zur Zusammenarbeit im Projekt etwas gestiegen sei. Hierbei war kein Unterschied zwischen den Befragungszeitpunkten erkennbar.

6.2 Prozessevaluation

Ein erster Teil der Prozessevaluation wurde bezogen auf die Pilotphase durchgeführt und mit der Vorlage eines Zwischenberichtes für die Prä-Erhebung (Baseline-Erhebung) und anschließende Prozessevaluation abgeschlossen. Im Zwischenbericht wurden hierzu Erhebungen, Erhebungsinhalte, Fallzahlen, Auswertungen und Auswertungsergebnisse dokumentiert. Der Zwischenbericht ist als Anlage dem Evaluationsbericht beigelegt.

6.2.1 Reach – Rekrutierung und Reichweite

Bei einer Reduktion der Fallzahlen wie angestrebt um zehn Prozent, einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent und einer initial mit dem Förderer abgestimmten Power von 90 Prozent ergaben die Berechnungen eine erforderliche Fallzahl Per protocol (PP) von 1.142 Fällen. Per protocol bedeutet, dass Patienten, die in IdA eingeschlossen wurden, die IdA-spezifische Versorgung bis zu ihrer Entlassung wie vorgesehen erhalten haben.

Demgegenüber weist die Fallzahl Intention to treat (ITT) diejenige Fallzahl aus, die annahmegemäß initial in das Projekt eingeschlossen werden müssen, damit die erforderliche Fallzahl PP nach Berücksichtigung von Ausschlüssen und Dropouts erreicht werden kann. Gründe für Ausschlüsse und Dropouts sind beispielsweise eine Verweildauer von unter drei Tagen, eine Verlegung auf eine nicht teilnehmende Station sowie Versterben während des Krankenhausaufenthaltes. Für die Fallzahl ITT wurden 1.493 Fällen berechnet. Die folgenden Tabellen zeigen die Fallzahlplanung für die Interventions- und Kontrollgruppe inklusive erwarteter Dropouts in den einzelnen Phasen.

Tabelle 6: Fallzahlplanung Interventionsgruppe

Phase	Maßnahme	Ein- und Ausschluss	Gesamt Anteil	IG_1 Fallzahl	IG_2 Fallzahl	IG_3 Fallzahl	IG_4 Fallzahl	IG_5 Fallzahl
Potenzial der Krankenhausfälle der Zielgruppe bei den beteiligten Krankenkassen				1.924	2.174	1.557	3.474	1.967
Phase 1:								
Rekrutierung	Beurteilung der Eignung		100%	1.494	1.926	1.310	1.376	1.376
	standardisiertes Kurzscreening: kognitive Einschränkungen	Ausschluss: keine kognitiven Einschränkungen vorhanden	50%	747	963	655	688	688

Phase	Maßnahme	Ein- und Ausschluss	Gesamt Anteil	IG_1 Fallzahl	IG_2 Fallzahl	IG_3 Fallzahl	IG_4 Fallzahl	IG_5 Fallzahl
		Einschluss: kognitive Einschränkungen vorhanden	50%	747	963	655	688	688
Phase 2: Einschluss	Information und Einwilligung zur nVF/ Evaluation							
	Ausschluss: Projektteilnahme wird verweigert		40%	299	385	262	275	275
	Einschluss: Einwilligung erteilt		60%	448	578	393	413	413
Phase 3: Zuweisung	Standardisiertes Eingangsassessment							
	spezifische Betreuung nötig?	Ausschluss: keine spez. Betreuung erforderlich	30%	134	173	118	124	124
		Einschluss: spez. Betreuung erforderlich	70%	314	404	275	289	289
	Patient:innen geeignet? (Sprachprobleme, kritischer Zustand etc.)	Ausschluss: nicht geeignet	5%	16	20	14	14	14
		Einschluss: geeignet	95%	298	384	261	275	275
SUMME Intention-to-treat Patient:innen						1.493		
Phase 4: Durchführung	Maßnahmenplanung, -durchführung und -monitoring							
	Ausschluss: es liegen Ausschlussgründe vor: Verlegung auf nicht teilnehmende Station, Verlegung in anderes Krankenhaus, Verschlechterung Gesundheitszustand, Sonstiges		10%	30	38	26	27	27
	Ausschluss: Patient:in/Angehörige verweigern Teilnahme		5%	15	19	13	14	14
	Einschluss: dauerhafte Teilnahme		85%	253	327	222	233	233
Phase 5: Abschluss	Abschlussassessment/ Abschlussevaluation							
	Ausschluss: Teilnahme am med. Abschlussassessment verweigert/ nicht möglich		10%	25	33	22	23	23
	Einschluss: Abschlussassessment erfolgreich durchgeführt		90%	228	294	200	210	210
SUMME per protocol-Patient:innen über alle Standorte						1.142		

Quelle: Berechnungen AGENON

Tabelle 7: Fallzahlplanung Kontrollgruppe*

Phase	Maßnahme	Ein- und Ausschluss	Gesamt	KG_1	KG_3	KG_4	KG_5	KG_6
Berechnungsgrundlage			Anteil	2018 Fallzahl	2018 Fallzahl	2020 Fallzahl	2020 Fallzahl	Schätzung Fallzahl
Potenzial der Krankenhausfälle der Zielgruppe bei den beteiligten Krankenkassen				1.455	801	2.158	2.361	3.533
Phase 1: Rekrutierung	Beurteilung der Eignung		100%	1.455	801	2.158	2.361	3.533
	Ausschlussgründe: Liegedauer, Gesundheitszustand, Studien, Corona, Sonstiges	Ausschluss: es liegen Ausschlussgründe vor Einschluss: Patient:in vorerst geeignet für IdA	48%	691	380	1.025	1.121	1.678
			53%	764	421	1.133	1.240	1.855
Phase 2: Einwilligung	Einwilligung							
	Ausschluss: Projektteilnahme wird abgelehnt Einschluss: Einwilligung erteilt		21% 79%	162 602	89 331	240 893	263 977	393 1.462
Phase 3: Eignung	6CIT							
	Standardisiertes Kurzscreening: kognitive Einschränkungen vorhanden	Ausschluss: 6CIT < 8 Einschluss: kognitive Einschränkungen vorhanden	65% 35%	391 211	215 116	580 312	635 342	950 512
SUMME Intention-to-treat Patient:innen						1.493		
Phase 4: Durchführung	Maßnahmenplanung, -durchführung und -monitoring							
	Ausschluss: es liegen Ausschlussgründe vor: Verlegung auf nicht teilnehmende Station, Verlegung in anderes Krankenhaus, Verschlechterung Gesundheitszustand, Sonstiges Einschluss: dauerhafte Teilnahme		24% 77%	50 161	27 89	73 239	80 262	120 391
SUMME per protocol-Patient:innen über alle Standorte						1.142		

- * In der ursprünglichen Fallzahlplanung war der Standort KG_2 nicht vorgesehen und ist somit nicht in dieser Tabelle aufgeführt

Quelle: Berechnungen AGENON

Die folgende Tabelle weist für die Interventions- und für die Kontrollgruppe standortbezogen und insgesamt Soll- und Ist-Werte für die Fallzahlen ITT und PP aus. Für die Kontrollgruppe wurde in der initialen Fallzahlplanung von identischen Fallzahlen PP und ITT ausgegangen.

Die mit der Ziffer 1 in der Zeilenbezeichnung ausgewiesenen Soll-Werte geben die Fallzahlen gemäß ursprünglicher Planung bei Antragstellung wieder. Die Ist-Werte wurden im Projektverlauf mitlaufend überwacht. Um für jeden einzelnen Standort vor dem Hintergrund bislang tatsächlich realisierter Fallzahlen eine Orientierung an realistischen Zielwerten zu gewährleisten, wurden die Soll-Werte mehrfach angepasst. Die mit der Ziffer 2 in der Zeilenbezeichnung ausgewiesenen Soll-Werte für die Fallzahlen ITT und PP geben den letztgültigen Stand wieder.

Tabelle 8: Vergleich der SOLL- und IST-Werte für die Fallzahlen ITT und PP in der Interventions- und in der Kontrollgruppe insgesamt und nach Standorten

	IG_1	IG_2	IG_3	IG_4	IG_5	KG_1	KG_2	KG_3	KG_4	KG_5	KG_6
SOLL ITT 1	298	384	261	275	275	211	0	116	312	342	512
Σ SOLL ITT 1	1.493					1.493					
SOLL ITT 2	429	406	238	302	224	360	180	120	35	36	21
Σ SOLL ITT 2	1.599					752					
IST ITT	415	430	370	291	182	325	225	99	31	38	43
Σ IST ITT	1.688					761					
SOLL PP 1	228	294	200	210	210	141	0	89	241	263	394
Σ SOLL PP 1	1.142					1.128					
SOLL PP 2	269	293	211	184	166	315	153	120	35	30	14
Σ SOLL PP 2	1.123					667					
IST PP	259	312	310	182	143	235	156	86	27	27	34
Σ IST PP	1.203					565					

Quelle: IdA-Portal und Berechnungen AGENON

Gegenüber den Soll-Werten wurden sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe insgesamt jeweils leicht höhere Fallzahlen ITT realisiert.

Die tatsächlich erreichten Fallzahlen PP liegen in der Interventionsgruppe leicht höher (1.203 versus 1.142 Fälle) und in der Kontrollgruppe deutlich niedriger als ursprünglich geplant (565 versus 1.128 in der Kontrollgruppe). Da der Effekt der nVF auf die Wiedereinweisungen größer ausgefallen ist als vor der Intervention angenommen, konnte für den primären Endpunkt auch mit niedriger Fallzahl in der Kontrollgruppe ein statistisch signifikanter Effekt nachgewiesen werden.

In der nachfolgenden Tabelle werden die strukturellen Merkmale von IG und KG nochmals im Überblick ausgewiesen.

Tabelle 9: Baseline-Charakteristika der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe

Merkmal	IG	KG
Alter		
70-u75	6,7%	9,6%
75-u80	9,9%	13,8%
80-u85	26,8%	30,9%
85-u90	31,3%	31,8%
90+	25,3%	13,9%
Geschlecht		
Männlich	38,4%	38,6%
Weiblich	61,6%	61,4%
MMST		
0-9: schwer	7,9%	6,8%
10-19: mittelschwer	40,8%	35,1%
20-26: leicht	24,9%	44,8%
27-30: keine	3,1%	8,4%
Erhebung aufgrund von Beeinträchtigung/Zustand nicht möglich	23,3%	4,9%
Barthel		
0-30: weitgehend pflegeabhängig	33,6%	14,0%
35-80: hilfsbedürftig	44,2%	46,0%
85-95: punktuell hilfsbedürftig	9,6%	23,0%
100: Zustand kompletter Selbstständigkeit	2,2%	15,0%
Erhebung aufgrund von Beeinträchtigung/Zustand nicht möglich	10,4%	2,0%
Art der Einwilligung		
Gesetzliche Vertretung hat eingewilligt	44,4%	9,2%
Patient hat selbst eingewilligt	55,6%	90,8%
Tage bis Einwilligung		
Aufnahmetag	2,8%	3,2%
Tag 1	62,0%	55,8%
Tag 2	20,3%	27,6%
Tag 3	14,8%	13,1%
Tag 4	0,1%	0,3%
Mittlere Verweildauer	9,6 Tage	7,7 Tage

Quelle: IdA-Portal Daten und Berechnungen AGENON (nIG = 1.688, nKG = 761)

Vollständige und differenzierte Auswertungen zu Fallzahlen in IG und KG, inkl. Dropouts, geschlechterspezifischen Verteilungen, Altersverteilungen, Krankheitslasten, Verweildauern und weiteren Differenzierungen sind im Evaluationsbericht dargestellt.

Insgesamt kann bzgl. der Rekrutierung und Reichweite konstatiert werden, dass die Zielgruppe des IdA-Ansatzes erreicht wurde. Im Kontrast zur Kontrollgruppe wurden mit dem Angebot Personen mit vergleichsweise starker kognitiver Beeinträchtigung sowie vergleichsweise hohem Hilfe- und Pflegebedarf erreicht. Die Quote der Verweigerungen beim Screening mittels MMST liegt in der Interventionsgruppe mit elf Prozent und beim Barthel-Index mit vier Prozent in dem zu erwartenden Bereich. Die Fallzahlen ITT und PP wurden mitlaufend überwacht und standortbezogen angepasst, soweit sich gezeigt hat, dass Planzahlen zu hoch (Kontrollgruppe) oder zu niedrig (Interventionsgruppe) angesetzt waren. Probleme bei der Rekrutierung in den Kontrollkrankenhäusern erklären sich aus der Schwierigkeit, das Anliegen, sensible Daten ohne Mehrwert in der Versorgung zu erheben, dem Zielklientel bzw. dessen juristischen Vertretern zu vermitteln. Zudem war der Aufbau des erforderlichen Vertrauens über lange Zeiträume durch Schutzmasken und -kleidung erschwert.

6.2.2 Fidelity – Protokolltreue

Für die Umsetzung der neuen Versorgungsform im Rahmen des IdA-Projektes wurde ein Projekthandbuch erarbeitet, in dem die Zuständigkeiten und Rollen der an der Umsetzung des Projektes Beteiligten definiert sind (Gesamtprojektleitung, Projektbeauftragte, Projektkoordinatoren, Tagesbeleiter).

Für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen der IdA-Versorgung und die berufsgruppenübergreifende Abstimmung wurden Standard Operating Procedures (SOPs), Leitfäden und Dokumentationsbögen erstellt und im Projekthandbuch hinterlegt (Einholung von Einwilligungen zur Teilnahme am Projekt, Erstscreening und Eingangsassessment, Einbezug von Angehörigen, Einbezug des Stammpersonals im Krankenhaus, Einbezug von Vor- und Nachbehandelnden, Erstellen von Maßnahmenplänen, Anforderung eines Konsils, Durchführung von Fallbesprechungen, Fallsteuerung: Monitoring und Verlaufsdocumentation, Fallübergaben).

Für die fallbezogene Erfassung der für die Prozess- und Ergebnisevaluation benötigten Informationen (u. a. Screening-Ergebnisse, Tage mit Einzelbetreuung, empfohlene und durchgeführte Konsile, Medikation, Delire, Stürze, herausforderndes Verhalten, freiheitsbeschränkende Maßnahmen) wurde das sog. IdA-Portal mit einer Abfolge von Erfassungsmasken programmiert (vgl. Anlage).

In Online- und Präsenzs Schulungen wurden Projektbeauftragte, Projektkoordinatoren sowie Tagesbeleiter über eigens ausgearbeitete Curricula für ihre Tätigkeiten im Projekt geschult. (vgl. Kap. 4.1). Die Curricula sind als Anlagen diesem Bericht angefügt.

An die im IdA-Projekt eingesetzten Fachkräfte wurden je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Qualifikationsanforderungen gestellt. Laut Projekthandbuch sollten im optimalen Fall geriatrisch/gerontopsychiatrisch erfahrene Pflegefachkräfte als Projektkoordinatoren eingesetzt werden. Aufgrund des allgemein herrschenden Fachkräftemangels, insbesondere im Bereich der Pflege, übernahmen aber auch Pflegekräfte aus anderen Fachbereichen sowie Therapeuten oder Sozialarbeiter mit entsprechender Schulung und Einweisung diese Aufgabe. Die im Projekt eingesetzten Tagesbegleiter mussten keine spezifischen fachlichen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Sie wurden vorab in Theorie- und Praxiseinheiten geschult. Bei der Auswahl der Tagesbegleiter sollte vielmehr auf Softskills geachtet werden, wie Einfühlbarkeit, Motivation, Belastbarkeit, Empathie für die spezifische Zielgruppe, evtl. Erfahrung aufgrund einer persönlichen Betroffenheit.

Im Rahmen einer achtmonatigen wissenschaftlich begleiteten Pilotphase wurden alle Komponenten der Umsetzung der projektspezifischen Versorgung inklusive der Dokumentation im IdA-Portal im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit überprüft.

Die im Projekt eingesetzten und finanzierten personellen Ressourcen wurden von den Projektbeauftragten einheitlich als ausreichend bzw. gut kalkuliert bewertet. Zusätzlich konnte in den Häusern auf personelle Ressourcen von Chefarzten, Mitarbeitende der Leitungsebenen, die Grünen Damen oder auch auf Mitarbeitende aus den Abteilungen für Öffentlichkeitsarbeit zugegriffen werden.

Die Zusammenarbeit mit den Projektpartnern, wie z. B. dem Projektmanagement und dem evaluierenden Institut, bewerteten die Projektbeauftragten als gewinnbringend und unkompliziert. Die Zusammenarbeit der Standorte untereinander gestaltete sich den durchgeführten Interviews folgend teilweise aufgrund der unterschiedlichen Arbeitszeiten als schwierig. Um eine regelmäßige Plattform für den Austausch zu schaffen, wurde zu Beginn der Pilotphase Mitte November 2020 deshalb ein Jour fixe der Projektbeauftragten initiiert.

Ebenfalls als sehr positiv und ausreichend bewerteten die Projektbeauftragten die Materialien, die dem Projekt und insbesondere den Tagesbegleitern für die Betreuung von Patienten zur Verfügung standen.

Seitens des Evaluators wurden die Ergebnisse der Überprüfung aus der Pilotphase in einem Zwischenbericht mit Empfehlungen zur Anpassung respektive Konkretisierung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie von Vorgehensweisen und Abläufen festgehalten und mit den Projektpartnern besprochen (siehe Evaluationsbericht). Die Empfehlungen wurden mit den Projektverantwortlichen besprochen, Anpassungen wurden vorgenommen und umgesetzt.

Bezogen auf den Aspekt der Protokolltreue kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Projektkoordinatoren und Tagesbegleiter anhand eigens für diesen Zweck ausgearbeiteter Curricula geschult wurden. Ausweislich der Befragungsergebnisse waren die Schulungen adäquat auf die späteren Tätigkeitsinhalte im Projekt ausgerichtet (vgl. auch Evaluationsbericht!). Ein Projekthandbuch und Beschreibungen aller IdA-Prozesse wurden frühzeitig erarbeitet und standen allen IdA-Fachkräften zur Verfügung. Neben einer regelmäßig tagenden AG Versorgung wurden bedarfsabhängig Plattformen für den Austausch eingerichtet. IdA-Prozesse, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten waren ausweislich der Befragungsergebnisse gut geregelt (vgl. auch Evaluationsbericht!). Die Einführung der nVF war adäquat über eine vorgeschaltete und wissenschaftlich begleitete Pilotphase vorbereitet. Empfohlene Anpassungen wurden zeitnah umgesetzt.

Weiterführenden Aufschluss zur Umsetzung der IdA-spezifischen Maßnahmen in der Routinephase gibt der nachfolgende Abschnitt.

6.2.3 Satisfaction – Akzeptanz und Zufriedenheit

Der Beschreibung der Zieldimension „Satisfaction – Akzeptanz und Zufriedenheit“ liegen die Ergebnisse der Befragungen der Akteure und Beteiligten bzw. Betroffenen des IdA-Projekts in den beteiligten Krankenhäusern zugrunde. Dabei werden entsprechend dem Verlauf des Projekts und zunächst aus Sicht der Beschäftigten folgende Aspekte thematisiert:

- Die Ausgangssituation in den Krankenhäusern im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen,
- die Schulung der IdA-Fachkräfte als Vorbereitung auf ihre Tätigkeit im Projekt,
- die Einführung des Projekts mit Blick auf die Umsetzbarkeit und Angemessenheit der einzelnen Maßnahmen,
- die Beurteilung des Nutzens und der Wirkungen des Projekts (bzw. einzelner Maßnahmen) sowohl für die Versorgung der Patienten als auch für die Beschäftigten selbst und schließlich
- die generelle Zufriedenheit mit dem Projekt und die Einschätzung einer möglichen Fortführung.

Dabei lassen Vergleiche der Befragungsergebnisse unterschiedlicher Erhebungszeitpunkte abschätzen, inwieweit sich die Situation in den Krankenhäusern (bzw. deren Wahrnehmung durch die dort Tätigen) im Prozess der Projektumsetzung geändert hat.

Zusätzlich wurde abschließend auch die Sicht der Patienten sowie von deren Angehörigen auf das Projekt dargestellt.

Mit Beginn der Pilotierungsphase fand Ende 2020 die erste Erhebungswelle unter den Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten Krankenhäuser statt. Die einzelnen Befragungsergebnisse sind im Evaluationsbericht dargestellt.

Die Ergebnisse zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Vor Start der Intervention waren die Krankenhäuser zum Großteil nicht auf die Versorgung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen eingerichtet. Die Beschäftigten hielten aber die Einführung entsprechender Maßnahmen weit überwiegend für sinnvoll und waren offen gegenüber Veränderungen. Mit der Schulung zur Vorbereitung auf ihre Aufgaben im Projekt waren die teilnehmenden IdA-Fachkräfte durchgängig (sehr) zufrieden. Insbesondere die Bewertung der Referierenden fiel positiv aus. Die IdA-Maßnahmen ließen sich weitgehend gut in den Krankenhäusern einführen. Auch empfanden die IdA-Fachkräfte zumeist die IdA-Prozesse, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten als gut geregelt. Häufiger fehlte es allerdings einigen der Befragten an für sie wichtigen Informationen. Ebenfalls überwiegend positiv wurde die Zusammenarbeit im Projekt bewertet, insbesondere im IdA-Team und mit den übrigen an der Versorgung der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen befassten

Kollegen. Kritischer wurden die Absprachen mit der ambulanten Versorgung und mit dem internen ärztlichen Personal eingeschätzt. Im Projektverlauf zeigt sich hinsichtlich der Mehrzahl der Aspekte der Zusammenarbeit eine Entwicklung hin zu einer positiveren Bewertung. Allerdings ist in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der ambulanten Versorgung zum Projektende hin noch eine weitere Verschlechterung festzustellen. Dies kann mit den pandemiebedingten Kontaktverboten erklärt werden, die eine persönliche Bekanntmachung des Projektes durch Aufsuchen der ambulanten Praxen weitestgehend verhindert haben. Die Umsetzung der meisten einzelnen IdA-Maßnahmen funktionierte aus Sicht der IdA-Fachkräfte gut. Durchgängig hat sich die Bewertung der Umsetzbarkeit der Maßnahmen zum Ende des Projekts verbessert. Eine Ausnahme davon bildeten die auf die Angehörigen und auf Gruppen von Patienten bezogenen Maßnahmen. Auch hier kann die Coronapandemie als Erklärung hinzugezogen werden, die zum einen ursächlich für Besuchsverbote der Angehörigen war und somit die Möglichkeit zur Durchführung von Angehörigenschulungen und -beratungen minderte. Zum anderen durften Patienten verschiedener Stationen aufgrund der erhöhten Ansteckungsgefahr nicht in einer Gruppe betreut werden. Insgesamt wird dem Projekt bescheinigt, dass die Situation der Patienten verbessert und deren Versorgung erleichtert werden konnte. Skeptischer wird der Effekt bezogen auf die Zusammenarbeit auf den Stationen und insbesondere bezogen auf das Zusammenwirken mit der ambulanten Versorgung beurteilt. Dies ist mit einem pandemiebedingt erhöhten Arbeitsaufkommen sowohl auf den Stationen als auch in den Arztpraxen sowie mit der allgemeinen Problematik interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit zu erklären. Die (potenzielle) Wirkung der einzelnen IdA-Maßnahmen wird ausnahmslos sehr positiv bewertet. Allerdings kamen einige IdA-Maßnahmen weniger zum Tragen, da sie in den Krankenhäusern nur begrenzt eingeführt wurden oder nicht zuletzt wegen der Corona-Kontaktbeschränkungen gar nicht möglich waren. Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhausmitarbeitenden mit Verlauf und Wirkungen des Projekts weit überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden. Nicht verwunderlich ist es deshalb, dass eine Fortführung der IdA-Maßnahmen über das Projektende hinaus auf große Befürwortung stößt. Auch die Patienten sowie deren Angehörige bewerten das Projekt und die einzelnen IdA-Maßnahmen – soweit sie davon betroffen waren bzw. daran teilnehmen konnten - sehr positiv.

Die einzelnen Befragungsergebnisse sind im Evaluationsbericht dargestellt.

6.2.4 Dose – Dosis: Wurde die Intervention wie geplant umgesetzt?

Im Rahmen von Vor-Ort-Begehungen wurde an den Interventionsstandorten die Umsetzung von demenzgerechten Anpassungen begutachtet. Die Begehungen fanden durch den Evaluator zusammen mit den Projektbeauftragten der jeweiligen Standorte statt.

Hinsichtlich der Demenzorientierung im Krankenhaus gaben die Projektbeauftragten an, dass lediglich an einem Standort bereits vor dem IdA-Projekt unterstützende Maßnahmen wie etwa eine farbliche Gestaltung zur besseren Orientierung umgesetzt waren.

Mit der Einführung des IdA-Projektes wurden an den fünf Standorten demenzsensible Elemente integriert. Hierzu zählten: ein Bebilderungskonzept auf den Stationen, große Wanduhren und Kalender sowie Nachtlichter. Zusätzliches Material zur Biografiearbeit ließ sich an keinem der Standorte finden, jedoch wurden die Angehörigen angeregt, persönliche Gegenstände der Patienten mitzubringen. Eine individuelle Farbgestaltung der Stationen konnte dagegen nur teilweise bis gar nicht umgesetzt werden. Als Gründe wurden während der Begehungen u. a. Vorgaben der Krankenhausträger genannt. Ebenso schwierig war die Einrichtung von gemütlichen Ecken bzw. stillen Zonen auf den Stationen, die zwei Standorte umsetzen konnten, an einem Standort waren diese Bereiche teilweise vorhanden. Auch das Aufstellen von Mobiliar entlang der Gänge als Möglichkeit zum Ausruhen und Stützen war aufgrund von Brandschutz- und Hygieneauflagen nur bedingt möglich, ebenso wie das Einrichten von Erlebnisstrecken (Bilder, Gedichte etc. an den Wänden).

Die Begehungen beinhalteten neben der Begutachtung demenzgerechter Elemente auch die Sicherheit der Stationen zur Prophylaxe von Stürzen. Demnach waren alle Stationen der Interventionskliniken mit Handläufen ausgestattet und ebenerdig und die Möbel in den Zimmern waren barrierefrei angeordnet. An vier Standorten befanden sich bequeme Sitzgelegenheiten am Fenster des Patientenzimmers. Die Waschräume der Patientenzimmer waren hingegen nicht regelhaft behindertengerecht gestaltet.

Im Rahmen des IdA-Projektes war zudem die Einrichtung eines Tagesraumes zur Durchführung von Gruppenangeboten geplant. Zwar wurde hierfür mindestens ein Raum pro Standort zumeist mit Nähe zu einer IdA-Station zur Verfügung gestellt, jedoch fanden pandemiebedingt nur vereinzelt Gruppenbetreuungen statt (siehe Kap. 4.6.15). Die Gruppenräume bzw. -nischen waren in drei von fünf Fällen farblich einladend gestaltet. Zudem enthielten sie bequemes Mobiliar sowie Orientierungshilfen (Uhr, Kalender) und dank der bereitgestellten Funktionswagen ausreichend Übungsmaterial für unterschiedlich stark kognitiv eingeschränkte Patienten. Hierzu zählten Materialien zur Aktivierung und Entspannung sowie Biografiearbeit, Bastelmaterial, Bücher und Rätsel, diverse Spiele sowie Hör- und Lesehilfen. Mithilfe einer zuvor ausgearbeiteten Liste im Begehungsprotokoll wurden die Wagen auf Vollständigkeit überprüft. Im Ergebnis standen an allen Standorten genügend Materialien zur Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen zur Verfügung.

Zusätzlich zu den durch das Projekt bereitgestellten Materialien wurden die Funktionswagen mit zum Teil von der Tagesbegleitung eigens erstellten Materialien ergänzt. Hierzu zählten z. B. Karten mit unterschiedlichen Motiven zu Themen wie Tiere und Hobbys zur Anregung von Erinnerungen der Patienten, über die mit den Tagesbegleitern gesprochen werden kann.

Durch den Evaluator wurde ebenfalls erhoben, wie die Fristen zum Einholen der Einwilligungserklärungen, zum Erstellen, Abstimmen und Anpassen der Maßnahmenpläne und Inanspruchnahmen einzelner Maßnahmen (Einzelbetreuungen, Gruppenbetreuungen, Konsile) umgesetzt wurden.

Im Ergebnis konnte die projektinterne Vorgabe des Einholens der Einwilligungserklärung sowie der Erstellung des Maßnahmenplanes innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme des Patienten in mehr als 99,9% (Einwilligungserklärung) bzw. 97,2% (Erstellung des Maßnahmenplanes) umgesetzt werden. Eine Abstimmung des Maßnahmenplanes mit der fallführenden Ärztin bzw. dem fallführenden Arzt fand nur in knapp der Hälfte der IdA-Fälle statt. Einzelbetreuungen fanden in nahezu allen Fällen statt, Gruppenbetreuungen, Angehörigenberatungen und Konsile kamen hingegen nur in wenigen Fällen zur Anwendung (vgl. Evaluationsbericht).

Die im Zuge der Pandemie wirksamen Kontaktbeschränkungen erklären ferner, dass die Beratung von Angehörigen nur für einen geringen Anteil von Patienten im IdA-Portal dokumentiert ist: Für 14,2 Prozent bzw. 240 Fälle ITT (entspricht 184 Fällen PP). Das in der ursprünglichen Konzeption vorgesehene Angebot einer strukturierten Angehörigenschulung konnte aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen nur an einem der Standorte einmal umgesetzt werden. Von der IdA-Maßnahme „Einholung eines geriatrischen und/oder neurologischen und/oder psychiatrischen und/oder pharmakologischen Konsils“ wurde von Standort zu Standort in sehr unterschiedlicher Intensität Gebrauch gemacht. An zwei Standorten kam diese Maßnahme praktisch nicht zum Einsatz. Einen ersten Erklärungsansatz bilden pandemiebedingte Einschränkungen zur Eingrenzung des Infektionsrisikos, einen weiteren bildet die Verfügbarkeit respektive die fehlende Verfügbarkeit von fachlichen Spezialisten vor Ort. Im Anschluss an Ergebnisse der Befragungen bildet die fehlende Akzeptanz dieser Maßnahme seitens der jeweils verantwortlichen Ärzte einen weiteren Erklärungsansatz.

Insgesamt wurden im IdA-Projekt für alle Fälle ITT 10.513 Tage mit Einzelbetreuung dokumentiert, entsprechend einem Anteil von 83 Prozent der Tage mit IdA-spezifischer Versorgung pro Fall ITT. Dieser Anteil differiert mit Werten zwischen 81 Prozent und 85

Prozent nur wenig zwischen den Standorten. Insgesamt gilt dabei, dass der Anteilswert bei Fällen mit kurzer Verweildauer über dem Mittelwert liegt und mit der Dauer des Aufenthaltes abnimmt. Pandemiebedingt wurden für Fälle ITT insgesamt nur 399 Tage mit Gruppenbetreuung dokumentiert, entsprechend einem mittleren Anteil von drei Prozent IdA-Tagen pro Fall ITT.

Bedingt durch die in den Krankenhäusern aufgrund der Pandemie umgesetzten Zugangs- und Kontaktbeschränkungen sowie Hygienemaßnahmen konnte die vorgesehene stationsübergreifende Gruppenbetreuung in den dafür ausgestatteten Gruppenräumen nicht durchgeführt werden. In der Folge hat die Einzelbetreuung stark an Bedeutung gewonnen und wurde– trotz bestehender Erschwernisse durch das erforderliche Tragen von Schutzmasken, -brillen und -kleidung und ständiger Desinfektion - auch intensiv eingesetzt. Den Dokumentationen im IdA-Portal folgend fand ein kontinuierlicher fallbezogener Austausch zwischen IdA-Fachkräften und Pflegepersonal statt. Berücksichtigt man die Ergebnisse nachträglicher Klärungen, haben interdisziplinäre Fallbesprechungen im Sinne eines fallbezogenen Austausches der IdA-Fachkräfte mit mehr als einer an der Versorgung beteiligten Berufsgruppe nur in wenigen Fällen stattgefunden. Für 22 Prozent aller Fälle PP ist keine Überleitung ins Entlassmanagement dokumentiert. Auch hier fällt auf, dass ein Austausch mit den fallführenden Ärzten im Zuge der Entlassung in nur sehr wenigen Fällen stattgefunden hat. Bedingt durch die Pandemie kamen die IdA-Maßnahmen Angehörigenberatung und -schulung praktisch nicht zum Tragen. Das Angebot, Beratungen und Schulungen alternativ online durchzuführen, fand bei den Angehörigen keine nennenswerte Resonanz. Der Austausch mit den Weiterbehandelnden hat sich im Wesentlichen auf die Übermittlung des IdA-Berichtes beschränkt. Ein weiterführender Austausch hat nur in Ausnahmefällen stattgefunden.

Weitere Ergebnisse zu Häufigkeiten und Verteilungen der planmäßigen Umsetzung einzelner Maßnahmen (Betreuungen, Konsile, Fallbesprechungen, Überleitungen etc.) finden sich im Evaluationsbericht.

6.3 Ergebnisevaluation

Für das Evaluationsdesign wurde ursprünglich davon ausgegangen, dass Interventions- und Kontrollgruppe die gleiche Morbidität aufweisen und somit direkt miteinander vergleichbar sind. In diesem Fall hätte ein einfacher Gruppenvergleich ausgereicht, um Effekte zu messen.²

Dadurch bedingt, dass in den Kontrollhäusern systematisch weniger gesundheitlich beeinträchtigte Patientinnen und Patienten als in der Interventionskrankenhäusern rekrutiert wurden, wäre ein einfacher, direkter Vergleich irreführend bzw. von vornherein verzerrt, da die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereinweisung bei Personen mit größerer Krankheitslast (Morbidität) höher ist als bei „gesünderen“ Personen, oder umgekehrt die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereinweisung bei Personen mit geringer Morbidität niedriger liegt als bei Personen mit hoher Morbidität.

Diese Verzerrung muss deshalb statistisch berücksichtigt werden. Wenn sich die Morbidität der Patientinnen und Patienten mit Messgrößen beschreiben lässt, die im Laufe der Untersuchung erhoben wurden, dann ist es in einem statistischen Modell möglich, diese Verzerrung zu berücksichtigen. Innerhalb dieses statistischen Modells ist es dann auch möglich, als weiteren Faktor mit möglichem Einfluss auf die Endpunkte zu betrachten, ob ein Patient ein IdA-Patient war, oder nicht.

² Dies kann am Beispiel des primären Endpunkts illustriert werden: Eine Person kann in einem betrachteten Zeitraum wiedereingewiesen werden oder auch nicht. Wiedereinweisungen sind somit per Definition binomialverteilt, so dass die Varianz direkt aus dem Mittelwert berechnet werden kann.

Um Fehlinterpretationen auszuschließen, die resultieren, wenn ein Modell mit vielen Variablen verwendet wird, die aber miteinander korreliert sind, wurde für die weiteren Berechnungen eine robuste Analyse mit wenigen Variablen genutzt.³ Die aufgenommenen Variablen sollten einen theoretisch plausiblen Einfluss auf die Zielgröße haben. Idealerweise werden auch möglichst identische Variablen für die Beschreibung aller Endpunkte verwendet. Folgende erklärende Variablen genügen diesen Anforderungen:

- Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe versus Zugehörigkeit zur Kontrollgruppe
- Selbstständigkeit gemäß Barthel-Index
- kognitive Beeinträchtigung gemäß MMST
- Pflegegrad
- Krankenhausfälle in den sechs Monaten vor Aufnahme des Index-Falls
- Alter
- Geschlecht

Die Wahl der Variable „Krankenhausfälle in den sechs Monaten vor Aufnahme des Index-Falls“ bedingt, dass bei der Analyse von Effekten der nVF auf Endpunkte Fälle nicht einbezogen werden können, für die diese Information nicht vorliegt. Bedingt durch Datenverluste bei einer Krankenkasse konnten nicht für alle Fälle Daten bereitgestellt werden. In allen Berechnungen zu den Effekten der nVF auf Endpunkte in der Kontrollgruppe konnten deshalb „nur“ 925 Fälle PP in der Interventionsgruppe und 475 Fälle PP in der Kontrollgruppe berücksichtigt werden.

Zur Modellierung wurde die Software INLA verwendet. INLA steht für integrated nested Laplace approximations. Hierbei handelt es sich um ein bayessches Verfahren zur Berechnung von Marginalwahrscheinlichkeiten. Im Gegensatz zu Berechnungen, die auf MCMC-Verfahren (Markow-Chain-Monte-Carlo) beruhen, liegt der Fokus nicht auf der Schätzung einer hochgradig multivariaten, gemeinsamen Verteilung der Eingangsdaten, sondern auf der Schätzung sog. Marginalwahrscheinlichkeiten. Dabei wird angenommen, dass sich die betrachteten Variablen als Gaußsches-Markow-Zufallsfeld beschreiben lassen. Durch diese Annahme kann der Aufwand zur Bestimmung der Marginalwahrscheinlichkeiten erheblich reduziert werden, so dass die Rechenzeit zur Bestimmung der Modelle von Tagen oder Stunden auf Minuten oder Sekunden reduziert werden kann. Gleichzeitig bleibt aber die Flexibilität von bayesschen Verfahren bestehen, so dass zusätzliches Wissen zu den betrachteten Variablen leicht in die Modelle integriert werden kann.

Es wird grundsätzlich in allen Modellen angenommen, dass es personenspezifische Effekte auf die Ausgaben existieren, die nicht durch die betrachteten Variablen abgedeckt werden können. Für diese Effekte wird angenommen, dass sie unabhängig von den betrachteten

³ Bei der statistischen Modellierung der Endpunkte ist zu beachten, dass viele erklärende Variablen zwar zu einer besseren Vorhersagegenauigkeit eines Modells führen, miteinander korrelierte erklärende Variablen dagegen dazu, dass Berechnungsergebnisse nicht mehr interpretiert werden können. Wenn erklärende Variablen miteinander korrelieren, dann teilt ein Modell die Vorhersagekraft der einzelnen Variablen auf. Dabei ist es zu einem Teil zufällig, welcher dieser Variablen welche Vorhersagekraft zugeschrieben wird. Zusätzlich sind erhobene Variablen oft Manifestationen latenter Variablen, die nicht direkt gemessen werden können. Zwei korrelierte erklärende Variablen könnten durch die gleiche latente Variable bedingt werden. Beispielsweise können verschiedene Tests zur Ermittlung der kognitiven Leistungsfähigkeit erhoben werden. Wenn die kognitive Leistungsfähigkeit mit der Zielgröße (hier die Wiedereinweisungsrate) signifikant korreliert ist, dann wird ein Test, mit dem die kognitive Leistungsfähigkeit gemessen wird, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch signifikant mit der Zielgröße korreliert sein. Wenn noch ein zweiter Test zur Ermittlung der kognitiven Leistungsfähigkeit verwendet wird, z. B. weil er auch teilweise andere Aspekte misst, dann wird das gesamte Modell (Test 1 + Test 2 = Zielgröße) besser als jedes Teilmodell (Test 1 = Zielgröße; Test 2 = Zielgröße). Allerdings sinkt die Erklärungskraft der einzelnen Tests auf die Zielgröße. Durch die Korrelation von Test 1 und Test 2 kann es passieren, dass der Einfluss der einzelnen Tests auf die Zielgröße im gesamten Modell nicht mehr signifikant ist.

Variablen und zufällig verteilt sind. Diese Effekte werden als „iid“ (independent and identically distributed random effects) in die Modellierung aufgenommen. Wenn ein Modell unterspezifiziert ist, das heißt, wenn ein Modell nicht alle Variablen erfasst, die für ein beobachtetes Ergebnis relevant sind, dann ist die empirische Varianz häufig größer als die modellierte Varianz (Überdispersion). Die Aufnahme eines iid-Effekts auf der Ebene einzelner Beobachtungseinheiten (Individuen) verringert diesen Effekt. Die Ausprägung des iid-Effekts wird nicht berichtet, da sie für keine hier betrachtete Fragestellung relevant ist. Weitere Spezifikationen der Modelle werden bei der Vorstellung der Ergebnisse dargestellt.

6.3.1 Primärer Endpunkt: Reduzierung der Wiedereinweisungsrate

Die Reduzierung der Wiedereinweisungsrate bildete den *primären Endpunkt*. Angestrebt wurde eine Reduzierung erneuter stationärer Krankenhausaufenthalte in einem Zeitraum von sechs Monaten nach Abschluss des Aufenthaltes mit IdA-Versorgung um zehn Prozent. Operationalisiert wird die Überprüfung über einen Vergleich der Wiedereinweisungsraten von Interventions- und Kontrollgruppe.

Eine einfache Zählung der Wiedereinweisungen wäre irreführend, da ein Patient auch versterben kann und nach dem Versterben trivialerweise eine erneute Krankenhausbehandlung ausgeschlossen ist. Diesem Umstand wird mit Survival-Analysen begegnet. In Survival-Analysen wird die Zielgröße auf einer kontinuierlichen Zeitachse betrachtet. Dabei wird für jeden Zeitpunkt für die noch beobachtbare Population kontrolliert (Zensurereignisse). Im Unterschied zur klassischen Survival-Analyse ist das Versterben hier ein Zensurereignis und nicht das Zielereignis. Andere Zensurereignisse, wie z. B. der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse und ein daraus resultierender Datenverlust, sind in der hier betrachteten Population nicht relevant.

Wiedereinweisungen ins Krankenhaus folgen einer log-logistischen Verteilung.⁴ Das heißt, dass sie sich direkt in einer parametrischen Survival-Analyse beschreiben lassen.⁵

Bedingung für unverzerrte Ergebnisse für den primären Endpunkt im Rahmen einer Survival-Analyse ist, dass das Zielereignis – Wiedereinweisung ins Krankenhaus – und mögliche Zensurereignisse voneinander unabhängig sind. Zensurereignisse sind Ereignisse, die die weitere Beobachtung unmöglich machen. Vorliegend bildet das Versterben innerhalb des Beobachtungszeitraumes ein solches Zensurereignis, denn das Ereignis „Wiedereinweisung“ ist ausgeschlossen, nachdem eine Person im Beobachtungszeitraum bereits verstorben ist. Aus statistischer Sicht stellt diese Besonderheit einen systematischen Fehler dar, der korrigiert werden muss, um unverzerrte Ergebnisse zu erhalten. Um den Zeitpunkt des Versterbens können viele Konstellationen zu erhöhten oder auch verminderten Krankenhausaufenthalten führen. Solange diese Gründe sich tendenziell gegenseitig aufheben, sind die Konsequenzen für die statistischen Analysen vernachlässigbar. Nach dem Tod besteht jedoch keine Möglichkeit mehr ins Krankenhaus aufgenommen zu werden. Ohne Korrektur würde die Analyse fehlerhafte Daten im Sinne zu langer Zeiten bis zur Wiedereinweisung unterstellen. Je mehr Personen in einer Gruppe versterben, desto länger wären die in der Analyse angenommenen Zeiten bis zur Wiedereinweisung für diese Gruppe. Versterben würde also zu einem fälschlich positiven Effekt auf die Wiedereinweisungsrate führen. Die Korrektur dieses Fehlers erfolgt durch die Aufnahme einer zweiten Wahrscheinlichkeit in die Analyse. Die zweite Wahrscheinlichkeit modelliert das Zensurereignis, hier die Zeit bis zum Versterben. Es wird also für jede Person die Wahrscheinlichkeit, in der Beobachtungszeit zu versterben sowie

⁴ Form und Art der Verteilung hängen allein von den abhängigen Variablen ab. Erklärende Variablen haben Einfluss auf den Mittelwert der Verteilung, nicht aber auf deren Form.

⁵ Eine parametrische Survival-Analyse hat aus statistischer Sicht den Vorteil, dass sie sich so formulieren lässt, dass sie sich auch mit weiteren Modellen kombinieren lässt.

die Zeit bis zur Wiedereinweisung geschätzt. Sollte die Person versterben, ist kein weiterer Krankenhausfall nach dem Tod möglich. Da das Zensurereignis mit den erklärenden Variablen korreliert ist, kann in der Analyse für dieses Ereignis adjustiert werden. Im Ergebnis wird so der systematische Fehler durch Versterben minimiert.

Die folgende Tabelle gibt zunächst die über eine logistische Regression ermittelten Ergebnisse zur Modellierung des mit dem primären Endpunkt korrelierten Zensurereignis „Versterben im Beobachtungszeitraum“ wieder. Ausgewiesen werden für jede Variable der Mittelwert, die Standardabweichung sowie die untere und die obere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls. In der letzten Spalte wird jeweils der p-Wert ausgewiesen. Bei p-Werten $< 0,05$ ist die Wirkung der Variable auf die Zielgröße mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter fünf Prozent statistisch signifikant. Signifikante Ergebnisse sind zusätzlich mit einem Stern gekennzeichnet. p-Werte, die kleiner als 0,001 sind, werden mit $< 0,001$ ausgewiesen.

Von den erklärenden Variablen hat die Variable „Dauer bis zum Zensurereignis“ den größten Einfluss auf das Zensurereignis. Am negativen Vorzeichen des Mittelwerts kann abgelesen werden, dass die Wahrscheinlichkeit, im Beobachtungszeitraum zu versterben, kurz nach der Beendigung des Index-Falls höher ist als in größerer zeitlicher Distanz zum Index-Fall. Dieser Zusammenhang wird in der Survival-Analyse zum primären Endpunkt im Sinne eines „Korrekturfaktors“ berücksichtigt, um den ansonsten aus der fehlenden Berücksichtigung des Zensurereignisses „Versterben im Beobachtungszeitraum“ resultierenden systematischen Fehler zu minimieren. Die Ergebnisse der parametrischen Survival-Analyse mit einer log-logistischen Überlebensfunktion zeigt

Tabelle 11. Sensitivitätsanalysen für das gewählte statistische Modell finden sich im Anhang zum Evaluationsbericht.

Tabelle 10: Ergebnisse zum Zensurereignis Versterben im Beobachtungszeitraum

Variable	Mittelwert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	0,069	0,138	-0,201	0,34	0,653
Dauer bis zum Zensurereignis	-1,21	0,069	-1,344	-1,081	$< 0,001^*$
Interventionsgruppe	0,016	0,021	-0,026	0,058	0,489
Barthel-Index	-0,001	0	-0,001	0	0,087
MMST-Score	-0,001	0,001	-0,004	0,002	0,392
Pflegegrad	0,059	0,006	0,047	0,072	$< 0,001^*$
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	-0,018	0,01	-0,038	0,002	0,095
Alter	0,005	0,002	0,002	0,008	$< 0,001^*$
Geschlecht (w)	-0,02	0,02	-0,058	0,019	0,304

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Tabelle 11: Ergebnisse der Survival-Analyse für den Primären Endpunkt „Wiedereinweisungsrate“

Variable	Gewicht	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	-2,788	0,805	-4,37	-1,213	0,001*
Interventionsgruppe	0,386	0,123	0,144	0,628	0,002*
Barthel-Index	0,002	0,002	-0,002	0,007	0,326
MMST-Score	0,003	0,008	-0,013	0,019	0,733
Pflegegrad	-0,091	0,036	-0,163	-0,02	0,011*
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	-0,331	0,056	-0,441	-0,221	< 0,001*
Alter	0,021	0,009	0,003	0,039	0,02*
Geschlecht (w)	0,094	0,113	-0,128	0,315	0,409

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Das positive Vorzeichen bei dem für die erklärende Variable *Interventionsgruppe* ausgewiesenen Gewicht von 0,386 weist einen positiven Zusammenhang zwischen Interventionsgruppenzugehörigkeit und der abhängigen Variable *Zeit bis zur Wiedereinweisung* aus, entsprechend einer längeren Dauer bis zur Wiedereinweisung in der Interventionsgruppe.

Anders formuliert ist – unter Berücksichtigung aller anderen erklärenden Variablen – die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Krankenhausaufenthaltes in den beobachteten sechs Folgemonaten in der Interventionsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe. Diese geringere Wahrscheinlichkeit ist statistisch signifikant ($p = 0,002$). Das Konfidenzintervall reicht von 0,144 bis 0,628, die Standardabweichung beträgt 0,123.

Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Krankenhausaufenthaltes in den sechs Monaten nach dem Index-Fall ist ferner signifikant erhöht, wenn in den sechs Monaten vor dem Index-Fall ein Krankenhausaufenthalt vorlag ($p < 0,001$). Auch der Pflegegrad nimmt signifikant auf die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Krankenhausaufenthaltes in den sechs Monaten nach dem Index-Fall Einfluss ($p = 0,011$).

Überträgt man unter Adjustierung für die erklärenden Variablen die (mittlere) Wiedereinweisungsrate der Kontrollgruppe auf die Interventionsgruppe, erhält man den Erwartungswert für die Interventionsgruppe, also diejenige Wiedereinweisungsrate, die zu erwarten wäre, wenn die über die Ausprägungen der erklärenden Variablen abgebildete Morbiditätslast in der Interventionsgruppe der Morbiditätslast in der Kontrollgruppe entsprechen würde. Setzt man den Ist-Wert der Wiedereinweisungsrate der Interventionsgruppe von 0,4245051 ins Verhältnis zu diesem erwarteten Wert von 0,4878538 ergibt sich die predictive ratio (PR) mit einem Wert von 87,01 Prozent. Die Differenz zu 100 Prozent ergibt **eine im Vergleich zur Kontrollgruppe um 12,99 Prozent niedrigere Wiedereinweisungsrate**. Dieser Unterschied ist – wie beschrieben – dem ausgewiesenen Ergebnis der Survival-Analyse folgend **statistisch signifikant**.

Das angestrebte Ergebnis einer Verminderung der Rate um zehn Prozent wurde somit um knapp drei Prozentpunkte übertroffen, der primäre Endpunkt somit erreicht.⁶

⁶ Als Zielwert für den primären Endpunkt wurde eine Reduktion der Wiedereinweisungsrate von zehn Prozent festgelegt. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent und einer Power von 90 Prozent wäre pro betrachteter Gruppe ein n von 1.142 Personen notwendig gewesen. Tatsächlich gemessen wurde eine Reduktion von 12,99 Prozent. Relativ gesehen ist dieser Effekt um 30 Prozent höher als a priori angenommen. Aus diesem

6.3.2 Sekundäre Endpunkte

Senkung der Delirrate

Die Senkung der Delirrate bildet einen der *sekundären Endpunkte* der nVF. Angestrebt wurde eine Senkung der Delirinzidenz (der Rate der während des Krankenhausaufenthaltes entwickelten Delire) um 40 Prozent. Operationalisiert wird diese Zielsetzung über einen Vergleich der Delirinzidenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Die Delirrate liegt in der Interventionsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe. Der Unterschied ist bei einem Konfidenzintervall mit der unteren Grenze bei -0,18 und der oberen Grenze bei -0,039 statistisch signifikant ($p = 0,002$). Die Standardabweichung beträgt 0,036.

Der univariate Gruppenvergleich (t-Test) vor Berücksichtigung der erklärenden Variablen ergibt einen nicht signifikanten Unterschied ($t = 1,01$; $p = 0,312$).

Tabelle 12: Ergebnisse des sekundären Endpunktes „Senkung der Delirrate“

Variable	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	-0,15	0,237	-0,615	0,314	0,525
Verweildauer	0,014	0,002	0,01	0,019	< 0,001*
Interventionsgruppe	-0,11	0,036	-0,18	-0,039	0,002*
Barthel-Index	0	0,001	-0,001	0,001	0,952
MMST-Score	-0,006	0,002	-0,01	-0,001	0,014*
Pflegegrad	0,014	0,011	-0,007	0,035	0,197
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	0,004	0,017	-0,029	0,037	0,815
Alter	0,002	0,003	-0,003	0,007	0,454
Geschlecht (W)	-0,004	0,033	-0,069	0,061	0,899

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Analog zu den Berechnungen für den primären Endpunkt wurde zusätzlich zu dem IST-Wert der über Tage mit dokumentiertem Delir berechneten Delirrate in der Interventionsgruppe von einem Prozent ein Erwartungswert für die Delirrate von zwei Prozent berechnet. Die predictive ratio beträgt gerundet 53 Prozent, d. h. im Vergleich zur Kontrollgruppe ergibt sich **eine um rund 47 Prozent niedrigere Delirrate** in der Interventionsgruppe.

Damit wurde auch hier die Zielgröße einer Verringerung um 40 Prozent um sieben Prozentpunkte übertroffen.

Reduktion der inadäquaten Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepinen

Die Reduktion der inadäquaten Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepinen bildet einen weiteren *sekundären Endpunkt* der Intervention. Es sollte eine Reduktion um 20 Prozent erreicht werden. Operationalisiert wird dies über die Anzahl der Tage mit potenziell inadäquater Medikation (PIM).

Grund war das realisierte n in der Interventionsgruppe von 925 Personen und das realisierte n in der Kontrollgruppe von 475 Personen ausreichend, um bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent eine Power von 91 Prozent zu erreichen.

Der univariate Gruppenvergleich (t-Test) vor Berücksichtigung der erklärenden Variablen ergibt einen nicht signifikanten Unterschied ($t = 1,502$; $p = 0,134$).

Tabelle 13: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Reduktion potenziell inadäquater Gabe von Benzodiazepinen und Neuroleptika (PIM)

Variable	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	-1,768	1,337	-4,389	0,854	0,185
Verweildauer	0,014	0,014	-0,013	0,041	0,294
Interventionsgruppe	-0,584	0,206	-0,988	-0,181	0,004*
Barthel-Index	-0,005	0,004	-0,013	0,003	0,21
MMST-Score	-0,006	0,014	-0,033	0,022	0,675
Pflegegrad	0,111	0,065	-0,016	0,239	0,087
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	-0,132	0,095	-0,318	0,055	0,166
Alter	0,026	0,015	-0,003	0,056	0,081
Geschlecht (W)	0,117	0,188	-0,252	0,485	0,533

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Mit einem Wertebereich des Konfidenzintervalls von 0,181 bis 0,988 ist allein der Einfluss der erklärenden Variable Kontrollgruppenzugehörigkeit bei einer Standardabweichung von 0,206 signifikant ($p = 0,004$). Das negative Vorzeichen des Mittelwerts weist aus, dass die Wahrscheinlichkeit eines Tages mit potenziell inadäquater Medikation in der Kontrollgruppe niedriger ist als in der Interventionsgruppe.

Der Anteilswert für die Tage mit potenziell inadäquater Medikation beträgt in der Interventionsgruppe knapp drei Prozent und der berechnete (adjustierte) Erwartungswert beträgt knapp fünf Prozent. Die predictive ratio beträgt gerundet 52 Prozent, d. h. im Vergleich zur Kontrollgruppe ergibt sich **eine um rund 48 Prozent niedrigere Rate der Tage mit potenziell inadäquater Medikation in der Interventionsgruppe.**

Damit wurde die Zielgröße einer Verringerung um 20 Prozent um 28 Prozentpunkte übertroffen.

Reduktion der Verweildauer

Die IdA-spezifische Versorgung sollte des Weiteren zu einer Senkung der Verweildauer um 15 Prozent führen. Operationalisiert wird diese Zielgröße über den Vergleich der Unterschiede zwischen der mittleren Verweildauer des Index-Falles und der mittleren Verweildauer der Krankenhausfälle in den sechs Monaten vor dem Datum des Beginns des Index-Falles in der Interventions- und in der Kontrollgruppe.

Auf eine multivariate Analyse kann verzichtet werden, weil die Berücksichtigung der Morbidität für jede einzelne Person über die Dauer der vorangegangenen Krankenhausfälle erfolgt (Within-Subjects-Design).

Wie Abbildung 5 ausweist, ist die durchschnittliche Verweildauer pro Krankenhausfall in der Interventionsgruppe von 10,5 Tagen vor dem Index-Fall auf 10,3 Tage beim Index-Fall zurückgegangen, entsprechend einem Rückgang um 1,9 Prozent, und in der Kontrollgruppe von 8,1 Tagen auf 9,3 Tage angestiegen, entsprechend einem Zuwachs um 14,2 Prozent. Das entspricht einem Unterschied von 16,1 Prozentpunkten zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe. Der Unterschied ist statistisch signifikant.

Die statistische Prüfung erfolgte durch Bootstrapping. In einer Simulation mit 10.000 Wiederholungen wurden die Verteilungsparameter der Falldauern vor und bei Index-Aufenthalt bestimmt. Das 20%-Quantil – entsprechend einer Power von 80 Prozent – der Kontrollgruppe liegt bei einer Verlängerung der Verweildauer um 7,1 Prozent. Das 95 %-Quantil in der Interventionsgruppe liegt bei einer Verlängerung der Verweildauer mit 6,1 Prozent niedriger als das 20 %-Quantil in der Kontrollgruppe. Der Unterschied in der Verweildauer eines Krankenhausaufenthaltes vor dem Index-Fall und der Verweildauer des Index-Falles zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ist somit statistisch signifikant ($p = 0,035$).

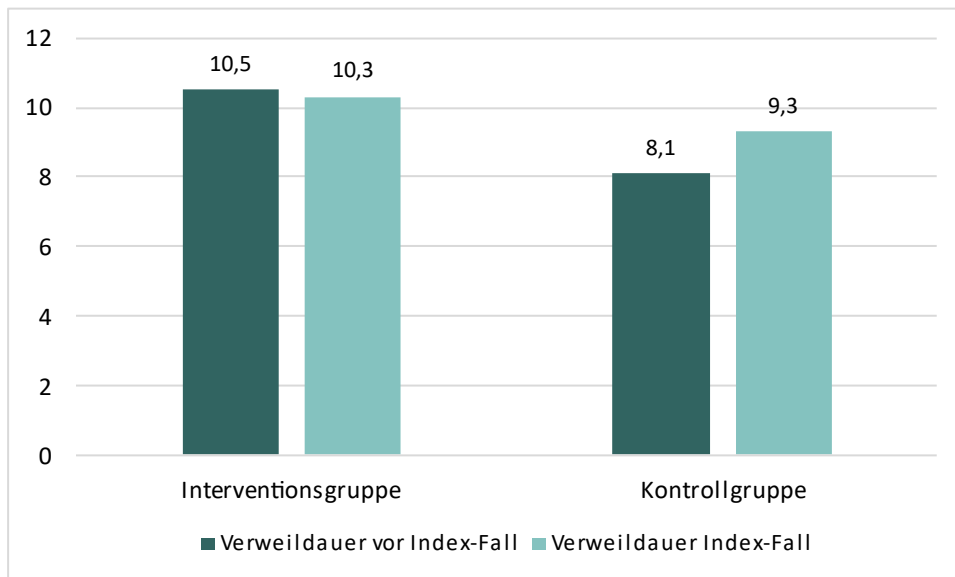


Abbildung 5: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Verweildauerreduktion

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Vermeidung dauerhafter Institutionalisierung (stationäre Pflege)

Der Begriff Institutionalisierung bezeichnet die dauerhafte Aufnahme in die stationäre Pflege. Die folgende Tabelle weist für Fälle ITT in der Interventions- und in der Kontrollgruppe zunächst die Fallzahlen für Patientinnen und Patienten gesamt aus, für die Informationen zur Pflege nach dem SGB XI vor und nach dem Index-Aufenthalt vorlagen. Zu beachten ist hier, dass bedingt durch Datenverluste bei einer Krankenkasse die Analyse nicht alle 1.688 Fälle ITT, sondern nur 1.286 Fälle einschließt. Ausgewiesen wird des Weiteren, wie viele Fälle ITT aus der stationären Pflege aufgenommen wurden. In der Interventionsgruppe trifft dies für 385 Fälle ITT zu, entsprechend einem Anteil von knapp 30 Prozent. In der Kontrollgruppe liegt der Anteil dagegen bei nur knapp elf Prozent

Hier interessiert der Anteil der Fälle ITT mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege. Fälle ITT mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege wurden operationalisiert als Fälle ITT, für die vor ihrem Index-Krankenhausaufenthalt keine vollstationäre Pflege gem. SGB XI in den Daten der Krankenkassen dokumentiert ist, für die dann aber in einem Zeitraum von 183 Tagen ab Krankenhausentlassung eine stationäre Pflege ausgewiesen wird. Der Anteil der Anteil der Fälle ITT mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege beträgt in der Interventionsgruppe knapp 15,5 Prozent und liegt damit um 6,3 Prozentpunkte über dem Anteil in der Kontrollgruppe, der knapp 9,2 Prozent beträgt. In der Interventionsgruppe variieren die Anteilswerte zwischen den Standorten in einer Spanne von knapp 10,8 bis gut 19 Prozent. Bei deutlich niedrigeren Fallzahlen sind die Unterschiede in der Kontrollgruppe mit

Anteilswerten zwischen gut 3,1 Prozent im Minimum und gut 21,4 Prozent im Maximum deutlich stärker ausgeprägt.

Der univariate Gruppenvergleich (t-Test) vor Berücksichtigung der erklärenden Variablen ergibt einen signifikanten Unterschied ($t = 2,639$; $p = 0,008$).

Tabelle 14: Fälle ITT gesamt und nach Herkunft und Fälle ITT mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege nach Index-Aufenthalt in der Interventions- und Kontrollgruppe

	Fälle gesamt	Fälle mit Herkunft aus der stationären Pflege	Anteil Fälle mit Herkunft aus der stationären Pflege	Fälle mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege nach Index- Aufenthalt	Anteil Fälle mit erstmaligem Übergang in die stationäre Pflege nach Index- Aufenthalt
IG_ges	1.286	385	29,94 %	199	15,47 %
IG_1	340	74	21,76 %	49	14,41 %
IG_2	336	106	31,55 %	64	19,05 %
IG_3	269	80	29,74 %	29	10,78 %
IG_4	210	68	32,38 %	38	18,10 %
IG_5	131	57	43,51 %	19	14,50 %
KG_ges	621	68	10,95 %	57	9,18 %
KG_1	263	16	6,08 %	10	3,80 %
KG_2	182	23	12,64 %	22	12,09 %
KG_3	84	21	25,00 %	18	21,43 %
KG_4	28	6	21,43 %	4	14,29 %
KG_5	32	2	6,25 %	1	3,13 %
KG_6	32	0	0 %	2	6,25 %

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 1.286$, $n_{KG} = 621$)

Bedingt durch die berichteten strukturellen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lassen die Werte keine Interpretation zu, ob und wenn ja in welchem Umfang die nVF zur Vermeidung von Institutionalisierungen beigetragen hat.

Um diese Frage zu beantworten, wurde wiederum eine lineare Regression durchgeführt. Im Ergebnis der Regressionsrechnung nehmen die erklärenden Variablen Verweildauer sowie Alter bei gleichem Mittelwert von 0,006 und Wertebereichen der Konfidenzintervalle von 0,004 bis 0,008 (Verweildauer) und 0,003 bis 0,009 (Alter) signifikant Einfluss auf die Zielgröße Institutionalisierung (siehe folgende Tabelle!). Der Einfluss der Interventionsgruppenzugehörigkeit respektive der nVF auf die Zielgröße Institutionalisierung ist demgegenüber statistisch nicht signifikant ($p = 0,445$).

Tabelle 15: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Vermeidung dauerhafter Institutionalisierung

Variable	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	-0,436	0,127	-0,685	-0,187	0,001*
Verweildauer	0,006	0,001	0,004	0,008	< 0,001*
Interventionsgruppe	0,015	0,019	-0,023	0,053	0,445
Barthel-Index	0	0	-0,001	0	0,227
MMST-Score	0,001	0,001	-0,002	0,003	0,549
Pflegegrad	0,006	0,006	-0,005	0,017	0,29
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	-0,015	0,009	-0,033	0,003	0,11
Alter	0,006	0,001	0,003	0,009	< 0,001
Geschlecht (W)	0,028	0,018	-0,007	0,063	0,116

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten (nIG = 925, nKG = 475)

Der Anteil der Fälle mit anschließender Institutionalisierung beträgt in der Interventionsgruppe 13,62 Prozent und der berechnete (adjustierte) Erwartungswert beträgt 12,08 Prozent. Die predictive ratio beträgt gerundet 13 Prozent, entsprechend einer um rund 13 Prozent höheren Institutionisierungsrate in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe.

Verminderung von Stürzen

Die Reduzierung von Stürzen bildet einen weiteren *sekundären Endpunkt* der nVF. Angestrebt wurde eine Reduzierung von Stürzen während des IdA-Krankenhausaufenthaltes um 30 Prozent. Operationalisiert wird diese Zielsetzung über einen Vergleich der Sturzhäufigkeiten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die folgende Tabelle weist für die Interventionsgruppe einen Anteil der Fälle ITT mit mindestens einem Sturz von 16,41 Prozent und für die Kontrollgruppe einen um 4,58 Prozentpunkte niedrigeren Wert von 11,83 Prozent aus. Im IdA-Portal werden außerdem Stürze täglich dokumentiert. Die Anzahl der Tage ITT mit Sturz beträgt in der Interventionsgruppe 318 Tage, entsprechend einem Anteil von 1,97 Prozent aller Krankenhaustage ITT der Interventionsgruppe, und in der Kontrollgruppe 102 Tage ITT, entsprechend einem Anteil von 1,69 Prozent aller Tage ITT der Kontrollgruppe und damit einem um 0,28 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert.

Stellt man nur auf die Stürze der Fälle PP ab, beträgt der Anteil der Fälle PP mit mindestens einem Sturz in der Interventionsgruppe 13,63 Prozent und in der Kontrollgruppe 10,62 Prozent, entsprechend einem um 3,01 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert. Die Anzahl der Tage PP mit Sturz beträgt in der Interventionsgruppe 190 Tage PP, entsprechend einem Anteil von 1,64 Prozent an allen Tagen PP, und in der Kontrollgruppe 69 Tage PP und einem Anteil von 1,45 Prozent. Der Anteilswert liegt damit in der Kontrollgruppe um 0,19 Punkte niedriger.

Der univariate Gruppenvergleich (t-Test) vor Berücksichtigung der erklärenden Variablen ergibt einen nicht signifikanten Unterschied ($t = 0,702$; $p = 0,483$).

Tabelle 16: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt „Reduzierung von Stürzen“

Variable	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	0,136	0,183	-0,223	0,495	0,456
Verweildauer	0,007	0,002	0,003	0,010	< 0,001*
Interventionsgruppe	-0,003	0,028	-0,058	0,051	0,908
Barthel-Index	-0,001	0,001	-0,002	0,000	0,057
MMST-Score	-0,002	0,002	-0,006	0,002	0,261
Pflegegrad	0,003	0,008	-0,013	0,019	0,701
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	0,001	0,013	-0,024	0,027	0,918
Alter	0,001	0,002	-0,004	0,005	0,791
Geschlecht (W)	-0,007	0,026	-0,057	0,043	0,782

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Für alle Variablen zeigen sich nur geringe Einflüsse auf die Häufigkeit von Stürzen. Statistisch signifikant ist nur die Verweildauer in der Weise, dass sich die Wahrscheinlichkeit eines Sturzes mit zunehmender Verweildauer erhöht ($p < 0,001$).

Der Anteil der Tage mit Sturz beträgt in der Interventionsgruppe 1,97 Prozent und der berechnete (adjustierte) Erwartungswert beträgt 2,01 Prozent. Die predictive ratio beträgt gerundet 98 Prozent, entsprechend einer um zwei Prozent niedrigeren Sturzhäufigkeit in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe.

Das Ziel einer Reduzierung von Stürzen um 30 Prozent konnte somit nicht erreicht werden.

Vermeidung/Reduktion von herausforderndem Verhalten

Einen weiteren *sekundären Endpunkt* der nVF bildet die Reduzierung/Vermeidung von herausforderndem Verhalten. Angestrebt wurde eine Reduzierung von herausforderndem Verhalten während des IdA-Krankenhausaufenthaltes um 30 Prozent. Operationalisiert wird diese Zielsetzung über einen Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Im Projekt ergab sich für die Interventionsgruppe ein Anteil der Fälle ITT mit mindestens einmal dokumentiertem herausforderndem Verhalten von 43,78 Prozent und für die Kontrollgruppe einen um 24,86 Prozentpunkte niedrigeren Wert von 18,92 Prozent aus. Im IdA-Portal wird herausforderndes Verhalten tagesgenau dokumentiert. Die Anzahl der Tage mit mindestens einmaligem herausforderndem Verhalten beträgt in der Interventionsgruppe 2.452 Tage ITT, entsprechend einem Anteil von 15,19 Prozent aller Krankenhaustage der Interventionsgruppe, und in der Kontrollgruppe 463 Tage, entsprechend einem Anteil von 7,92 Prozent aller Tage der Kontrollgruppe und damit einem um 7,27 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert.

Stellt man nur auf herausforderndes Verhalten bei den Fällen PP ab, beträgt der Anteil der Fälle PP mit mindestens einmal dokumentiertem herausforderndem Verhalten in der Interventionsgruppe 43,47 Prozent und in der Kontrollgruppe 21,24 Prozent, entsprechend einem in der Kontrollgruppe um 22,24 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert. Die Anzahl der Tage PP mit herausforderndem Verhalten beträgt in der Interventionsgruppe 1.733 Tage PP, entsprechend einem Anteil von 14,94 Prozent an allen Tagen PP, und in der Kontrollgruppe 414 Tage PP und einem Anteil von 8,68 Prozent. Der Anteilswert liegt damit in der Kontrollgruppe um 6,26 Punkte niedriger als in der Interventionsgruppe.

Der univariate Gruppenvergleich (t-Test) vor Berücksichtigung der erklärenden Variablen ergibt einen signifikanten Unterschied ($t = 4,404$; $p < 0,001$).

Tabelle 17: Ergebnisse für den sekundären Endpunkt Reduktion von herausforderndem Verhalten

Variable	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	0,755	0,988	-1,183	2,693	0,446
Verweildauer	0,116	0,010	0,097	0,135	< 0,001*
Interventionsgruppe	0,207	0,150	-0,087	0,501	0,168
Barthel-Index	0,000	0,003	-0,006	0,005	0,921
MMST-Score	-0,075	0,010	-0,094	-0,056	< 0,001*
Pflegegrad	0,008	0,044	-0,079	0,095	0,854
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	0,036	0,071	-0,103	0,174	0,616
Alter	0,006	0,011	-0,016	0,028	0,571
Geschlecht (W)	0,064	0,139	-0,208	0,335	0,674

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit von herausforderndem Verhalten haben die Variablen Verweildauer (Konfidenzintervall von 0,097 bis 0,135, Streuung 0,010, $p < 0,001$) und der über den MMST festgestellte Grad kognitiver Beeinträchtigung (Konfidenzintervall von 0,094 bis 0,056, Streuung 0,010, $p < 0,001$). Der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Zielgröße ist statistisch nicht signifikant ($p = 0,168$).

Bei einem Ist-Wert für den Anteil der Tage mit mindestens einmal herausforderndem Verhalten von knapp 15,2 Prozent in der Interventionsgruppe und einem erwarteten Wert von gut 13,2 Prozent ergibt sich eine predictive ratio von 114,7 Prozent, d. h. die Wahrscheinlichkeit für einen Tag mit mindestens einmal herausforderndem Verhalten ist in der Interventionsgruppe um 14,7 Prozent erhöht.

Das Ziel einer Reduzierung/Vermeidung von herausforderndem Verhalten während des IdA-Krankenhausaufenthaltes um 30 Prozent konnte nach diesem Ergebnis **nicht statistisch signifikant** nachgewiesen werden.

Vermeidung/Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Für den sekundären Endpunkt Vermeidung/Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wurde kein Zielwert festgelegt, weil die Vorgaben für die Dokumentation von Maßnahmen, die als freiheitsbeschränkend gelten, im Projektverlauf mehrfach angepasst wurden. Der **Ausweis von Fällen und Tagen mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen** wäre deshalb **nicht aussagekräftig**.

Vermeidung/Reduktion von Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen

Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen wurden im IdA-Portal dokumentiert. Entsprechende Einträge fanden sich nur für drei Index-Fälle, so dass statistisch nicht überprüft werden kann, ob Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen vermieden bzw. reduziert werden konnten.

6.3.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wird untersucht, ob und wenn ja in welchem Umfang die Intervention einen Effekt auf die (direkten) Kosten der Versorgung hat.

Die gesundheitsökonomische Evaluation erfolgt aus der Perspektive der GKV. Die direkten Kosten werden über im Rahmen der GKV vergütete Leistungsentgelte abgebildet. Für die Evaluation standen für bei der AOK Nordost, der KNAPPSCHAFT sowie der Bahn BKK versicherte Patienten GKV-Routinedaten für die Leistungsbereiche Krankenhaus, ambulante (vertragsärztliche) Versorgung, Arzneimittel und Häusliche Krankenpflege zur Verfügung. Des Weiteren wurden Daten zur Pflege gemäß SGB XI zur Verfügung gestellt. Seitens einer Krankenkasse konnten bedingt durch externe Faktoren für 315 Patienten PP keine Routinedaten geliefert werden (sog. „Cyberattacke“ auf den GKV-IT-Dienstleister Bitmarck). Die zur Verfügung gestellten Daten decken für jede Person einen Zeitraum von jeweils 183 Kalendertagen vor und nach dem Index-Fall ab.

Da sich die Daten zur ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung auf Quartale beziehen und nicht tagegenau zugeordnet werden können, wurden alle betrachteten Kosten analog zur Annualisierung bei jahresbezogenen Betrachtungen jeweils für volle Quartale berechnet, so dass für jede Person Kosteninformationen für fünf Quartale (Quartal, in dem der Index-Fall abgeschlossen wurde, sowie je zwei Quartale vor und nach diesem Quartal) in die Analyse eingehen.

Die folgende Tabelle weist für alle einbezogenen Leistungsbereiche die resultierenden quartalsdurchschnittlichen Kosten pro Person in der Interventions- und in der Kontrollgruppe aus. Die quartalsdurchschnittlichen Kosten pro Person für Krankenhausbehandlung, ambulante (vertragsärztliche) Versorgung und Arzneimittel liegen in der Kontrollgruppe mit nur wenigen Ausnahmen über den Werten in der Interventionsgruppe.

Tabelle 18: Quartalsdurchschnittliche Kosten pro Person gesamt und nach Leistungsbereichen in €

	Gruppe	Quartal				
		-2	-1	Index	+1	+2
Krankenhaus	IG	1.747	1.675	7.694	2.730	2.422
	KG	2.165	1.539	8.524	2.795	2.682
Arzneimittel	IG	883	727	880	892	636
	KG	1.193	724	937	1.021	966
Ambulant	IG	292	315	359	356	347
	KG	353	388	412	379	365
Häusliche Krankenpflege	IG	763	720	661	676	745
	KG	682	580	583	663	707
Pflege SGB XI	IG	3.179	3.008	3.677	3.815	3.653
	KG	1.979	1.588	2.042	2.256	2.003

Quelle: AGENON auf Basis GKV- Routinedaten

Das ist zwei Faktoren geschuldet: Wie in Abbildung 6 anhand der für den Risikostrukturausgleich vom Bundesamt für Soziale Sicherung publizierten Ausgabenprofile für Frauen für die Hauptleistungsbereiche Krankenhäuser, Apotheken und Ärztliche Versorgung illustriert, steigen die durchschnittlichen GKV-Ausgaben bis zum Lebensalter von 80 Jahren (Apotheken) bzw. 88 Jahren (Krankenhäuser) an und sind danach wieder rückläufig. Da die Lebensalter ab 85 Jahren mit 51 Prozent in der Interventionsgruppe stärker besetzt sind als in der Kontrollgruppe mit 39 Prozent und umgekehrt die jüngeren Lebensalter in der Kontrollgruppe stärker besetzt sind als in der Interventionsgruppe, fallen die quartalsdurchschnittlichen Kosten pro Person in diesen Leistungsbereichen im Ergebnis in der

Kontrollgruppe nahezu durchgängig höher als in der Interventionsgruppe. Die Kosten für Häusliche Krankenpflege und für Pflegeleistungen nach dem SGB XI liegen dagegen durchgängig in der Interventionsgruppe höher.

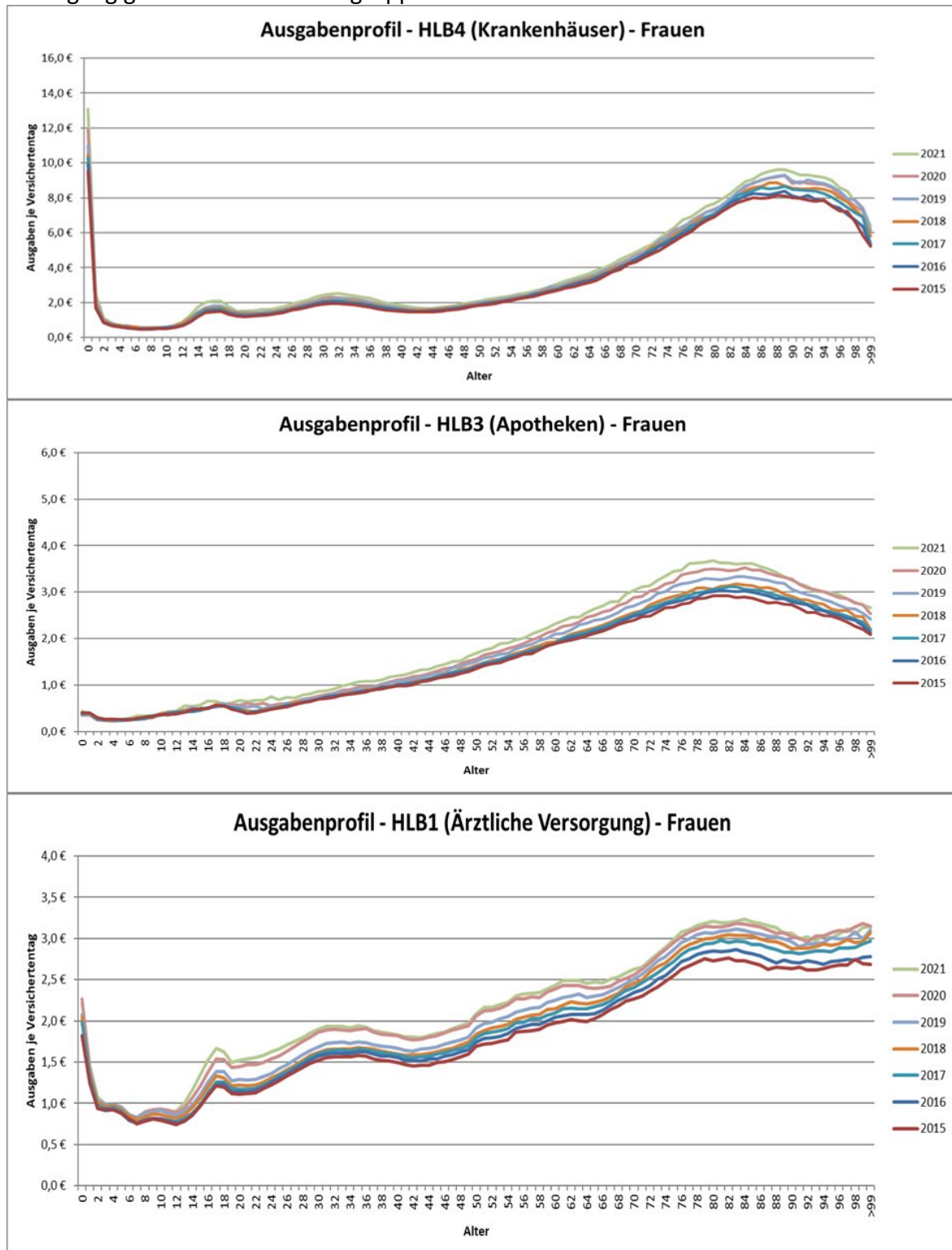


Abbildung 6: Ausgabenprofile Frauen

Quelle: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellung-gen-und-auswertungen/>, abgerufen am 27.10.2023

Die Kosteneffekte der nVF wurden in einem autoregressiven Zeitreihenmodell untersucht. Als erklärende Variablen wurden herangezogen:

- Zugehörigkeit zur Kontrollgruppe versus Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe (Gruppenzugehörigkeit)
- Selbstständigkeit gemäß Barthel-Index
- kognitive Beeinträchtigung gemäß MMST
- Pflegegrad
- Krankenhausfälle in den sechs Monaten vor Aufnahme des Index-Falls
- Alter
- Geschlecht
- Veränderungen der GKV-Ausgaben in den einbezogenen Leistungsbereichen ab Start des Index-Falls
- Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (Interaktionseffekt)

Die Verknüpfung von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten (Datenlinkage) ist ausgehend von Versichertennummer, Geburtsjahr und Geschlecht und IdA-Fallnummern erfolgt, die für jeden Fall in Interventions- und Kontrollkrankenhäusern im IdA-Portal hinterlegt wurden. Versichertennummer, Geburtsjahr und Geschlecht und IdA-Fallnummer wurden den Krankenkassen übermittelt. Bei der Datenbereitstellung aus dem IdA-Portal für die Evaluation wurden nur Fallnummern und keine Klarnamen übermittelt. Die Krankenkassen haben anhand der übermittelten Informationen die Versicherten identifiziert, ein Personenpseudonym vergeben und die Daten gemäß Datensatzbeschreibung ausgelesen und zugeordnet. Bei der Datenbereitstellung für die Evaluation wurden die IdA-Fallnummer und das Personenpseudonym übermittelt. Über die IdA-Fallnummer konnten die Daten für die Evaluation zusammengeführt werden. Die Operationalisierung der Variablen ist als Anlage dem Evaluationsbericht angefügt.

Auch hier gilt, dass nur Fälle in der Analyse berücksichtigt werden konnten, für die zusätzlich zu den Informationen aus dem IdA-Portal Informationen aus Kassendaten vorlagen, entsprechend 925 Fälle PP in der Interventionsgruppe und 475 Fälle PP in der Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse des autoregressiven Zeitreihenmodells zur Detektion von Effekten der nVF auf die GKV-Ausgaben für Krankenhaus, ambulante (vertragsärztliche) Versorgung, Arzneimittel und Häusliche Krankenpflege sowie für die Summe der Ausgaben in den vorgenannten Leistungsbereichen geben Tabelle 19 bis Tabelle 23 wieder.

In der Spalte Mittelwert werden für den Betrachtungszeitraum von fünf Quartalen (zwei Quartale vor dem Quartal des Index-Falls, Quartal des Index-Falls und zwei direkt darauffolgende Quartale) jeweils die quartalsdurchschnittlichen GKV-Ausgaben je Patientin und Patient mit einem Index-Fall wie folgt ausgewiesen:

- Die Konstante weist die quartalsdurchschnittlichen Ausgabenbetrag in Euro der betrachteten fünf Quartale aus, der nicht durch eine der herangezogenen Variablen erklärt werden kann. Am Beispiel der GKV-Ausgaben für Krankenhaus können quartalsdurchschnittliche GKV-Ausgaben in Höhe von 6.634 Euro nicht durch den Einfluss einer erklärenden Variable erklärt werden.
- Der in der Zeile „Gruppenzugehörigkeit“ ausgewiesene Eurobetrag spiegelt den Einfluss, den die Zugehörigkeit zu einer Gruppe auf die jeweils betrachteten quartalsdurchschnittlichen GKV-Ausgaben hat. Durchgängig wird der Einfluss der Interventionsgruppe ausgewiesen. Im Beispiel: Die Gruppenzugehörigkeit zur Interventionsgruppe geht mit im Durchschnitt aller fünf betrachteten Quartale um 72 Euro erhöhten GKV-Ausgaben für Krankenhausaufgaben einher.

- Für den Barthel-Index und den MMST-Score werden Eurobeträge je Punkt ausgewiesen. Im Beispiel: Für eine Patientin mit einem Barthel-Index von 80 Punkten ergibt sich im Mittel ein mindernder Einfluss auf die quartalsdurchschnittlichen Krankenhausaussgaben in Höhe von 240 Euro (3×80).
- Für den „Pflegegrad“ wird in der Spalte Mittelwert der Eurobetrag für den Pflegegrad ausgewiesen. Im Beispiel: Für eine Patientin mit dem Pflegegrad 3 erhöhen sich die quartalsdurchschnittlichen Krankenhausaussgaben um durchschnittlich 621 Euro (207×3), für eine Patientin mit dem Pflegegrad 2 um 414 Euro (207×2).
- In der Zeile „Krankenhausfall im halben Jahr vor dem Indexfall“ wird ausgewiesen, in welchem Umfang die jeweils betrachteten quartalsdurchschnittlichen Ausgaben höher ausfallen, wenn ein Krankenhausfall in den beiden Quartalen vor dem Index-Fall stattgefunden hat. Im Beispiel: Jeder Krankenhausfall in den beiden Vorquartalen trägt zu erhöhten quartalsdurchschnittlichen GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen in Höhe von 1.823 Euro bei. Jeder weitere Fall in den beiden Quartalen vor dem Index-Fall erhöht die Ausgaben um weitere 1.823 Euro.
- Der in der Zeile „Alter“ ausgewiesene Eurobetrag weist den Einfluss des Lebensalters auf die jeweils betrachteten quartalsdurchschnittlichen Ausgaben aus. Im Beispiel: Für eine Patientin im Alter von 72 Jahren ergibt sich ein mindernder Einfluss auf die quartalsdurchschnittlichen GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen in Höhe von 7.200 Euro.
- Der in der Zeile „Geschlecht“ ausgewiesene Faktor weist den Einfluss des Geschlechts „weiblich“ auf die jeweils betrachteten quartalsdurchschnittlichen Ausgaben aus. Im Beispiel ergibt sich für das Merkmal „weibliches Geschlecht“ ein mindernder Einfluss auf die quartalsdurchschnittlichen GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen in Höhe von 886 Euro je Quartal (443×2).
- Um schließlich die interessierende Größe „Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall“ bestimmen zu können, muss in der Zeile „Zusatzkosten ab Start Index-Fall“ berechnet werden, welchen Einfluss der Zeitraum ab Start des Quartals mit Index-Fall auf die jeweils betrachteten quartalsdurchschnittlichen Ausgaben hat. Im Beispiel: Ab Start des Quartals mit dem Index-Fall erhöhen sich die quartalsdurchschnittlichen GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen um 6.066 Euro.
- Die Variable „Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall“ beschreibt den Einfluss der Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe auf die Zusatzkosten ab Start des Index-Falls. An dieser Variable kann somit direkt abgelesen werden, welchen Einfluss die Intervention auf die Zusatzkosten im Durchschnitt dreier Quartale ab Start des Index-Falls hat (Interaktionseffekt). Im Beispiel: Die Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe trägt im Mittel für die drei Quartale ab Index-Fall je Quartal zu verminderten GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen in Höhe von 332 Euro bei, für alle drei Quartale entsprechend 996 Euro (332×3). Mit einer unteren Grenze des Konfidenzintervalls bei - 1.232 Euro und einer oberen Grenze von 569 Euro ist der Unterschied jedoch nicht signifikant ($p = 0,469$).

Tabelle 19: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben Krankenhaus

	Mittelwert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	6.634	2.090	2.529	10.739	0,007*
Gruppenzugehörigkeit (IG)	72	363	-640	785	0,842
Barthel-Index	-3	5	-12	6	0,542
MMST-Score	32	16	1	64	0,044*
Pflegegrad	207	71	67	346	0,004*
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	1.823	115	1.597	2.049	< 0,001*
Alter	-100	18	-135	-64	< 0,001*
Geschlecht (W)	-443	226	-885	0	0,05
Zusatzkosten ab Start Index-Fall	6.066	2.291	1.551	10.582	0,032*
Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (IG)	-332	459	-1.232	569	0,469

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Tabelle 20 bis Tabelle 23 zeigen nacheinander die Ergebnisse des autoregressiven Zeitreihenmodells für die ambulante (vertragsärztliche) Versorgung, Arzneimittel und Häusliche Krankenpflege sowie für die Summe der Ausgaben in den vorgenannten Leistungsbereichen.

Tabelle 20: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben für ambulante (vertragsärztliche) Versorgung

	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	843	229	395	1.291	< 0.001*
Gruppenzugehörigkeit (IG)	-31	40	-109	46	0,431
Barthel-Index	0	1	-2	1	0,474
MMST-Score	6	2	1	10	0,018*
Pflegegrad	7	8	-8	22	0,367
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	55	17	22	88	0,001*
Alter	-7	3	-13	-2	0,005*
Geschlecht (W)	-9	33	-74	55	0,777
Zusatzkosten ab Start Index-Fall	49	22	6	93	0,026*
Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (IG)	28	30	-31	88	0,353

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Tabelle 21: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben für Arzneimittel

	Mittelwert	Standard-abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	3.466	744	2.007	4.924	< 0.001*
Gruppenzugehörigkeit (IG)	-73	129	-326	179	0,578
Barthel-Index	-4	2	-8	0	0,055
MMST-Score	24	8	9	39	0,002*
Pflegegrad	70	25	21	118	0,008*
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	225	54	118	331	< 0,001*
Alter	-34	9	-51	-18	< 0,001*
Geschlecht (W)	-326	106	-535	-117	0,002*
Zusatzkosten ab Start Index-Fall	93	145	-186	398	0,659
Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (IG)	-42	101	-240	156	0,673

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Tabelle 22: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben für Häusliche Krankenpflege

	Mittelwert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	-39	753	-1.515	1.437	0,876
Gruppenzugehörigkeit (IG)	77	121	-161	314	0,525
Barthel-Index	-2	2	-7	2	0,293
MMST-Score	-1	8	-16	14	0,895
Pflegegrad	-20	17	-53	13	0,223
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	88	55	-20	197	0,111
Alter	9	9	-8	26	0,254
Geschlecht (W)	188	109	-25	402	0,086
Zusatzkosten ab Start Index-Fall	-54	144	-336	227	0,31
Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (IG)	-83	57	-195	29	0,142

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Tabelle 23: Einflussgrößen auf die GKV-Ausgaben der einbezogenen Leistungsbereiche gesamt

	Mittelwert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	8.195	2.729	2.801	13.610	0,001*
Gruppenzugehörigkeit (IG)	125	378	-618	866	0,739
Barthel-Index	-10	6	-21	1	0,078
MMST-Score	62	20	23	101	0,002*
Pflegegrad	426	84	262	591	< 0,001*
Krankenhausfall im halben Jahr vor dem Indexfall	2.144	142	1.865	2.424	< 0,001*
Alter	-109	22	-152	-65	< 0,001*
Geschlecht (W)	-320	274	-857	216	0,243
Zusatzkosten ab Start Index-Fall	6.213	3.228	-438	12.829	0,053
Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (IG)	-327	430	-1.171	517	0,447

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich im Rahmen des autoregressiven Zeitreihenmodells in den einbezogenen Leistungsbereichen für die drei Quartale ab Index-Fall der größte (Interaktions-) Effekt der nVF mit einem ausgabenmindernden Einfluss in Höhe von 996 Euro auf die Krankenhausausgaben zeigt. Dieser ausgabenmindernde Einfluss bleibt auch nach der Berücksichtigung der weiteren in die gesundheitsökonomische Evaluation einbezogenen GKV-Leistungsbereiche mit einem Effekt in Höhe von 981 Euro (3 x 327) geringeren GKV-Ausgaben weitgehend erhalten (Tabelle 23).

Sowohl im Fall des Interaktionseffektes der nVF auf die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen als auch im Fall des nVF-Effektes auf die GKV-Ausgaben aller einbezogenen Leistungsbereiche liegen untere Grenze und obere Grenze weit auseinander (-1.232 Euro im Minimum und 569 Euro im Maximum bei den GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen und -1.171 Euro im Minimum und 517 Euro im Maximum bei den GKV-Ausgaben gesamt).

Beide Effekte sind – wie auch die Effekte der nVF auf die GKV-Ausgaben in den weiteren Leistungsbereichen – statistisch somit nicht signifikant. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Fallzahlen und Effektgrößen mit Blick auf statistische Signifikanz in einer reziproken Beziehung zueinanderstehen: Bei niedrigen Fallzahlen wie vorliegend werden erst vergleichsweise große Effekte statistisch signifikant, bei hohen Fallzahlen reichen vergleichsweise kleine Effekte aus. Bei den hier vorliegenden Fallzahlen hätte der ausgabenmindernde Effekt für die drei Quartale ab Index-Fall gegenüber den ermittelten 981 Euro mit 1.950 Euro knapp das Doppelte oder mehr betragen müssen, um statistische Signifikanz zu erreichen bzw. hätte die Fallzahl um das Fünffache höher liegen müssen, damit der ermittelte ausgabenmindernde Effekt statistisch signifikant geworden wäre. Für das Förderprojekt wurde die Fallzahl respektive die Anzahl der Studienpatienten aber für den primären Endpunkt Wiedereinweisungsrate und nicht für den Nachweis eines statistisch signifikanten Effektes auf die GKV-Ausgaben kalkuliert.

Ausgehend von der geringeren Wahrscheinlichkeit für erneute Krankenhausaufenthalte in der nVF könnte für IdA-Patientinnen und -Patienten nach Abschluss des Index-Falles eine höhere ambulante Versorgungsintensität vermutet werden, die sich in erkennbar höheren GKV-Ausgaben für Arzneimittel, für vertragsärztliche Leistungen und für Häusliche Krankenpflege spiegelt. Das ist vorliegend aber in keinem der angesprochenen Leistungsbereiche der Fall. Die niedrigere Wiedereinweisungsrate korrespondiert demnach nicht systematisch mit höheren GKV-Ausgaben für Arzneimittel und/oder für vertragsärztliche Leistungen und/oder für Häusliche Krankenpflege in dem beobachteten Zeitraum nach dem Index-Fall.

Die folgende Tabelle zeigt schließlich die Ergebnisse des autoregressiven Zeitreihenmodells für den Effekt auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Leistungen nach dem SGB XI. Der Interaktionseffekt respektive der Effekt der Intervention auf die Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XI beträgt quartalsdurchschnittlich 259 Euro. Bei einer unteren Grenze in Ausprägung einer Ausgabenminderung in Höhe von 118 Euro und einer oberen Grenze in Ausprägung einer Erhöhung um 635 Euro ist der Mittelwert ebenfalls statistisch nicht signifikant und einer versorgungsinhaltlichen Interpretation auch nur mit großen Einschränkungen zugänglich. So erscheint die Interpretation im Sinne einer durch die Intervention bedingten Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht zuletzt deshalb als wenig plausibel, weil sich die – über die in GKV-Ausgaben ausgedrückte – Inanspruchnahme von GKV-Leistungen in keinem der betrachteten Leistungsbereiche signifikant erhöht hat. Als weiterer Erklärungsansatz kommt in Betracht, dass die Intervention zu einer besseren Ausschöpfung von Leistungen nach dem SGB XI geführt hat, weil Screenings und die Beratung und Unterstützung auch bezogen auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI Bestandteil der Intervention waren.

Tabelle 24: Einflussgrößen auf die SPV-Ausgaben für Pflege nach SGB XI

	Mittelwert	Standard- abweichung	Untere Grenze	Obere Grenze	p-Wert
Konstante	1,422	0,923	-0,388	3,231	0,117
Gruppenzugehörigkeit (IG)	0,104	0,181	-0,251	0,459	0,556
Barthel-Index	-0,026	0,003	-0,032	-0,021	< 0,001*
MMST-Score	-0,031	0,009	-0,049	-0,013	0,001*
Pflegegrad	0,44	0,038	0,366	0,514	< 0,001*
Krankenhausfälle im halben Jahr vor dem Indexfall	0,026	0,067	-0,106	0,158	0,694
Alter	0,026	0,011	0,005	0,047	0,013*
Geschlecht (W)	0,284	0,132	0,025	0,542	0,031*
Zusatzkosten ab Start Index-Fall	390	174	50	737	0,001*
Interaktion aus Gruppenzugehörigkeit und Zusatzkosten ab Index-Fall (IG)	259	192	-118	635	0,181

Quelle: AGENON auf Basis von Daten aus dem IdA-Portal und Routinedaten ($n_{IG} = 925$, $n_{KG} = 475$)

7. Diskussion der Projektergebnisse

In der Gesamtschau kann die nVF aus Projektsicht als erfolgreich bewertet werden. Sowohl die erforderlichen Patientenzahlen konnten trotz Corona-Pandemie (mit erheblichen Einschnitten in die Versorgung) erreicht werden als auch die Projektziele konnten überwiegend erreicht werden. Im Einzelnen stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar.

Bzgl. der **Rekrutierung** hat sich insbesondere der Patienteneinschluss in den Kontrollgruppenkliniken als Herausforderung erwiesen. Wie bereits im Antrag dargelegt, wurde aus ethischen und aus organisatorischen Gründen eine Randomisierung als nicht umsetzbar bewertet. In Folge dessen wurde die Kontrollgruppe in Krankenhäusern ohne projektspezifische Versorgung rekrutiert – Patienten, juristischen Vertretern und Klinikmitarbeitern war somit von Beginn an klar, dass aus der Projektteilnahme keine unterstützenden Leistungen resultieren werden. Dadurch war den zu rekrutierenden Patienten bzw. deren juristischen Vertretern kein individueller Mehrwert aus einer Projektteilnahme zu vermitteln. Der abstrakte Mehrwert des „Erkenntnisgewinns für die Regelversorgung“ wurde in vielen Fällen als nicht ausreichend für eine Teilnahme bewertet. Dies galt sowohl für Patienten und juristische Vertreter als auch in abgeschwächter Form für die regelversorgenden Pflegekräfte und Ärzte der Kontrollgruppenkliniken. Auflagen und Einschränkungen sowie besondere Versorgungsbedürfnisse in Folge der Corona Pandemie sorgten zusätzlich dafür, dass Teilnahmeerklärungen für die Kontrollgruppe nicht in der vorab kalkulierten Zahl erteilt wurden. Das Projekt musste daher mehrfach zusätzliche Kontrollgruppenkrankenhäuser akquirieren und kontinuierlich den Patienteneinschluss (KG) nachhalten. Supervisionen der Studienassistenten waren aufgrund der Corona – Pandemie nur eingeschränkt und nicht in Präsenz möglich. Darüber hinaus wurden Verträge mit KG-Kliniken beendet, sofern diese nicht eine Mindestzahl an KG-Patienten rekrutieren konnten. Eine Forschungsdatenbank mit Zugriffsmöglichkeiten auf pseudonymisierte klinische Versorgungsdaten zum Zweck der Kontrollgruppenbildung wäre sowohl für IdA als auch für künftige Projekte von erheblichem Nutzen.

In Folge dieser Probleme bei der Patientenrekrutierung, wurden vmtl. überwiegend Kontrollgruppenpatienten rekrutiert, die „leicht“ zu rekrutieren waren, weshalb die KG-Patientenkohorte jünger und weniger morbid als die der Interventionsgruppe war. Insbesondere die Altersgruppe ab 90 war in der KG deutlich weniger vertreten und kognitive Fähigkeiten sowie Alltagsfähigkeiten waren noch ausgeprägter vorhanden als in der Interventionsgruppe. Aufgrund dieser Unterschiede konnte kein direkter Vergleich erfolgen und es musste für die Evaluation bzgl. dieser Parameter jeweils adjustiert werden.

Zusammenfassend kann das Erreichen der notwendigen Fallzahlen (IG und KG) trotz gestauchter Projektphasen und massiven pandemiebedingten Einschränkungen sowie der geschilderten Probleme bei der Rekrutierung der KG bereits als Projekterfolg gewertet werden.

Im Rahmen der **Prozessevaluation** konnte nachgewiesen werden, dass darüber hinaus auch die Projektumsetzung überwiegend protokolltreu erfolgte. Die tagesstrukturierende Betreuung durch die geschulten Tagesbegleiter konnte in nahezu 100 Prozent der Interventionsfälle umgesetzt werden. Von den geplanten Gruppenbetreuungen musste pandemiebedingt Abstand genommen werden. Die in der Folge im Konsortium entwickelte „Gruppenbetreuung light“ in stationsinternen Kleingruppen wurde dann aber wieder homogen umgesetzt. Basis für alle Betreuungen bildeten die ebenfalls umfänglich umgesetzten Bedarfsermittlungen und Maßnahmenpläne in Verantwortung der Projektkoordinatoren. Lediglich bei der Anforderung bzw. Durchführung von Konsilen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Interventionsstandorten, was auf die jeweilige Verfügbarkeit von Konsilärzten zurück zu führen war. Der systematische Einbezug ambulant tätiger Versorger, insbesondere der Hausärzte, konnte pandemiebedingt nur punktuell umgesetzt werden. Neben den Kontaktbeschränkungen, die die geplanten Praxisbesuche der Koordinatoren weitestgehend verhinderten, sorgte die Corona-Pandemie in den ambulanten Praxen für eine massive Verschiebung der Prioritäten und Ressourcen in Richtung der infektionsbedingten Tätigkeiten und Maßnahmen – demenzsensible Betreuungsmaßnahmen wurden daher weniger prioritär behandelt. Bzgl. der Pflegekräfte auf den IdA-Stationen stellte sich nach tlw. anfänglicher Skepsis für IdA als zusätzliches Projekt schnell eine breite Akzeptanz für die projektspezifischen Maßnahmen ein und der fachliche Austausch mit den IdA Tagesbegleitern und Koordinatoren fand kontinuierlich und fallbezogen statt. Die qualitativen Befragungen von Patienten, Angehörigen und Klinikpersonal zeigten in Folge dessen ein sehr positives Bild der Projektumsetzung.

Insgesamt kann somit eine weitgehend protokolltreue Umsetzung der einzelnen projektspezifischen Maßnahmen festgestellt werden, die darüber hinaus breite Akzeptanz bei den beteiligten Akteuren fand.

Die **Endpunkte**, für die Ergebnisse darstellbar waren, konnten überwiegend mit den vorab festgelegten Effektstärken erreicht werden. Insbesondere das Erreichen des primären Endpunktes „Reduzierung der Wiedereinweisungsrate um 10% innerhalb von 6 Monaten nach Ende des IdA-Falls“ konnte statistisch signifikant erreicht werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte die Wiedereinweisungsrate sogar um 12,99 Prozent reduziert werden, der primäre Endpunkt somit um knapp 30 Prozent übertroffen werden. Die im Antrag formulierte primäre Hypothese konnte somit vollumfänglich bestätigt werden. Für zwei sekundäre Endpunkte konnten keine Ergebnisse ermittelt werden, da die Häufigkeit der Ereignisse zu gering war (Vermeidung/Reduktion von Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen) oder die Dokumentation/Definition der entsprechenden Ereignisse zu inhomogen war (Vermeidung/Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen). Für zwei weitere sekundäre Endpunkte konnten die vorab festgelegten Effektstärken nicht statistisch signifikant nachgewiesen werden. Dies betraf die „Verminderung von Stürzen“ und die „Vermeidung/Reduktion von herausforderndem Verhalten“. Lediglich für den sekundären Endpunkt „Vermeidung dauerhafter Institutionalisierung (stationäre Pflege)“ konnte keine

Reduzierung nachgewiesen werden. Die Interventionsgruppe wies eine um 13 Prozent höhere Institutionalisiertensrate auf als die Kontrollgruppe. Obwohl dieser Effekt statistisch nicht signifikant ist, gibt es hierfür projektspezifische Erklärungsansätze. Die intensive projektspezifische Betreuung schloss die Angehörigenberatung ebenso ein, wie die Unterstützung beim Übergang in die ambulante Versorgung. Beratung und Organisationsunterstützung im Sinne eines Casemanagements führen regelmäßig zu einer initial höheren Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung (Löcherbach, P. et.al; 2010).

Für drei klinisch relevante sekundäre Endpunkte konnten die vorab festgelegten Effektstärken z.T. deutlich übertroffen und statistisch signifikant nachgewiesen werden. Die „Delirrate“ konnte in der Interventionsgruppe um 47 Prozent im Vergleich zur Kontrollgruppe gesenkt werden und damit sogar die ambitionierte vorab festgelegte Effektstärke i.H.v. 40 Prozent noch übertroffen werden. Die „inadäquate Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepinen“ konnte mit 48 Prozent im Vergleich zur Kontrollgruppe noch deutlicher reduziert werden. Die avisierte Effektstärke i.H.v. 20 Prozent wurde damit um 140 Prozent übertroffen. Die „Verweildauer“ konnte ebenfalls statistisch signifikant um 16,1 Prozent reduziert werden – die vorab festgelegte Effektstärke i.H.v. 15 Prozent konnte damit ebenfalls erreicht bzw. übertroffen werden.

Insgesamt kann somit die Projektumsetzung auch aus Ergebnissicht als erfolgreich bewertet werden. Neben dem primären Endpunkt konnten drei weitere sekundäre Endpunkte statistisch signifikant mit Ergebniswerten oberhalb der vor Projektbeginn festgelegten Effektstärken erfüllt werden. Für je zwei weitere sekundäre Endpunkte konnten die Ergebnisse nicht oder nicht signifikant dargestellt werden.

Limitationen ergaben sich bzgl. der sekundären Endpunkte insbesondere aus der homogenen Dokumentationsqualität. Die relevanten Daten für die sekundären Endpunkte wurden über Eintragungen im IdA-Portal generiert, die in den Kontrollkrankenhäusern durch Studynurses und in den Interventionskrankenhäusern durch die Koordinatoren erfolgten. Trotz entsprechender Schulungen (siehe Anlagen) kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass hier eine nicht vollständig homogene Dokumentationsbasis vorlag. Es besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass die awareness und Sensibilität bzgl. herausfordernder Verhaltensweisen und Stürzen auf den IdA-Stationen höher einzuschätzen ist, als in den Kontrollgruppenkrankenhäusern, da diese Ereignisse nicht routinemäßig im Rahmen der Regelversorgung dokumentiert werden und ausschließlich projektspezifisch zu erfassen waren. Delire und Medikation werden dagegen auch in der Regelversorgung routinemäßig dokumentiert und weisen daher geringere Verzerrungspotenziale auf.

Es wurde im Rahmen der **gesundheitsökonomischen** Evaluation ein kostensenkender Effekt i.H.v. 981,-€ ermittelt, der allerdings aufgrund der Fallzahl und/oder der Effektstärke nicht signifikant nachweisbar war. Die fehlende Signifikanz ist dabei nicht gleichzusetzen mit fehlenden Effekten, die Effekte können allerdings nicht eindeutig der Intervention zugeschrieben werden. Aufgrund der statistisch signifikanten Erreichung des primären Endpunktes mit einer Reduktion der Wiedereinweisungsrate um knapp 13 Prozent sowie der Tatsache, dass erneute stationäre Aufenthalte direkt mit Versorgungskosten assoziiert sind, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass kostensenkende Effekte entweder in geringerer Effektstärke oder bei höheren Fallzahlen statistisch signifikant nachweisbar wären. Hierbei ist anzumerken, dass die Fallzahlen im Projektantrag ausschließlich auf die avisierte Effektstärke des primären Endpunktes zu kalkulieren waren und höhere Fallzahlen zum Nachweis weiterer sekundärer und/oder gesundheitsökonomischer Effekte nicht förderfähig waren.

Projektseitig kann damit die IdA spezifische Intervention in der Gesamtbetrachtung sowohl bzgl. der Umsetzung als auch bzgl. der Ergebnisse als erfolgreiche Versorgung bewertet

werden, die künftig allen Patienten mit kognitiven Einschränkungen auf somatischen Stationen innerhalb der Regelversorgung zur Verfügung stehen sollte.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Alle demografischen Prognosemodelle gehen derzeit von Alterung der Bevölkerung und damit verbunden einer Zunahme älterer Patienten in Akutkrankenhäusern aus. Damit wird in der Zukunft auch die Anzahl der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und gleichzeitigen somatischen Behandlungsbedarfen weiter steigen. Die spezifische Betreuung dieser Patienten nach den beschriebenen IdA-Standards sollte daher als obligatorischer Bestandteil zukünftiger stationärer Versorgung bei Vorliegen kognitiver Beeinträchtigungen angesehen werden. Dazu gehören sowohl die personellen Ressourcen als auch die demenzsensible Ausstattung der Stationen und das Vorhandensein geeigneter Beschäftigungsmaterialien.

Bei der stationären Aufnahme sind kognitive Einschränkungen in den wenigsten Fällen bekannt (Robert-Bosch-Stiftung, 2016; Hendlmeier, I. et al., 2017). Grundlage für eine entsprechende Betreuung auf somatischen Stationen muss daher ein routinemäßiges Screening zum frühestmöglichen Zeitpunkt im Rahmen der Krankenhausaufnahme sein. Ein spezifisches Screening auf kognitive Beeinträchtigungen sollte im Rahmen des stationären Aufnahmeprozesses routinemäßig und über die derzeitige Pflegeanamnese hinausgehend verpflichtend für ältere Patienten vorgesehen werden.

Geschulte Koordinatoren und Tagesbegleiter bildeten über ihre Tätigkeiten zu überwiegenden Teilen den Inhalt der Intervention ab. Die qualifizierte, tagesstrukturierende Betreuung der Patienten über Einzel- und Gruppenbetreuungen kann als Kernelement der Intervention angesehen werden. Die Stellenanteile der Koordinatoren können dabei außerhalb des Studiendesigns deutlich reduziert werden, da diese im Rahmen der nVF auch mit projektspezifischen Prozessen und Dokumentationen betraut waren, die im Rahmen der Regelversorgung entfallen. Die Schulung der Tagesbegleiter und Koordinatoren nach dem im Projekt entwickelten Curriculum (siehe Anlage!) sollte dabei als Voraussetzung für den Einsatz im Rahmen dieser Betreuungskonzepte gelten und daher in die Aus- und Weiterbildungskonzepte der Kliniken aufgenommen werden.

Für eine effiziente und effektive Integration dieser Kräfte auf den somatischen Stationen, sollten ebenfalls das ärztliche und pflegerische Bestandspersonal dieser Stationen zu den besonderen Versorgungsbedarfen kognitiv beeinträchtigter Patienten geschult und sensibilisiert werden.

Die IdA-spezifischen Fallkosten betrugen im Mittel je Projektpatient 1.625,56€. Davon entfielen 1.247,96€ auf Personalkosten und 377,61€ auf Sachmittelausstattungen. Mit einer Summe von 764,53€ entfielen allerdings 61% der Personalkosten auf projektspezifische Kosten, die bei einer Überführung in die Regelversorgung perspektivisch entfallen würden. Dies sind insbesondere Kosten für die Evaluation, inkl. die Protokollierung der Erhebungen durch Studynurses an den Kontrollgruppenkliniken (KG) und die Auswertung durch den Evaluator, Kosten für die Administration (Projektverantwortliche an den IG-Kliniken, Projektmanagement beim Projektmanager) sowie Kosten für die Rekrutierungs- und Hochlaufphase mit nur Teilauslastung der personellen Versorgungskapazitäten. Da die Sachmittelausstattungen dabei für die relativ kleine Studienpopulation der 1.688 IG-Patienten (ITT) finanziert werden musste, kann auch hier davon ausgegangen werden, dass bei einer Überführung in die Regelversorgung die Sachkosten deutlich niedriger ausfallen werden. In der nachfolgenden Tabelle wurde aufgrund der geringen Abnutzungserscheinungen bei der Materialausstattung geschätzt, dass mit derselben Materialausstattung die 40fache Anzahl Patienten versorgt werden könnte und daher werden 2,5% der Projekt-Materialkosten für die Regelversorgung kalkuliert.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auch in der Regelversorgung administrative Mehraufwände bei den Umsetzungskliniken entstehen werden, betragen die zu erwartenden Implementierungskosten für die Regelversorgung 492,87€ je Patient (bei 25% administrativen Kosten, bezogen auf die Personalkosten). Die reinen Projekt-Versorgungskosten wären für die Regelversorgung mit 392,44€ je versorgtem Patient zu erwarten.

Tabelle 25: Kostenschätzung pro Patient für die Regelversorgung auf Basis der Projektkosten

	Innovationsfondsprojekt inkl. Administration und Evaluation inkl. 25% Infrastruktur	Kosten 2023 nach Interventionsende, inkl. 25% Infrastruktur	Kosten 2023 nach Interventionsende, <u>ohne</u> Infrastruktur
Personalkosten	1.247,96€	483,43€	383,00€
Sachkosten	377,61€	9,44€	9,44€
Gesamtkosten	1.625,56€	492,87€	392,44€

Quelle: JGM auf Basis projektinterner Mittelverwendungsnachweise ($n_{IG}=1.688$)

Es wurde im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation zwar ein die Versorgungskosten überkompensierender, Kostensenkungseffekt der nVF festgestellt - zur potenziellen Refinanzierung dieser Mehrkosten im Falle der Überführung in die Regelversorgung kann dennoch keine belastbare Aussage getroffen werden, da die Ergebnisse nicht signifikant waren (vgl. Evaluationsbericht!). Hierbei ist anzumerken, dass die Fallzahl der nVF ausschließlich auf den primären Endpunkt zu kalkulieren war und damit die notwendige Fallzahl für ein statistisch signifikantes Ergebnis in der gesundheitsökonomischen Evaluation mit den hier erreichten Effektstärken nicht erreicht werden konnte.

Der primäre Endpunkt „Reduzierung der Wiedereinweisungsrate“ wies mit knapp 13% eine um 30% höhere Effektstärke als angenommen auf und war statistische signifikant. Aufgrund der direkten Assoziation des primären Endpunktes mit den zugehörigen Kosten des (erneuten) Krankenhausaufenthaltes kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass bei Einschluss entsprechender Fallzahlen auch die Kosten zumindest in diesem Leistungsbereich deutlich sinken.

Aufgrund dieser statistische signifikanten geringeren Wiedereinweisungsrate in der IG, sind tendenziell in der IG weniger krankenhaussassoziierte Kosten zu erwarten. Dazu korrespondierend, wurden in der gesundheitsökonomischen Evaluation kostensenkende Effekte i.H.v. 981,-€ ermittelt, die allerdings aufgrund der Fallzahl und/oder der Effektstärke nicht signifikant nachweisbar waren.

In der Gesamtbetrachtung der nachgewiesenen Effekte, kann somit mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die kosteneinsparenden Effekte die Kosten der Intervention deutlich übersteigen. Die Intervention ist damit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch gesundheitsökonomisch vorteilhaft und sollte auch aus ökonomischer Sicht in die Regelversorgung überführt werden.

Die Versorgungskosten müssen dabei in geeigneter Weise in die Kalkulation der Vergütung für Krankenhausbehandlungen miteingeschlossen werden – beispielsweise über entsprechende Zuschläge bei Vorliegen kognitiver Beeinträchtigungen. Die aktuelle Krankenhausreform sollte dabei auch dazu genutzt werden, diese notwendigen Versorgungsbestandteile vergütungsseitig zu integrieren.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

- (1) Müßigbrodt, H.: IdA- Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung: Konzeptentwicklung und Umsetzungsplanung. DGPPN, 28.11.2019

10. Literaturverzeichnis

- Angerhausen S. 2009: „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Hrsg. GSP – Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte. Wuppertal
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Abgerufen von <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>
- Arnold, I. (2017). Verordnung von Antidepressiva und Neuroleptika bei ≥ 65-Jährigen in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung (Veröffentlichte Dissertation). Universität Göttingen, Göttingen
- Benker, O., & Hippus, H. (2021). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie
- Berwig, M., Dichter, M., Albers, B., Halek, M. (2017). REDEZEIT – Telefonische Unterstützungsgruppen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Abschlussbericht zum Modellprojekt, Leipzig
- Bödecker, F. 2015: Wie forschen mit Menschen mit Demenz? Probleme, Lösungen und offene Fragen. In: Schneider, A. (Hg.): Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen, Konzepte, Perspektiven. Opladen: 151-164
- Chan, D., Sherrington, C., Naganathan, V., Ying, H., Chen, J., Kneebone, I., Cumming, R. (2018). Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital. In Australasian Journal on Ageing, 37(2), 140–143, Abgerufen von <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajag.12528>
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie 2008: Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP)
- Deutscher Ethikrat 2012: Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin.
- Dichter, M., Quasdorf, T., Riesner, C., Bartholomeyczik, S., Halek, M. (2016). Leben QD II. Lebensqualität von Menschen mit Demenz stärken. Abschlussbericht. Veröffentlichungsreihe des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Witten
- Dichter, M., Roos, M., von der Lühe, V., Köpke, S. (2021). Enrole Acute: Erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen. In Pflegezeitschrift, 74 (6), 46–49. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s41906-021-1054-2>
- (Hg.) 2011: Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the state of patients for the clinician. In Journal of Psychiatric Research. 12(3), 189–198. Abgerufen von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202204/>
- Gogol, M. (2016). Klug entscheiden: ... in der Geriatrie. In Deutsches Ärzteblatt, 113(40). Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/182789/Klug-entscheiden-in-der-Geriatrie>
- Hendlmeier, I. et al. 2017: Demenzsensible Versorgungsangebote im Krankenhaus. Repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt). Z Gerontol Geriat. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1339-7> (zuletzt abgerufen am 24.03.2024)

- Holt, S., Schmiedl, S., & Thürmann, P. A. (2010). Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. In *Deutsches Arzteblatt international*, 107(31-32), 543–551. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/77857>
- Hshieh, T.T. et al. 2015: Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions. A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015 Apr; 175(4): 512-20
- Huber, J., Saldutto, B., Hürny, C., Conzelmann, M., Beutler, M., Fusek, M., Münzer, T. (2008). Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Geriatrie. Eine methodologische Pilotstudie. In *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 124–131. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-007-0454-2>
- Inouye, S., Westendorp, R., Saczynski, J. 2014: Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922. Abgerufen von [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60688-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60688-1/fulltext)
- Kirchen-Peters, S. 2014: Herausforderung Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse und Lösungsansätze aus dem Projekt Dem-i-K iso Institut 2014
- Kirchen-Peters, S. 2017: Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität, in: Jacobs, K. et al.: *Pflege-Report 2017*. Stuttgart: 153-163
- Kleina, T., Wingenfeld, K. 2007: Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) Bielefeld
- Körner, M., Becker, S., Zimmermann, L., Müller, C., Luzay, L., Plewnia, A., Konrad, A., Jörißen, J., Rundel, M. (2015). Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT). Freiburg. Abgerufen von http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_final.pdf
- Krüger, C., Meyer, G., Hamers, J. (2010). Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. Ein systematischer Literaturüberblick. In *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 291–296. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-010-0111-z>
- Löcherbach, P. et.al (2010): Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK der katholischen Fachhochschule Mainz. Abgerufen von http://www.kfh-mainz.de/ifib/pdf/Evaluationsstudie_BKK.pdf
- Mahoney, F., Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. In *British Medical Journal*, 350. Abgerufen von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25791983/>
- Motzek, T. (2017). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Untersuchung der Versorgungssituation anhand von Kassenroutinedaten (Veröffentlichte Dissertation). Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Dresden
- Motzek, T., Junge, M., Marquardt, G. (2017). Einfluss der Demenz auf Verweildauer und Erlöse im Akutkrankenhaus. In *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1. Abgerufen von <https://www.springermedizin.de/demenz/pflege/einfluss-der-demenz-auf-verweildauer-und-erloese-im-akutkrankenh/10029898>

- Mühlhauser, I. et al. 2011: Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen - eine methodische Herausforderung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105 (10): 751-761
- Mukadam, N., Sampson, E. (2010). A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. In International Psychogeriatrics, 23(3), 344–355. Abgerufen von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20716393/>
- Pazan, F., Weiß, C. & Wehling, M. (2018). The F O R T A List “Fit for The Aged“ Expert Consensus Validation 2018. Abgerufen von: https://www.umm.uni-heidelberg.de/securedl/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlODU5OTQwOTc4NCwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpibMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxlYWRTaW5cL21lZG1hXC9MZWhyc3R1ZWhsZVwvV2VobGluZ1wvRk9SVEFfTGldF8yMDE4X3dpdGhfY29tbWVudHNfYW5kX3N0YXRzLnBkZiIsInBhZ2UiOiEYMDMzfQ.nJB-JAuFzqF8woxw5axFlexrH3GYOJ8FLvGd_ZMRuzc/FORTA List 2018 with comments and stats.pdf
- Pickens, S., Naik, A., Catic, A., Kunik, M. (2017). Dementia and Hospital Readmission Rates: A Systematic Review. In Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 7(3), 346–353. Abgerufen von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29282407/>
- Robert-Bosch-Stiftung (Hg.) 2016: General Hospital Study – GHoSt Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Studie_Demenz_im_Akutkrankenhaus.pdf (zuletzt abgerufen am 24.03.2024)
- Robert-Bosch-Stiftung 2018: Geförderte Projekte. <http://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/menschen-mit-demenz-im-akutkrankenhaus/gefoerderte-projekte> (zuletzt abgerufen am 05.03.2018)
- Rubin, T. 2011 Sustainability and Scalability of the Hospital Elder Life Program at a Community Hospital. Journal of the American Geriatrics Society 59(2): 359-365
- Tropea, J., LoGiudice, D., Liew, D., Gorelik, A., Brand, C. (2016) Poorer outcomes and greater healthcare costs for hospitalised older people with dementia and delirium: a retrospective cohort study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 32(5), 539-547. Abgerufen von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27114271/>

11. Anhänge

- Anhang 1: Zielgrößen der Evaluation
- Anhang 2: Teilnehmende Stationen nach Fachgebiet und Standort
- Anhang 3: Erhebungsbogen IdA
- Anhang 4: IdA – Entlassungsinformation
- Anhang 5: Muster – Maßnahmenplan
- Anhang 6: Ergebnisprotokoll Fallbesprechung

12. Anlagen

Anlage 1:	Curriculum Projektpersonal
Anlage 2:	Curriculum Angehörigenschulung
Anlage 3:	Einladung Eröffnungsveranstaltung
Anlage 4:	IdA – Faltnappe
Anlage 5:	IdA – Falzflyer Patienten KNL
Anlage 6:	IdA – Falzflyer Patienten EvB
Anlage 7:	IdA – Falzflyer Patienten OHV
Anlage 8:	IdA – Falzflyer Arzt
Anlage 9:	IdA-Visitenkarten Beispiel OHV – Projektkoordination
Anlage 10:	Erklärfilm Patienten
Anlage 11:	Erklärfilm Ärzte
Anlage 12:	IdA – Terminblock
Anlage 13:	IdA – Weihnachtskarten Projektpartner
Anlage 14:	Einladung Fachtag
Anlage 15:	Einladung Fachtag Anschreiben
Anlage 16:	Einladung Abschlussveranstaltung
Anlage 17:	Rollup Avatare
Anlage 18:	Rollup Logo weiß
Anlage 19:	Rollup Logo farbig
Anlage 20:	Give aways
Anlage 21:	Projekthandbuch
Anlage 22:	Datenschutzkonzept
Anlage 23:	Konzept IdA-Erfassungsportal
Anlage 24:	Schulungskonzept für die Durchführung der Wirkungsevaluation für die Projektkoordination
Anlage 25:	Schulungskonzept für die Durchführung der Wirkungsevaluation für die Studynurses

Anlagen 3 bis 20: Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit

Anhang 1: Zielgrößen der Evaluation

Zielgrößen der Prozessevaluation					
Dimension	Zielgröße	Operationalisierung	Datenquelle	IG	KG
Reach – Reichweite	Anzahl auf kognitive Einschränkungen gescreenter Patienten und Anzahl eingeschlossener Patienten	Anzahl gescreenter und davon eingeschlossener Patienten	IdA-Dokumentation	X	X
	Dropoutquote in den verschiedenen Phasen der IdA-Versorgung und Gründe für Dropouts	Anzahl Dropouts und quantitative Verteilung der Ausschlussgründe		X	
Fidelity – Protokolltreue	Qualität des Vorgehens zur Vorbereitung der Umsetzung der nVF (Entwicklung Curricula, Prozessbeschreibungen und Dokumentationsinstrumente und Schulung/Unterweisung)	Quantitative und qualitative Dokumentenanalyse	IdA-Dokumentation	X	
	Qualität der Umsetzung der nVF (erfolgen Bedarfsanalysen und Erstellung eines Maßnahmenplanes etc. wie geplant?)	Quantitativ und qualitativ (was wird wie vollständig dokumentiert)	IdA-Dokumentation	X	
	Qualität der Dokumentation der einzelnen Maßnahmen der nVF (Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit)	Projektspezifischer Fragebogen zur Einschätzung der Dokumentation und zur Nutzung	Standardisierte Onlinebefragung der IdA-Fachkräfte	X	
Dose – Dosis	Ausmaß der Nutzung der einzelnen Maßnahmenbestandteile der Intervention (Erstellung Maßnahmenplan, Einholung Konsil, Einzel- und Gruppenbetreuung etc.)	Quantitative Analyse der dokumentierten Nutzungen in Relation zur Anzahl eingeschlossener Patienten	IdA-Dokumentation	X	X
	Ausmaß der Nutzung der vorgesehenen Maßnahmen zum fallbezogenen Austausch der versorgenden Akteure (Austausch IdA-Fachkräfte und Pflegekräfte, interdisziplinäre Fallbesprechungen)	Quantitative Analyse der dokumentierten Nutzungen in Relation zur Anzahl eingeschlossener Patienten		X	X

Satisfaction – Akzeptanz und Zufriedenheit	Einschätzung der Eignung der Schulungen, Kompetenzwahrnehmung im Kontext IdA	Eigenentwicklung projektspezifischer Fragen in Anlehnung an Tätigkeitsbeschreibungen und Curriculum	Standardisierte Online-Befragung der IdA-Fachkräfte	X	
	Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention und ihrer Umsetzung	Eigenentwicklung projektspezifischer Fragen	Standardisierte Online-Befragung der IdA-Fachkräfte und der Krankenhausmitarbeitenden	X	
	Reduzierung der Arbeitsbelastung	Nutzung der Skala „Arbeitsbelastung in der Krankenpflege“ mit den beiden Subskalen „Koordinations- und Informationsprobleme“ und „Psychophysische Überforderung“ (Bartholomeyczik, E., 2014)		X	
	Erhöhung der Arbeitszufriedenheit	Einzelne Items aus MiZu-Reha-Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken – Version 2.0 Farin, Meixner & Jäckel		X	
	Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Versorgung in IdA	Nutzung von standardisierten Instrumenten (ZUF-8) (Schmidt et al., 1989) sowie projektspezifische Fragen (auch zu Angehörigenschulungen)	Standardisierte Befragung der Patienten und Angehörigen	X	
	Verbesserung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit	Nutzung vorhandener Items zur Teamarbeit (TeamSkala) (Körner et al., 2015), und projektspezifische Fragen	Standardisierte Online-Befragung der IdA-Fachkräfte und der Krankenhausmitarbeitenden	X	
	Verbesserung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit	Leitfaden: eigene Fragen und Nutzung vorhandener Items zur Teamarbeit (TeamSkala), (Körner et al., 2011)	Fokusgruppe	X	
Zielgrößen der Ergebnisevaluation					
Dimension	Zielgröße	Operationalisierung	Datenquelle	IG	KG
primärer Endpunkt	Verringerung erneuter Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten ab Abschluss des Index-Falls	Detektion von erneuten Krankenhausaufenthalten innerhalb von sechs Monaten ab Abschluss des Index-Falls	Routinedaten der Krankenkassen	X	X
sekundäre Endpunkte	Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus	Detektion der Verweildauer der Krankenhausaufenthalte innerhalb von sechs Monaten vor Start des Index-Falls sowie der Verweildauer des Index-Falls	Routinedaten der Krankenkassen	X	X
	Vermeidung/Reduktion von Deliren	Detektion der dokumentierten durchgeführten Tests (CAM) im Rahmen des Eingangsassessments und Monitorings der Patienten	IdA-Dokumentation	X	X
	Vermeidung/Reduktion der inadäquaten Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepine	Detektion potenziell inadäquater Medikation nach Maßgabe der von Experten für das Projekt ausgearbeiteten Liste		X	X
	Vermeidung/Reduktion von Stürzen im Krankenhaus	Detektion von dokumentierten Stürzen		X	X

	Vermeidung/Reduktion herausfordernden Verhaltens	Detektion von dokumentiertem herausfordernden Verhalten		X	X
	Vermeidung/Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	Detektion von dokumentierten ergriffenen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen		X	X
	Vermeidung des Übergangs in die stationäre Pflege nach Krankenhausaufenthalt (sog. Institutionalisation)	Detektion eines Übergangs in die stationäre Pflege innerhalb von sechs Monaten ab Abschluss des Index-Falls	Routinedaten der Krankenkassen	X	X
Zielgrößen der gesundheitsökonomischen Evaluation					
Dimension	Zielgröße	Operationalisierung	Datenquelle	IG	KG
Kosten respektive GKV- Ausgaben	Verminderung der GKV-Ausgaben für die stationäre Versorgung	Detektion der jeweiligen GKV-Ausgaben in jedem der zwei Quartale vor dem Quartal des Index-Falls, dem Quartal des Index-Falls und jedem der zwei Quartale nach dem Quartal des Index-Falls	Routinedaten der Krankenkassen		
	GKV-Ausgaben für die ambulante (vertragsärztliche) Versorgung				
	GKV-Ausgaben für Arzneimittel				
	GKV-Ausgaben für häusliche Krankenpflege			X	X
	Verminderung Ausgaben Soziale Pflegeversicherung (SPV) für Pflege gem. SGB XI	Detektion der SPV-Ausgaben in jedem der zwei Quartale vor dem Quartal des Index-Falls, dem Quartal des Index-Falls und jedem der zwei Quartale nach dem Quartal des Index-Falls		X	X
	Verminderung der Summe der vorgenannten GKV- und SPV-Ausgaben	Quartalsweise Aufsummierung der vorgenannten Ausgaben		X	X
moderierende Variablen	Alltagsfertigkeiten/Alltagsfunktionalität	Barthel-Index	IdA-Dokumentation	X	X
	Kognitive Fähigkeiten	Mini-Mental-Status-Test (MMST)		X	X
	Soziodemographische Faktoren der Patienten	Alter, Geschlecht	Routinedaten der Krankenkassen	X	X
	Gesundheitsbezogene Faktoren der Patienten	Pflegegrad, Krankenhausaufenthalte innerhalb von sechs Monaten vor Start des Index-Falls		X	X
	Ausrichtung des Krankenhauses auf Patienten mit kognitiven Einschränkungen (Demenzorientierung)	Standardisierte Vor-Ort-Begehungen unter Nutzung des standardisierten Instrumentes Dementia-Milieu-Assessment (DMA)	Begehungsprotokolle	X	
		Leitfadengestützte Interviews mit Projektverantwortlichen der Krankenhäuser unter Nutzung des standardisierten Instrumentes Dementia-Milieu-Assessment (DMA)	Interviewprotokolle	X	
		Standardisierter Fragebogen	Standardisierte Online-Befragung der IdA-Fachkräfte und der Krankenhausmitarbeitenden	X	

Quelle: AGENON

Anhang 2: Teilnehmende Stationen nach Fachgebiet und Standort

Interventionsgruppe:

Träger	Oberhavel Kliniken GmbH				Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH		Klinikum Niederlausitz GmbH			
Standort	Hennigsdorf		Oranienburg		Potsdam		Senftenberg		Lauchhammer	
Fachgebiet	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA
Augenheilkunde					X					
Chirurgie	X	X1	X1	X1	X	X1	X	X1	X	X1
• Orthopädie					X	X1	X	X1		
Frauenheilkunde & Geburtshilfe			X2	X2	X				X	X2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	X	X2			X					
Haut- und Geschlechtskrankheiten					X					
Innere Medizin	X	X3	X3	X3	X	X2	X	X2	X	X3
• Geriatrie	X				X				X	
Kinder- und Jugendmedizin			X						X	
Kinder- und Jugendpsychiatrie & -psychotherapie					X					
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie					X					
Neurochirurgie					X					
Neurologie	X	X4			X	X3	X	X3		
Nuklearmedizin					X					
Psychiatrie & Psychotherapie	X				X		X			
Psychosomatische Medizin & Psychotherapie	X				X		X			
Strahlentherapie					X					
Urologie					X				X	X2
Nachrichtlich:										
Standort Hennigsdorf					Standort Senftenberg					
X1	Stationen 27, 28 (Chirurgie, Gefäßchirurgie)				X1	Station 25 (Unfallchirurgie und Orthopädie, Hand- und Plastische Chirurgie)				
X2	Station 30 (HNO-Heilkunde)									
X3	Stationen 23, 25, 35 (Innere Medizin)				X2	Stationen 21, 24, 28 (Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie, Pneumologie, Kardiologie, Gefäßzentrum)				
X4	Station 26 (Neurologie)									
Standort Oranienburg					X3	Stationen 22, 20 (Neurologie, Stroke Unit)				
X1	Stationen 4, 5 (Chirurgie)				Standort Lauchhammer					
X2	Station 2 (Gynäkologie)				X1	Stationen 3, 4 (Allgemein- und Viszeralchirurgie)				
X3	Stationen 6, 7 (Innere Medizin)				X2	Station 6 (Urologie/Gynäkologie)				
Standort Potsdam					X3	Station 5 (Innere Medizin)				
X1	Stationen E4, D5 (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie [ab 03/2021])									
X2	Stationen C7, C8, D6, E6, H1 (Onkologie, Hämatologie [bis 02/2021], Angiologie, Nephrologie [ab 11/2020], Kardiologie,)									
X3	Station H2 (Neurologie)									



Kontrollgruppe:

Träger	Klinikum Ernst von Bergmann				Oberhavel Kliniken GmbH	Werner Forßmann Klinikum	Ruppiner Kliniken GmbH	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH		
Standort	Potsdam		Bad Belzig		Gransee	Eberswalde	Neuruppin	Cottbus		
Fachgebiet	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA
Augenheilkunde	X	X1					X	X1		
Chirurgie	X	X2	X	X1	X	X1	X	X2	X	X1
• Davon Teilbereich Orthopädie	X	X2	X	X1	X	X1	X	X2	X	X1
Frauenheilkunde & Geburt	X	X3					X	X3	X	X2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	X	X4							X	X3
Haut- und Geschlechtskrankheiten										
									X	X2
Innere Medizin	X	X5	X	X2	X	X1	X	X4	X	X4
• Davon Teilbereich Geriatrie										
Kinder- und Jugendmedizin										
Kinder- und Jugendpsychiatrie & -psychotherapie										
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie							X	X5	X	X5
Neurochirurgie							X	X6	X	X6
Neurologie									X	X7
Nuklearmedizin										
Psychiatrie & Psychotherapie										
Psychosomatische Medizin & Psychotherapie										
Strahlentherapie							X	X7		
Urologie							X	X8	X	X8
Nachrichtlich										
Standort Potsdam					Eberswalde					
X1	Station E3 (Augenheilkunde)				X1	Station 8 (Augenheilkunde)				
X2	Station D7 (Plastische Chirurgie)				X2	Stationen 4, 5, 6 (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie)				
X3	Station H3 (Gynäkologie)				X3	Station 8 (Gynäkologie)				
X4	Station D3 (HNO-Heilkunde)				X4	Stationen 3, 10, 15, 16 (Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Nephrologie, Dialyse, Multimodale Schmerztherapie, Gastrologie, Hämatologie, Onkologie)				
X5	Stationen E2, C6, K2 (Pulmologie, Hämatologie, Gastroenterologie)				X5	Station 4 (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)				

Standort Bad Belzig		X6	Station 6 (Neurochirurgie)
X1	Stationen F, B (Chirurgie 1 und 2, Plastische Chirurgie)	X7	Station 5 (Strahlentherapie)
X2	Stationen E, G (Innere Medizin)	X8	Station 15 (Urologie)
Standort Gransee		Neuruppin	
X1	Station C1 (Chirurgie)	X1	Stationen C1, M2 (Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, orthopädische Chirurgie, Allgemein-Viszeral- und Thoraxchirurgie)
X2	Station I1 (Innere Medizin)	X2	Station M2 (Gynäkologie)
Standort Cottbus		X3	Station C2 (Hals- Nasen- Ohrenkrankheiten)
X1	Stationen U, C (Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Chirurgie)	X4	Stationen A1, A2, B1, L1, L2, M1 (Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie, Angiologie)
X2	Station H (Dermatologie, Venerologie und Allergologie)	X5	Station C2 (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)
X3	Station M (Kardiologie, Rhythmologie, Gastroenterologie, Rheumatologie)	X6	Station C1 (Neuro- und Wirbelsäulenchirurgie)
X4	Station N (Neurologie)	X7	Station F3 (Neurologie)
X5	Station Uro (Urologie)	X8	Station M1 (Urologie)

Anhang 3: Erhebungsbogen IdA

Patientenklebchen



Erhebungsbogen IdA

Wohnsituation:

☐ allein ☐ zu Hause zusammen mit: ☐ Ehepartner/ Lebenspartner ☐ Kindern ☐ sonstigen Angehörigen

☐ betreutes Wohnen ☐ Pflegeheim

☐ Wohngruppe ☐ Pflegedienst

Betreuung im KH: ☐ Angehörige ☐ rechtl. Betreuer ☐ selbst einwilligungsfähig ☐ erhält Besuch

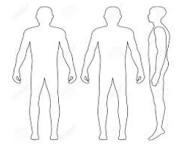
Kognition: ☐ orientiert ☐ teilorientiert ☐ desorientiert

Mobilität: ☐ selbstständig ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ bettlägerig ☐ eingeschränkt wegen akuter Erkrankung

Schmerzen: ☐ ja, Lokalisation siehe Bild ☐ nein

☐ eigene Angabe Schmerzstärke (1-10): _____

☐ Einnahme Schmerzmittel: ☐ ja ☐ nein



☐ Lokalisationsbeschreibung:

Aktueller Bewegungsradius: ☐ Bett ☐ Patientenzimmer ☐ Flurebene ☐ Klinikebene ☐ Außenbereich

Hilfsmittel: ☐ Brille/ Lesebrille ☐ nicht dabei* ☐ Pat. erblindet ☐ rechts / links / beidseits

☐ Hörgerät links ☐ Hörgerät rechts ☐ nicht dabei* ☐ Pat. gehörlos ☐ rechts / links / beidseits

☐ Zahnprothese oben ☐ Zahnprothese unten ☐ nicht dabei* ☐ *wenn nicht dabei, Beschaffung veranlasst?

☐ ja ☐ nein

Ausscheidung: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ inkontinent ☐ Blasenkatheter / Stoma

Ernährung: ☐ Appetit gut ☐ mäßig ☐ schlecht

☐ Kaubeschwerden ☐ Schluckbeschwerden ☐ Getränke andicken lassen

☐ Zubereitung selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ völlige Übernahme

☐ isst selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ völlige Übernahme

☐ Ernährung durch Sonde ☐ Flüssigkeitsdefizit

☐ _____

Besonderheiten:

Allergien/ _____

Unverträglichkeiten: ☐ nicht bekannt

☐

ja:

Achtung!

Schlaf:

zu Hause

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

☐ nimmt Schlafmedikamente

Im KH

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

☐ nimmt Schlafmedikamente

☐ Frühaufsteher

☐ Spätaufsteher

☐

Gründe

für

schlechten

Schlaf:

Stimmung:

☐ gut

☐ deprimiert

☐ gestresst

☐ wütend

☐ traurig

☐ schwankend

☐

Hinweise:

Nähe/ Distanz:

☐ reagiert positiv auf Körperkontakt

☐ hält lieber Distanz

kann

abrupt

ablehnend

werden,

wenn:

derzeitiges herausforderndes Verhalten:
schlagen

☐ Essen/ Trinken schlecht

☐ Umkehr Tag/ Nacht Rhythmus

☐ rufen/ schreien/

☐ Hinlauf-/ Weglauftendenz

☐ Passivität/ Rückzug/ Teilnahmslosigkeit

☐ starkes Angstverhalten

Interessen:

☐ Zeitung / Bücher

☐ Gespräche

☐ Musik

☐ Spiele

☐ Kreuzworträtsel

☐ Malen

☐ Basteln
Backen

☐ Motivkarten

☐ Gedächtnisspiele

☐ Bewegung/ Sport

☐ Tanz

☐ Kochen /

☐ Spazieren gehen

☐ Gruppenbetreuung

☐ Religion/Spiritualität ☐ Beruf _____

☐

☐ sonstiges

Hinweise:

**Vorläufige IdA - Entlassungsinformation
mit der Bitte um Terminkoordination
zur ambulanten Weiterbehandlung**



Ihr unten genannter Patient befindet sich aktuell in stationärer Behandlung in unserer Klinik. Da die Entlassung Ihres Patienten bevorsteht, möchten wir Sie über die Teilnahme des Patienten am Innovationsfondsprojekt „IdA“ informieren.

Weitere Informationen zum IdA – Projekt finden Sie auf www.ida-brandenburg.de .

Im Rahmen dieses Projektes möchten wir die Zusammenarbeit mit Ihnen ausbauen und Ihre Arbeit unterstützen. Daher bitten wir Sie um Vergabe eines ambulanten Weiterbehandlungstermins Ihres Patienten.

Bitte senden Sie dazu den Antwortbereich dieses Schreibens zurück an

Fax: 0331/24136005

Bei Fragen erreichen Sie das IdA – Team des Krankenhauses unter

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Aufnahme ins IdA - Projekt erfolgte am _____

Stationäre Entlassung ist vorraussichtlich geplant am _____

Erfolgte Screenings und Ergebnisse

Testverfahren	Letzes Testdatum	Letzes Testergebnis*
6 – CIT		
MMST		
Barthel – Index		
CAM / I – CAM		

*** Eine kurze Legende der Testergebnisse finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.**

Durchgeführte Maßnahmen im Rahmen des Projekts

- ☐ Aktivierende Einzelbetreuung aufsuchend
- ☐ Beruhigende Einzelbetreuung aufsuchend
- ☐ Teilnahme an Gruppenangeboten
- ☐ Angehörigenberatung

Durchgeführte Konsile im Rahmen des IdA-Projekts

Empfehlungen für die Weiterbehandlung

Bitte wenden...



Kurze Beschreibung der Testergebnisse (Legende)

6 – CIT

Bei einem gewichteten Fehlerwert >7 besteht der Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung.

Quelle: J. B. Hessler et al. (2016); The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHOSt); Published online in Wiley Library

MMST

- 20 bis 26 Punkte: leichte Alzheimer-Erkrankung
- 10 bis 19 Punkte: moderate/mittelschwere Alzheimer-Erkrankung
- Weniger als 10 Punkte: schwere Alzheimer-Erkrankung

Quelle: Deuschl, G., & Maier, W. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, 33.

Barthel – Index

- 0 - 30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35 - 80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85 - 95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit

Quelle: Version KF 1.1, erstellt 8.11.2004 i.A. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

CAM / I – CAM

Ein Delir liegt vor, wenn die Merkmale 1a und 1b und 2 sowie 3 oder 4 vorliegen.
Ein Verdacht auf Delir liegt vor, wenn 1a oder 1b und 2 sowie 3 oder 4 vorliegen.

Quelle: Hospital Elder Life Program, LLC

Antwortbereich

**Bitte faxen Sie diesen Bereich an: 0331/24136005
oder senden eine E – Mail:**



Ich erwarte meine Patientin / meinen Patienten

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Am: _____

Um: _____

zur ambulanten Weiterbehandlung

☐

in meiner Praxis.

☐

in der Häuslichkeit.

Datum

Praxisstempel und Unterschrift

Anhang 5: Muster – Maßnahmenplan

Maßnahmenplan



Nr.	Name:		Station:		Zimmer:		
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum							
Einzelbetreuung	PLAN *	IST **					
Basis	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
Kognitiv aktivierend							
a) Kognitives Training (Memory, Puzzles, Kreuzwörtertsel)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Kognitive Stimulation (Alternummer, Alltagshandlungen, Konversation, Biographie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Realitätsorientierung (Zeitung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitiv beruhigend (Aromapflege/ Lichttherapie/ Entspannungsmusik)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilisierend (Spaziergang, Bett/Stuhl/Station/draußen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abendritual (Tee, Bewegung, Tagesrückblick, sensorische Verfahren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mahlzeitenbegleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppenbetreuung (Kochen, backen, tanzen, singen, Gesellschaftsspiele)							
Handzeichen							
Bemerkungen z.B. Behandlungsbegleitung							

*Koordinator, ** Tagesbegleiter

Stand: 17.02.2021

Rückseite Maßnahmenplan:



Anhang 6: Ergebnisprotokoll Fallbesprechung



Ergebnisprotokoll Fallbesprechung

Name Patient/in: _____

Fallnummer: _____

Datum der Fallbesprechung: _____

Teilnehmer/innen der FB: _____

Moderator: _____

Thema/ herausforderndes Verhalten/ derzeitige Patientensituation:

Zielformulierungen der besprochenen Maßnahmen

Verantwortlicher:

1.	
2.	
3.	
4.	

nächster FB- Termin zur Abklärung des Zielerreichens:

Handzeichen Moderator:

Stand: 10.6.21

Curriculum

für den theoretischen und praktischen Unterricht
in der Weiterbildung zum /zur

- **Projektbeauftragte**
- **Koordinator*in**
- **Tagesbegleiter*in**

**im Rahmen der Qualifizierung und
Sensibilisierung für den Umgang mit
herausfordernden Verhaltensweisen –
Interdisziplinäre demenzsensible
Akutversorgung (IdA-Projekt)**

Modul 1

Einführung in die interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

■ Institutionelle Rahmenbedingungen (Krankenhausstruktur) in Bezugnahme auf das Konzept der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	■ Krankenhausstruktur ■ Krankenhausabteilungen ■ Ärztliches/pflegerisches Personal ■ Krankenhaussozialdienste ■ Verwaltungsbereiche ■ Sensibilität für die Belange dementer Personen während des stationären Aufenthaltes ■ Abgrenzungen und Überschneidungen in der Akutversorgung ■ Ablauf nach der stationären Aufnahme ■ Diagnostische Verfahren ■ G-DRG-System im Krankenhaus ■ logistische Herausforderungen bei dementiell erkrankten Patienten
Können	■ Teilnehmer*innen kennen Krankenhausstruktur ■ können Aufgabengebiete entsprechenden Berufsgruppen zuordnen ■ die Tagesstruktur, im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten, an die Bedürfnisse des Patienten anpassen
Einstellung	■ Sensibilisierung für die Arbeit mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der Akutversorgung ■ sind sich bewusst, dass sie durch wirtschaftliches Arbeiten die Institution unterstützen

■ Grundkenntnisse der Hygieneanforderungen im Krankenhaus	
Der unmittelbare oder mittelbare Kontakt zwischen Alltagsbegleiter*innen und Patient*innen ermöglicht das potentielle krankheitserregende Keime übertragen werden können. In der stationären Akutversorgung ist eine hygienische Arbeitsweise von großer Bedeutung.	
Dauer: 2 x 45 Minuten	
Wissen	■ Begriffsbestimmung: nosokomiale Infektionen ■ Ökonomische Einsatz von Handschuhen und Desinfektionsmittel ■ Fachgerechte Durchführung einer hygienischen Händedesinfektion und Flächendesinfektion ■ Krankenhauskeime (MRSA) ■ Infektionskrankheiten: Influenza ■ Persönliche Hygiene ■ Hygienerichtlinien im Krankenhaus
Können	■ eine hygienische Händedesinfektion durchführen ■ Handschuhe anziehen und ausziehen ■ Betreuungsumfeld hygienisch gestalten
Einstellung	■ hygienische Maßnahmen gewissenhaft durchführen ■ sind sich der Bedeutung einer korrekten Durchführung hygienischer Maßnahmen bewusst

Modul 2

Basiswissen der Krankheitsbilder Demenz, Depression, Delir

■ Basiswissen gerontopsychiatrisches Krankheitsbild Demenz – im Kontext der stationären Akutversorgung	
Dauer: 4 x 45 Minuten & 4 x 45 Minuten Vertiefung Tagesbegleiter*in	
Basiswissen:	
Wissen	■ Bedeutung dementieller Veränderung in unserer Gesellschaft ■ Basiskenntnisse über unterschiedliche Demenzformen ■ Ursachen ■ typische Symptome ■ Verlauf einer Demenz (Schweregrad) ■ Abgrenzung zur „normalen“ Vergesslichkeit ■ Einschränkung der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung ■ verstehen das Einschränkungen den stationären Aufenthalt beeinflussen
Können	■ das Krankheitsbild Demenz verstehen ■ Einschränkungen der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung erkennen
Einstellung	■ akzeptieren und verstehen die Erlebniswelt der Patienten ■ können Spannungen in der Betreuungsbeziehung als krankheitsbedingt annehmen ■ haben einen respektvoller und wertschätzender Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Vertiefung für Koordinator*in & Projektbeauftragte	
Wissen	■ Diagnostische Verfahren ■ medikamentöse Behandlung ■ Begleitung zu Operationen bei Menschen mit Demenz ■ Einschränkung der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung ■ verstehen das Einschränkungen den stationären Aufenthalt beeinflussen ■ Erlebniswelt und Bedeutung für die stationäre Akutversorgung
Können	■ Menschen mit einer dementiellen Veränderung im stationären Krankenhausalltag zielgerichtet anleiten und unterstützen ■ Erlebniswelt des Erkrankten annehmen und berücksichtigen
Einstellung	■ akzeptieren und verstehen die Erlebniswelt der Patienten ■ können Spannungen in der Betreuungsbeziehung als krankheitsbedingt annehmen ■ haben einen respektvoller und wertschätzender Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung

■ Delir und Depression – im Zusammenhang mit Demenz	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	■ Basiswissen Krankheitsbild Depression ■ Symptome der Depression ■ mögliche Ursachen ■ Schweregrad und Formen ■ Basiswissen Krankheitsbild Delir ■ Ursachen für ein Delir ■ Verhaltensauffälligkeiten erkennen ■ Delir ohne Demenz & Delir mit Demenz
Können	■ Wirklichkeitserleben betroffener Patienten erfassen ■ Probleme in der Alltagsbewältigung wahrnehmen ■ Beziehungen zu Patienten mit einer Demenz, einer Depression oder einem Delir aufgrund des Basiswissens gestalten
Einstellung	■ sind sich der Bedeutung der Beziehungsgestaltung bewusst ■ respektvoller Umgang mit Betroffenen in der stationären Akutversorgung

Modul 3

Grundlagen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

■ Lebensgewohnheiten und Wohlfühlen – individuelle Tagesgestaltung Das oberste Ziel der Alltagsbegleitung ist es, den Patienten in seiner aktuellen Lebenswelt die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen. Das jeweilige individuelle Tagesangebot muss an die Lebensgewohnheiten des Patienten und seiner aktuellen Bedürfnisse angepasst sein.	
Dauer: 2 x 45 Minuten	
Wissen	■ können den Zusammenhang zwischen Lebensgewohnheiten, Wohlfühlen und individueller Tagesgestaltung verstehen ■ kennen verschiedene Möglichkeiten Angebote entsprechend der Lebensgewohnheiten zu planen
Können	■ angemessene Aktivitäten und Beschäftigungsangebote auswählen ■ sind in der Lage Tagesabläufe individuell zu planen, organisieren und bestmöglich umzusetzen – alle in Bezug auf die stationären Möglichkeiten
Einstellung	■ sehen sie Lebenswelt des Patienten als Hintergrund für die Tagesgestaltung an ■ sind bereit eigene Aktivität und Kreativität einzubringen ■ streben ein gemeinsames Handeln mit dem Patienten an

▪ Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung zu Terminen im Krankenhaus ▪ Begleitung in den Operationssaal und Begleitung während einer Operation	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	▪ Hygieneanforderungen im OP (Schleusenverhalten, Händedesinfektion, OP-Kleidung) ▪ Verhalten im OP Saal ▪ spezielle Kommunikation im OP Saal ▪ Zusammenarbeit mit dem OP Team (Anästhesie-Team)
Können	▪ Vertraut machen mit den organisatorischen und technischen Gegebenheiten auf der Station bzw. im Zimmer ▪ Information über den Ablauf des OP-Tages ▪ Information an die Stationsschwester bzw. Pflegepersonal bzgl. Begleitung in der operativen Phase ▪ Patientenorientierte Begleitung in der Einleitung und im OP ▪ Hilfestellung beim Einschleusen ▪ Physische/psychische Situation des Patienten im Blick haben ▪ Kontinuierliche Information des Patienten bzgl. der OP Vorbereitung ▪ Aufsuchen des Patienten unmittelbar nach operativem Eingriff ▪ Besorgung persönlicher Dinge, sofern vom Patienten gewünscht ▪ Hilfsmittel bereitstellen (Zahnprothese, Brille, Hörgeräte, Uhr) ▪ mit Angehörigen Kontakt aufnehmen, wenn erforderlich und gewünscht
Einstellung	▪ Individuelle Situation des Patienten wahrnehmen und seine Bedürfnisse ermitteln und umsetzen ▪ Wertschätzung gegenüber dem Berufsbild Operationstechnische Assistenz

▪ Grundkenntnisse der Prophylaxen: Sturz und Aspiration Durch prophylaktische Maßnahmen werden Risiken gemindert und der Alltag der Menschen mit einer dementiellen Veränderung sicherer gestaltet.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Sturzprophylaxe: ▪ kennen Veränderungen des Bewegungsapparates alter Menschen ▪ kennen geeignete mobilitätserhaltende Maßnahmen oder geeignete Hilfsmittel und deren Handhabung ▪ kennen Maßnahmen der Sturzprophylaxe Aspirationsprophylaxe: ▪ kennen Maßnahmen der Aspirationsprophylaxe ▪ kennen den Zusammenhang von Farben und Nahrungsaufnahme bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung ▪ wissen welche Hilfsmittel bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verwendet werden können

	▪ kennt mögliche Probleme bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
Können	Sturzprophylaxe: ▪ Bewegungen und Bewegungsstörungen beobachten und beschreiben ▪ Unterstützen bei der Mobilisation und verwenden Hilfsmittel ▪ setzen notwendige Maßnahmen zur Sturzprophylaxe im Rahmen der Alltagsbegleitung um Aspirationsprophylaxe: ▪ sorgen für eine angenehme Raumatmosphäre bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme ▪ geben den Patienten die notwendige Zeit und Hilfsmittel ▪ die Nahrungsaufnahme begleiten und gut beobachten
Einstellung	Sturzprophylaxe: ▪ verstehen das Mobilität für alte Menschen einen gesundheitlichen und sozialen Schwerpunkt hat ▪ gehen mit Ängsten einfühlsam um Aspirationsprophylaxe: ▪ können Nahrungsverweigerung einer Konfliktsituation zuordnen ▪ verstehen das Nahrungsaufnahme einer Privatsphäre bedarf ▪ kennen ihre Grenzen entsprechend des Aufgabengebietes im Umgang mit Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

▪ Selbstfürsorge Für sich selbst sorgen, ist ein wichtiger Auftrag an die Alltagsbegleiter*innen. Nur ein „stabiler“ Begleiter kann ein stützender Begleiter sein. Die Auseinandersetzung mit persönlichen Schwierigkeiten und Grenzen im Arbeitsalltag sowie die Entwicklung persönlicher Strategien für den Umgang mit diesen Situationen liegen in der Verantwortung des Einzelnen und der Institution.	
Dauer: 6 x 45 Minuten	
Wissen	▪ die Stressfaktoren bei der Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten in der stationären Akutversorgung ▪ kennen das Syndrom des zwanghaften Helfens ▪ kennen konstruktive Strategien im Umgang mit Stress ▪ ihre Selbstwahrnehmung zum Thema Stress
Können	▪ eigene und fremde Bedürfnisse erkennen und berücksichtigen ▪ eigene Ressourcen im Umgang mit Stress einsetzen ▪ Stressfaktoren bei sich und im Team wahrnehmen ▪ erfassen die unterstützende und schützende Funktion von Teamarbeit im Zusammenhang mit Selbstfürsorge
Einstellung	▪ Reflektieren eigene Bewältigungsstrategien ▪ achten die eigenen Belastungsgrenzen ▪ reflektieren die eigene Motivation für die Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten ▪ sind sich der Gefahren eigener Abwehr- und Verdrängungsmechanismen bewusst

Modul 4

Wahrnehmen und Beobachten

■ Nahrungsaufnahme – Ess- und Trinkgewohnheiten Bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung ist eine gute Beobachtung des Essverhaltens unverzichtbar. Nur so können rechtzeitig Probleme erkannt werden und Ressourcen gefördert werden. Durch geeignete Maßnahmen kann einer progressiven Gewichtsabnahme entgegengewirkt werden.	
Dauer: 4,5 x 45 Minuten	
Wissen	■ kennen die Bedeutung von Essen und Trinken im Alter ■ Veränderungen von Geruchs- und Geschmackssinn ■ kennen ablehnendes Verhalten ■ kennen mögliche Ess- und Trinkgewohnheiten bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung ■ kennen verschiedene Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme
Können	■ Ressourcen und Probleme bei Nahrungsaufnahme erkennen ■ Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme auswählen ■ erkennen wenn eine Nahrungsaufnahme gewünscht ist
Einstellung	■ Essen und Trinken als emotionales, befriedigendes Erlebnis verstehen

■ Angst bei Patienten in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung Der stationäre Krankenhausaufenthalt ist für Menschen mit einer dementiellen Veränderung eine Stresssituation. Ein typisches Merkmal dafür ist Unruhe und ein Gefühl Hilflosigkeit. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Fähigkeit angemessen mit Angst umzugehen ab und äußert sich oft in Misstrauen gegenüber anderen Personen.	
Dauer: 1,5 x 45 Minuten	
Wissen	■ Begriffsbestimmung: Stress, Angst und Unruhe ■ Symptome von Angst und Unruhe ■ Nonverbale Anzeichen für Misstrauen Unruhe und Angst
Können	■ Unruhe und Angst bei Patienten erkennen und gut beschreiben ■ Beschäftigungsangebote anwenden um Angst und Unruhe zu minimieren ■ Ressourcen und Probleme erkennen und einschätzen
Einstellung	■ Erkennen und respektieren die Individualität dementiell eingeschränkter Patient*innen

■ **Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit Demenz**

Menschen mit einer dementiellen Veränderung sind oft nicht mehr in der Lage Ihre Schmerzen mitzuteilen. Es ist darauf zu achten ob sich das Verhalten verändert oder verbale Äußerungen darauf hinweisen das Schmerzen vorliegen können. Die Alltagsbegleiter*innen spielen hierbei eine wichtige Rolle, da in der Zeit der Betreuung eine gute Beobachtung durchgeführt werden kann.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	▪ Kenntnisse der altersbedingten Veränderungen ▪ gute Beobachtungskriterien von Verhaltensmerkmalen ▪ woran erkennt man Unruhe, Aggressivität, Angst ▪ kennen stereotypische Bewegungsabläufe
Können	▪ Beobachtung des Patienten während der Alltagsbegleitung ▪ Erkennen von schmerzbedingten Verhaltensänderungen bzw. ▪ Erkennen veränderter nonverbaler Kommunikation
Einstellung	▪ Uneingeschränkte Akzeptanz der individuellen Schmerzeinschätzung des Patienten mit einer dementiellen Veränderung ▪ Einsicht, dass die Lebensqualität durch starke Schmerzen eingeschränkt ist

■ **Mobilität, Bewegungsdrang und Lauftendenz**

Ein verstärkter Bewegungsdrang kann für Menschen mit einer dementiellen Veränderung zum Problem werden. Zur eigenen Sicherheit ist eine gute Begleitung, eine angemessenen Kommunikation und ausführliche Beobachtung notwendig.

Eine individuelle Tagesgestaltung kann Problemen entgegenwirken.

Dauer: 7 x 45 Minuten

Wissen	▪ Formen der Mobilitätseinschränkungen ▪ Einfluss von Sinnesbeeinträchtigungen auf die Mobilität ▪ Lauftendenzen ▪ „Hinlaufen“ & „Weglaufen“ ▪ mögliche Ursachen ▪ Mobilität und soziale Teilhabe ▪ Möglichkeiten zielgruppenspezifischer Betreuung
Können	▪ Alltagsbegleitung nach individuelle Gewohnheiten und Vorlieben planen und umsetzen ▪ Umgang mit Hilfsmitteln bei der Mobilisation ▪ mit geringem oder übermäßigem Bewegungsdrang umgehen
Einstellung	▪ sind für eine gute Wahrnehmung und Beobachtung sensibilisiert ▪ erkennen die Individualität bei dementiell erkrankten Patienten ▪ können herausfordernde Situationen gut reflektieren

Modul 5

Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung

Mit fortgeschrittenem Verlauf der Demenzerkrankung nimmt die Kommunikationsfähigkeit des Betroffenen immer weiter ab. Für Personen, die mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung zusammenarbeiten, ist es daher wichtig, vielseitige Möglichkeiten der Kommunikation zu kennen.

■ Formen der Kommunikation

Menschen mit Demenz sind zumeist in der Lage, mimische Signale noch richtig zu deuten. Sie interpretieren ein Lächeln als Anzeichen von Freude und Stirnrunzeln als Hinweis für Ärger. Die Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung kann dann gelingen, wenn ihre und die eigene Körpersprache immer wieder sorgfältig beobachtet und überprüft wird.

Dauer: 4 x 45 Minuten

Wissen	■ verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation ■ Raumsprache, Objektsprache ■ Arten und Formen der Gesprächsführung ■ förderliche und nichtförderliche Gesprächstechniken
Können	■ Teilnehmer*innen kennen Kommunikationsformen ■ Lernen die Grundlagen einer guten Kommunikation kennen
Einstellung	■ Sensibilisierung für die Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung

■ Kommunikationsmodelle und -theorien

Es gibt zahlreiche Modelle zum Prozess der Kommunikation, welche sich im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Tradition sowie inhaltlichen Schwerpunkte unterscheiden. Das Erlernen von grundlegenden Theorien und Modelle trägt zu einer gelungenen Kommunikation bei.

Dauer: 8 x 45 Minuten

Wissen	■ Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun, Paul Watzlawick ■ klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers ■ Förderliche und nichtförderliche Gesprächstechniken ■ Kommunikation im Team – interdisziplinär - multidisziplinär
Können	■ die Teilnehmer*innen kennen und wenden die Kommunikationsmodelle an ■ mit guter Kommunikation andere Berufsgruppen um Unterstützung bitten
Einstellung	■ Gespräche mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung sensibel gegenüber treten ■ Gespräche als wesentliches Element des Miteinanders betrachten

	▪ respektieren die Zuständigkeit und Kompetenzen anderer Berufsgruppen
▪ „Nicht immer braucht es Worte“ nichtsprachliche Kommunikation und Interaktion mit allen Sinnen – Demenz Support Das Praxisseminar basiert auf den Erfahrungen aus der Begleitung demenziell veränderter Menschen und auf den Ergebnissen des Forschungsprojektes "Interaktion mit allen Sinnen" (Beobachtungsstudie der Demenz Support Stuttgart). Es will Pflegende und Begleitende für eine nicht-sprachliche, eine Interaktion mit allen Sinnen sensibilisieren und befähigen.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	▪ Was macht eine Interaktion zu einer Interaktion? ▪ Über welche Ebenen teilen sich uns Menschen mit beeinträchtigter Sprache und kognitiver Beeinträchtigung mit? ▪ Müssen wir dafür eine andere Sprache lernen? ▪ Wie funktioniert eine nicht-sprachliche Kommunikation? ▪ Welche Voraussetzungen ermöglichen eine gelingende Interaktion?
Können	▪ Teilnehmer*innen können in einen lebendigen Austausch mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung treten
Einstellung	▪ Sensibilisierung für eine nicht-sprachliche, eine Interaktion mit allen Sinnen sensibilisieren und befähigen

Modul 6

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote

▪ Betreuungs- und Beschäftigungsangebote Die Betreuung und Beschäftigung muss individuell auf die Menschen mit einer dementiellen Veränderung abgestimmt sein. Sie muss seinen Ressourcen entsprechen und der aktuellen Tagesverfassung angepasst werden. Gut ausgewählte Beschäftigungsangebote sollen dazu beitragen, dass die vorhandenen Fertigkeiten spielerisch und ohne Druck genutzt werden. Der Patient soll ein Erfolgserlebnis haben und wenn möglich eine Tagesstruktur erkennen.	
Dauer: 24 x 45 Minuten	
Wissen	▪ Kennen Methoden der Tagesgestaltung ▪ Tagesstrukturierte Maßnahmen/ Tag-Nacht-Rhythmus ▪ Möglichkeiten der Beschäftigung bei dementiell erkrankten Patienten ▪ Möglichkeiten der Beschäftigung bei Bettlägerigkeit ▪ Positiven Einfluss
Können	▪ Setting der Beschäftigungsangebote ▪ Einzelaktivierung, Partnerarbeit, Gruppenaktivierung planen ▪ Alltagskompetenztraining einsetzen

	▪ Angebote unter Berücksichtigung der Biografie planen und umsetzen ▪ Spiele spielen, entwickeln und gestalten ▪ Lesen und Vorlesen ▪ Bewegungsübungen durchführen ▪ Orientierungshilfen, Uhr und Kalender gemeinsam gestalten ▪ mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung malen, Musik hören, singen, puzzeln, rätseln, kreative gestalten
Einstellung	▪ sensibler Umgang mit kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen ▪ beziehen eine Ablehnung der Beschäftigungsangebote nicht auf sich ▪ üben sich in Zurückhaltung bei Bewertungen

▪ Geschlechtsspezifische Angebote Für jeden ein passendes Angebot gestalten und auf Interessen, Geschlecht und Biografie Rücksicht nehmen. Die Besonderheit von männlicher Lebensführung und Interessen zeichnet sich auch bei Menschen mit Demenz als spannende Herausforderung für die Beteiligten aus.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	▪ Männerspezifische Interessen ▪ Männer ansprechen und motivieren ▪ Ideenentwicklung zu männerspezifischen Angeboten (in Einrichtungen, zuhause) ▪ Angebote planen
Können	▪ Entwicklung von Ideen, wie und mit welchen Angeboten man Männer ansprechen, motivieren und "abholen" kann
Einstellung	▪ Geeignete Angebote für Männer mit einer dementiellen Veränderung entdecken und entwickeln.

Modul 7

Demenzspezifische Pflegekonzepte

Die Teilnehmer*innen verfügen über das Wissen der Grundlagen und Ziele therapeutischer Konzepte bezogen auf das Krankheitsbild Demenz. Sie sind in der Lage therapeutische Ziele den ausgewählten Aktivierungen zuzuordnen. Sie kennen unterschiedlichste Aktivierungsmöglichkeiten für die Zeiträume 10 Minuten bis 90 Minuten.

▪ Validation Validation bedeutet „unbedingte Wertschätzung“ und ist eine Technik für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen. Damit soll das Wohlbefinden und die Autonomie des Dementen gefördert werden. Validation ist eine Grundhaltung.	
Dauer: 6 x 45 Minuten	
Wissen	▪ die Veränderungen des Selbstwertgefühls ▪ das Validation Stress reduzieren kann

	- den Zusammenhang zur Biografie - kann Rückzug verhindern - Gefühle und Bedürfnisse
Können	- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation - Validation in die Praxis umsetzen
Einstellungen	verstehen die Bedeutung von Empathie und Verzicht auf Wertung

Basale Stimulation Basale Stimulation ist ein pädagogisches, therapeutisches und pflegerisches Konzept. Es fördert die Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit. Durch eine ganzheitliche, körperbezogene Kommunikation unterstützt die Basale Stimulation schwer beeinträchtigte Menschen. Sie eignet sich dazu Menschen mit Demenz zu fördern, zu unterstützen und Ressourcen zu erhalten.	
Dauer: 1 x 45 Minuten	
Wissen	- jeder Mensch lernt anders - Gesundheit und Wohlbefinden erkennen und verstehen - das der Wunsch nach Sicherheit individuell ist - das Einflüsse des sozialen Umfeldes und der Umwelt Auswirkungen haben - nonverbale Kommunikation – körperlicher Ausdruck
Können	- Gesundheit und Wohlbefinden stärken - Beziehungen/Vertrauen aufbauen und stärken - Selbstbestimmung fördern - Maßnahmen gezielt anwenden
Einstellung	- wollen den Menschen mit Demenz ihre Umwelt näher bringen und Kontakte herstellen / ermöglichen - viel Verständnis und Empathie im direkten Kontakt
10 Minuten Aktivierung In der 10 Minuten Aktivierung werden durch gezielte Erinnerungsarbeit Schlüsselreize initiiert. Der Zeitraum ist aufgrund der begrenzten Konzentrationsfähigkeit so gewählt. Der dementiell erkrankte Mensch profitiert von einer täglichen Durchführung.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	- kennen mehrere Möglichkeiten der 10 Minuten Aktivierung - Körpergefühl und Bewegungsfähigkeit - Personalressourcen - Langzeiterinnerungen beachten
Können	- gelernte 10 Minuten Aktivierungen umsetzen - geeignete Aktivierungen auswählen - berücksichtigen die Biografie - mit Ablehnungen angemessen umgehen - Gedächtnistraining gezielt einsetzen

Einstellung	▪ sind sich der Bedeutung einer guten Auswahl an Aktivierungsmöglichkeiten bewusst
-------------	--

■ **Musik- und Kunst**

Musik und Kunst sind Ausdrucks- und Kommunikationsmittel, welche unmittelbar Emotionen und Gefühle eines Menschen, vor allem bei dementiell erkrankten Menschen, ansprechen. Durch Klänge, Töne und Stimme wird der Mensch über den Hörsinn angeregt. Verschiedene Kunstmaterialien ermöglichen eine besondere Ausdrucksform und überraschende Kreativität.

Dauer: 5 x 45 Minuten

Wissen	■ lösen und drücken Emotionen und Gefühle aus ■ Zugang zu Erinnerungen ■ fördern von Kontakt und Kommunikation ■ gibt Halt, schafft Zusammenhänge zwischen innerer Erlebniswelt und Umwelt ■ Anregung von Bewegung und Kreativität ■ kennen unterschiedliche Materialien ■ sind sich möglicher emotionaler Auswirkungen und Grenzen der Methoden bewusst
Können	■ Materialien zielgerichtet und klientenorientiert einsetzen ■ Situationsbedingt Materialien wechseln ■ Kommunikationstechniken unterstützend anwenden ■ Adäquate emotionale Begleitung
Einstellung	■ Akzeptanz und Annahme der individuellen Kreativität ■ Empathischer Umgang und wertfreie Interpretation des künstlerischen Ausdrucks

■ **personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood,**

Der personenorientierte Ansatz nach Tom Kitwood zählt zur Zeit mit zu den federführenden Methoden in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung. Ziel ist es, das „Personsein“ zu erhalten bzw. zu fördern oder ggf. wiederherzustellen. Das humanistische Menschenbild impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Tom Kitwood hebt hierbei auch eine Haltung hervor, in der Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gegenüber den psychischen Bedürfnissen eines Menschen, wie z.B. Identität, Trost und Einbeziehung entscheidend sind. Dabei grenzt sich das Verständnismodell der Demenz klar von biomedizinischen Ansätzen ab

Dauer: 4 x 45 Minuten

Wissen	■ Hintergrund des personenorientierten Ansatzes: „Herzstücke“, Haltung, psychische Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz, Verständnismodell von Demenz ■ Möglichkeiten der Umsetzung in den Praxisalltag
Können	■ wertschätzender, ressourcenorientierter Umgang für Menschen mit einer dementiellen Veränderung ■ Einnehmen einer personenorientierten Haltung ■ Fähigkeit des Perspektivwechsels ■ Erkennen von psychischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz

	▪ Umsetzung in der Interaktion und Kommunikation
Einstellung	▪ Reduzierung von „herausfordernden Verhaltensweisen“ durch Anwendung dieser Methode ▪ Anerkennung von „Personsein“ trotz Demenzerkrankung ▪ Einfühlungsvermögen, Wertschätzung und Echtheit im Umgang pflegen

▪ Snoezelen® Snoezelen® ist eine Methode zur Entspannungs- und Wahrnehmungsförderung. Dabei werden gezielt Sinnesreize eingesetzt, um das Wohlbefinden von demenzerkrankten Menschen zu fördern bzw. zu steigern. In Gruppen- oder Einzelsitzungen werden verschiedene Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote in speziell angelegten Snoezelenräumen durchgeführt. Dazu zählen beispielsweise Aromen zur Anregung des olfaktorischen Sinns oder Fingerfood, um den gustatorischen Sinn zu aktivieren. Welche Reaktionen dabei auftreten und wie sie einzuordnen sind, obliegt einer gezielten Beobachtung.	
Dauer: 1 x 45 Minuten	
Wissen	▪ Begriffsbestimmung, Aufgaben und Ziele ▪ Gruppen- oder Einzelangebote ▪ Sinnesspezifische Aktivierungsangebote ▪ Einrichtung von Snoezelenräumen ▪ Reaktionen und Veränderungen kennen
Können	▪ Umsetzung von Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten in den Alltag ▪ klientenorientierte Anwendung von Angeboten ▪ Umgang mit verschiedenen Materialien ▪ gezielte Beobachtung und Einordnung von Reaktionen und Veränderung und damit Adaption weiterer Angebote
Einstellung	▪ Snoezelen® ermöglicht Zugang über Sinne ▪ die Wahrnehmung wird gefördert und damit das Wohlbefinden ▪ die Wahrnehmung ist individuell und Reaktionen erfolgen nicht konstant und kongruent

▪ Milieugestaltung „Der Demenzkranke kann sich seiner Umgebung nicht anpassen, deshalb sollte sich die Umgebung an den altersverwirrten Menschen anpassen“ (Dr. Jan Wojnar). Aufgrund der Demenzerkrankung finden sich betroffene Menschen v.a. in fremden Umgebungen mit fremden Menschen nicht zurecht, was folglich zu einer Minderung der Sicherheit. Dabei sind vertraute Räumlichkeiten, Bezugspersonen und eine feste Tagesstrukturierung sehr wichtig für das Wohlbefinden. Hierbei gibt es eine Vielzahl von organisatorischen und institutionellen Gestaltungsmöglichkeiten sowie im Rahmen von gezielten Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten.	
Dauer: 1 x 45 Minuten	

Wissen	▪ Auswirkungen der Umgebung (Milieu) auf den Menschen mit Demenz ▪ personelle und räumliche Gestaltungsmöglichkeiten ▪ institutionelle Rahmenbedingungen ▪ Aktivierungs- und Beschäftigungsvielfalt unter Einbeziehung adäquater Materialien ▪ Reaktionen und Veränderungen beim betroffenen Menschen kennen
Können	▪ klientenorientierte Umsetzung im Praxisalltag unter Rücksichtnahme von Sicherheitsaspekten ▪ Erkennen und Einordnung von individuellen Reaktionen ▪ Fähigkeit zum Perspektivwechseln und Verständnis für die Lebensweltorientierung ▪ Einsetzen von gezielten Materialien zur Orientierungsförderung
Einstellung	▪ Annahme der Problematik, dass Menschen mit Demenz sich in fremden Umgebungen und mit fremden Menschen schlecht zurecht zu finden ▪ Erkenntnis, dass eine vertraute Umgebung und vertraute Menschen für Sicherheit sorgen und steigern somit das Wohlbefinden ▪ Einfühlungsvermögen und Verständnis für individuelle Reaktionen ▪ über Milieugestaltung kann ein Zugang zur lebensweltlichen Wahrnehmung des demenzerkrankten Menschen gefunden werden

Modul 8

Biografiearbeit in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

▪ Biografiearbeit – „Erinnern heißt leben“ Die Teilnehmer*innen wissen, warum eine gute Biografiearbeit basisführend sein kann. Es gelingt ihnen, durch angemessene Kommunikation sowie Einsatz von gezielten Methoden biografische Daten zu erfassen und diese zu dokumentieren. Ihnen ist bewusst, wie die biografischen Erkenntnisse in den stationären Betreuungsalltag integriert bzw. verwendet werden können	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	▪ Begriffsbestimmung: Biografiearbeit und Erinnerungspflege ▪ Sozialbiografie ▪ Kennen die Grundlagen und Ziele der Biografiearbeit ▪ Unterschiedliche Methoden der Biografiearbeit ▪ differenzieren gesprächsorientierte und aktivitätsorientierte Biografiearbeit

Können	■ Umsetzung und Integration von biografischen Erkenntnissen in den Betreuungsalltag ■ Unterschiedliche Arten von Informationen zusammentragen
Einstellung	■ Sehen die Biografiearbeit als sensiblen Bereich der Datenerhebung an, verstehen Biografiearbeit als Voraussetzung für eine gute Beziehungsgestaltung ■ Wahren einen sensiblen Umgang mit den Erkenntnissen aus der Biografiearbeit

Modul 9

Angehörigenarbeit

■ Angehörigenarbeit Die Angehörigenarbeit ist ein wesentlicher Baustein in der Betreuung und Begleitung von demenzkranken Menschen. Dabei stehen pflegende Angehörige vor großen Herausforderungen, wie z.B. Veränderung der Rollen und Beziehungen in der Familie oder belastende Situationen in der Vereinbarkeit mit der weiteren Ausübung des Berufes. Eine gute Integration der pflegenden Angehörigen kann durch gezielte Informations- und Beratungsangebote gewährleistet werden, sodass diese den herausfordernden Alltagssituationen begegnen und sich selbst dabei nicht außer Acht lassen können.	
Dauer: Basiswissen 4 x 45 Minuten; Vertiefung 4 x 45 Minuten	
Wissen	■ Auswirkungen der Diagnose „Demenz“ auf die Familienmitglieder und Angehörigen kennen und belastende Situationen verstehen ■ Rollen- und Selbstverständnis der Angehörigen ■ Einbeziehung und Kooperation ■ Informations- und Beratungsangebote ■ Leistungen und Unterstützungs- sowie Entlastungsstrategien ■ Strategien zur Konfliktbewältigung
Können	■ Entwicklung einer Familiensensibilität ■ Erkennen von herausfordernden Situationen und Rollen- bzw. Selbstverständnis der Angehörigen nachvollziehen ■ Ressourcen und Grenzen der Angehörigenkooperation erkennen ■ Beratungskonzepte anwenden, um Angehörige über alle Leistungen, Unterstützungsangebote sowie Entlastungsstrategien zu beraten und zu informieren ■ Strategien zur Deeskalation und Bewältigung von Konflikten
Einstellung	■ Haltung, dass Erkrankung Demenz nicht nur eine Herausforderung für die betroffenen Menschen, sondern auch für deren Angehörigen ist ■ Verständnis und Empathie für Situation der pflegenden Angehörigen und die daraus resultierende Rolleneinnahme ■ Einfühlungsvermögen bei der Kontaktaufnahme und Beratung der Angehörigen vermitteln

Modul 10

Recht

■ Rechtliche Aspekte der Betreuung und Beschäftigung in der stationären Akutversorgung Die Teilnehmer*innen haben Grundkenntnisse über rechtliche Aspekte die ihr Berufsbild betreffen.	
Dauer: 5 x 45 Minuten	
Wissen	■ Auszüge aus dem Strafrecht, Schweigepflicht, Straftaten gegen den Körper, Straftaten gegen das Leben, insbesondere fahrlässige Tötung, Aussetzung § 221 Strafgesetzbuch, Tötung auf Verlangen, Misshandlung Schutzbefohlener, unterlassene Hilfeleistung, Freiheitsberaubung ■ Grundkenntnisse Haftungsrecht, Betreuungsrecht ■ Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
Können	■ Kennen und Beachten von rechtlichen Grundlagen im Klinikalltag
Einstellung	■ Bewusstmachen der eigenen Rechte und Pflichten in der Betreuung von Menschen mit einer dementieller Veränderung

Modul 11

Erste Hilfe

■ Erste Hilfe Die Teilnehmer*innen erkennen lebensbedrohliche Situationen und kritische Zustandsveränderungen. Sie können lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen und/oder dabei assistieren.	
Dauer: 9 x 45 Minuten	
Wissen	■ Notfallsituationen einschätzen ■ Handlungskette ■ Notruf ■ Allgemeine „Erste-Hilfe-Maßnahmen“ ■ Erste Hilfe“ in ausgewählten Notfallsituationen (Knochen- und Gelenkverletzungen, Innere und äußere Blutungen, Wunden, Thermische Verletzungen, Vergiftungen, Verätzung, Atemwegsverlegung, Lebensbedrohliche Zustände, Schock) ■ Verletzung der Sinnesorgane
Können	■ Lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen und unterstützen können
Einstellung	■ werden für das Helfen sensibilisiert ■ lernen Hilfe zu holen, mit beispielhaften Notfallsituationen umzugehen, um eine positive Einstellung zur Ersten Hilfe zu bekommen

Modul 12

Grundlagen der Fallsteuerung

■ Fallsteuerung

Die Teilnehmer*innen verfügen über das anwendungsbezogene Fachwissen und Grundlagen der Fallsteuerung. Aufbauend auf einer Bedarfs- und Ressourcenermittlung werden personen- und bedarfsorientierte Maßnahmen für Menschen mit Demenz bezogen auf die stationäre Akutversorgung geplant sowie koordiniert. Sie überwachen und stellen die Fallsteuerung sicher.

Dauer: 64 x 45 Minuten

Wissen	■ <u>Basis</u>: Einführung in die Fallsteuerung für Menschen mit dementieller Veränderungen ■ Assessment als zentrales Instrument der Fallsteuerung – Assessmentverfahren ■ Ressourcenanalyse und Ressourcensicherung ■ soziale und informelle Netzwerke ■ Visualisierung von sozialen Systemen (Geno- und Soziogramm, Ökomap) ■ personenorientierte Planung von Maßnahmen ■ kollegiale Fallberatung ■ Basis: Fallsteuerung – Überwachung und Steuerung ■ Koordination von Maßnahmen ■ Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität ■ <u>Vertiefung</u>: Zielgruppenbezogene Handlungsstrategien ■ zielgruppenbezogene Problemlagen ermitteln ■ zielgruppenbezogene Assessmentanforderungen, Ressourcenanalyse und –steuerung (Biografiearbeit, Lebensweltorientierung, Empowerment) ■ sektorenübergreifendes Management ■ Entlassungsmanagement
Können	■ Fallbesprechungen organisieren sowie moderieren ■ Schaffung und Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung des Menschen mit einer dementiellen Veränderung
Einstellung	■ Senkung der Wiedereinweisungsrate in das Krankenhaus, Lebensqualität sowie Selbstständigkeit der Patienten länger erhalten, Ressourcen des Betroffenen optimal nutzen und Gesundheitsausgaben reduzieren

Modul 13

Konfliktmanagement

■ Konfliktmanagement „Probleme, die man ignoriert, verschwinden nur, um Verstärkung zu holen.“ Die Teilnehmer*innen sind in der Lage, schwierige Konfliktsituationen im Umgang bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung sowie mit deren Angehörigen im stationären Setting konstruktiv zu bewältigen. Dabei werden kommunikative, deeskalierende und kooperative Lösungsansätze angewandt und situativ angepasst.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	■ Handlungskompetenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz und deren Angehörigen im stationären Kontext (Verhalten verstehen, Rahmenempfehlungen, Krisenintervention)
Können	Mut und Selbstvertrauen zu haben, sich schwierigen Konflikt-Situationen zu stellen sind ebenso elementar wie Konfliktbewältigungskompetenzen, denn „Können“ setzt „Wollen“ voraus. ■ Meine eigene Haltung ■ Innere Antreiber ■ Selbsterfahrung ■ Psychodynamische Prozesse/Abwehrmechanismen (Verdrängung, Projektion, Verschiebung) ■ Verhaltensanalyse aus kognitiv verhaltensorientierte Sicht ■ Psychologische Phänomene, die Konflikte verstärken ■ Reaktanz ■ Selektive Wahrnehmung ■ Fundamentale Attributionsfehler ■ Rosenthal-Effekt ■ Vorurteile ■ Konfliktverständnis ■ Mein Konfliktstil ■ Gefühle im Konflikt ■ Grundeinstellung und Konfliktsyndrom ■ Heiße vs. Kalte Konflikte ■ Konfliktbewältigung ■ Strukturelles Konfliktmanagement ■ Konstruktive Konfliktbearbeitung (Fünf-Phasen-Modell)
Einstellung	Um Konfliktsituationen mit Patienten sowie mit deren Angehörigen konstruktiv bewältigen zu können, stehen neben kommunikativen und mediativen Kompetenzen, die eigene „Konflikt-Persönlichkeit“ sowie die Haltung, wie wir Menschen begegnen im Vordergrund. Andere Menschen und Konfliktsituationen zu verstehen bedeutet in erster Linie sich selbst zu verstehen. Zentrale Voraussetzungen hierbei sind das Verständnis eigener psychodynamischer Prozesse sowie das Erspüren von blinden Flecken und Schattenseiten der eigenen Persönlichkeit.

Modul 14

Prozessmanagement und Steuerung des Gesamtprojekts

Die Teilnehmer*innen wissen um die Bedeutung einer demenzsensiblen Versorgung im stationären Akutalltag. Institutionelle Rahmenbedingungen und Prozesse werden mit dem Konzept des IdA-Projekts gesteuert und abgestimmt, so dass eine klientenorientierte Versorgung gewährleistet sowie umgesetzt werden kann.

■ **Patienten mit der „Nebendiagnose ‚Demenz‘ im Akutkrankenhaus“ Bedeutung einer stationären Akutversorgung von Menschen mit Demenz – Demenz Support**

Der hohe Betreuungsbedarf kognitiv beeinträchtigter Menschen beeinflusst die routinierten, auf Effizienz ausgerichteten Stationsabläufe in Akutkrankenhäusern erheblich. Die Mitarbeiter*innen verfügen überwiegend über themenspezifisches Wissen, große Erfahrung und Empathie. Aufgrund der zeitlichen und strukturellen Rahmenbedingungen haben sie jedoch häufig den Eindruck, ihr Wissen im Umgang mit den Patient*innen überhaupt nicht einsetzen zu können.

Sie stellen sich der Frage wie eine „kleine Ethik“ im beruflichen Umfeld aussehen kann und diskutieren, wie sie Möglichkeitsräume dafür im beruflichen Alltag erschließen können.

Dauer: 8 x 45 Minuten

Wissen	■ Patienten mit kognitiven Einschränkungen erkennen, achten, schützen, verstehen, beschäftigen ■ Sektorenübergreifendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement ■ Besondere Risiken erkennen und minimieren ■ Orientierung unterstützen ■ Aktivität fördern ■ Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamt ■ Autonomie vs. Selbstbestimmung – die kleine Ethik im Stationsalltag ■ Eigene Grenzen definieren
Können	■ Barrieren zu identifizieren (intrapersonal; räumlich; strukturell; organisational) und Strategien dafür zu entwickeln, wie sie ihre Kompetenzen wirksam einsetzen können.
Einstellung	■ Interprofessionelles Verständnis, verschiedene Akteure mit jeweiligen Rollen- und Selbstverständnis

Quellen

https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Curriculum_paderborn.pdf

Modul 3 Grundlagen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2012): Der alte Mensch im OP. - Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs.

Modul 5 Kommunikation

<https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/nonverbale-kommunikation-in-der-spaeteren-krankheitsphase-einer-demenz.html>

https://www.demenz-support-bfs.de/dienstleistungen/inhouse_seminare/detailansicht?inhouse_seminar=Nicht%20immer%20braucht%20es%20Worte%21&id=94

https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/roehner-schuetz_probekapitel_2.pdf

https://www.demenz-support-bfs.de/dienstleistungen/inhouse_seminare/detailansicht?inhouse_seminar=Patienten%20mit%20der%20Nebendiagnose%20%E2%80%9EDemenz%E2%80%9C%20im%20Akutkrankenh aus&id=136

Modul 12 Fallsteuerung

<https://www.alzheimer-brandenburg.de/>

Modul 7 Demenzspezifische Pflegekonzepte

personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood

Welling, K. (2016): Interaktion in der Pflege von Menschen mit Demenz. Grundlagen. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung Heft 16. 4. Auflage, Brake: Prodos Verlag.

Angehörigenarbeit

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Ratgeber Demenz. Information für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz. 13. aktualisierte Aufl., Paderborn: Bonifatius GmbH

Snoezelen®

Kellner, C. & Menche, N. (Hrsg.) (2017): Pflegen. Grundlagen und Interventionen. 2. Aufl., München: Elsevier Verlag.

Milieugestaltung

https://www.blickwechseldemenz.de/content/e964/e6042/e6149/e6162/e6171/Prsentation_CorneliaPlenter_22-11-2011.pdf

Curriculum

für die Schulung pflegender Angehörigen

im Rahmen der Interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung (IdA-Projekt)

Mit dem Beginn der dementiellen Erkrankung kommt es zu extremen Veränderungen im gewohnten Lebensalltag. Das gilt für den Betroffenen selbst, sowie für seine Angehörigen im nahen Lebensumfeld. Bei diesen neuen Herausforderungen kann eine individuelle Angehörigenschulung Informationen vermitteln und Ängste nehmen.

Thema 1: Wissenswertes zum Thema Demenz & Delir

Inhalt
Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder Demenz und Delir Formen der Demenz & Einteilung nach Schweregraden Krankheitserleben & Gefühlswelt von Menschen mit Demenz Zugang finden und aufrecht erhalten Krankheitsbild Delir

Thema 2: Umgang mit dem Krankheitsbild Demenz

Inhalt
Kommunikation mit Menschen mit Demenz Wertschätzender Umgang / Validation/ Biografie Tagesstruktur Orientierungshilfen Technische Hilfsmittel

Thema 3: Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen

Inhalt
Krisenbewältigung bei Demenz Herausforderndes Verhalten erkennen und einschätzen Umgang mit Aggression und Gewalt Selbstfürsorge physische und psychische Belastungen Anpassung eigener Lebensgewohnheiten Hilfesysteme zulassen und einbinden

Thema 4: Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten

Inhalt
Geldleistungen, Pflegeleistungen, Kombinationsleistungen Hilfen durch die Pflegeversicherung – SGB XI Hilfen im Rahmen der Sozialhilfe/Grundsicherung – SGB XII Hilfen für Menschen mit Schwerbehinderung – SGB IX Regionale Leistungsanbieter Ambulante Pflegedienst mit Zusatzleitung nach § 45 SGB XI Tagespflege / Nachtpflege Demenzcafé betreute Urlaube Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege Betreutes Wohnen Demenz – WG Stationäre Pflegeeinrichtungen Selbsthilfegruppen



Einladung
zur Eröffnungsveranstaltung
des Innovationsfondsprojektes



Das Konsortium stellt sich vor:

Beteiligte Kliniken

Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Klinikum Niederlausitz GmbH

Qualifizierung

Klinikum Campus GmbH

Krankenkassen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Bahn-BKK
KNAPPSCHAFT

Evaluation

AGENON Gesellschaft für
Forschung und Entwicklung
im Gesundheitswesen mbH

Projektmanagement

Jäger Gesundheits-
management – JGM GmbH

Gefördert durch:



Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie recht herzlich zur Eröffnungsveranstaltung des Innovationsfondsprojektes „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung“ **am 10. Januar 2020 um 11 Uhr** ein in die:

Oberhavel Kliniken GmbH
Klinik Hennigsdorf
Konferenzraum Stechlin
Marwitzer Straße 91
16761 Hennigsdorf

Bitte bestätigen Sie uns Ihre verbindliche Teilnahme bis zum 21. Dezember 2019 per Email unter ida@jgm-gmbh.de oder per Telefon unter 033200 53 95 90.



Veranstaltungsprogramm

10. Januar 2020

Uhr

- 11:00 Anreise
- 11:15 Begrüßung
durch Landrat Ludger Weskamp
- 11:20 Eröffnungsrede
Ursula Nonnemacher,
Stellvertretende Ministerpräsidentin und
Ministerin für Soziales, Gesundheit,
Integration und Verbraucherschutz (MSGIV)
- 11:35 Impulsreferat
„Demenz im Allgemeinkrankenhaus“
Sabine Jansen,
Geschäftsführerin Deutsche Alzheimer
Gesellschaft e.V.
- 12:10 Was erwarten wir von IdA?
Podiumsdiskussion mit den beteiligten
Kliniken und Krankenkassen
- 13:00 Sektempfang & Fingerfood

Musikalische Umrahmung durch Schüler der
Kreismusikschule Oberhavel



Das Konsortium stellt sich vor:

Beteiligte Kliniken

Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)
Klinikum Ernst von Bergmann GmbH
Klinikum Niederlausitz GmbH

Qualifizierung

Klinikum Campus GmbH

Krankenkassen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Bahn-BKK
KNAPPSCHAFT

Evaluation

AGENON Gesellschaft für
Forschung und Entwicklung
im Gesundheitswesen mbH

Projektmanagement

Jäger Gesundheitsmanagement
– JGM GmbH

Gefördert durch:

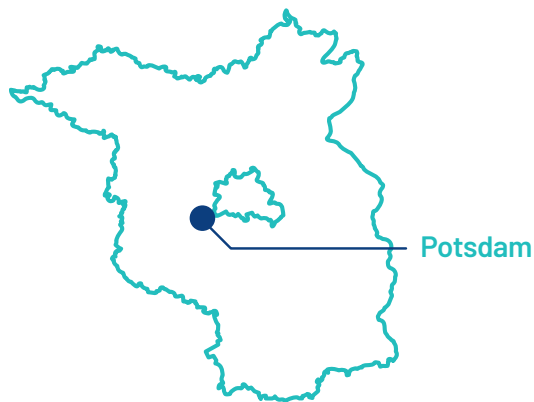


**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Anlage 5: Ida – Falzflyer Patienten KNL

Teilnehmender Standort des
Klinikums Ernst von Bergmann:



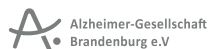
Nehmen Sie gern mit uns Kontakt auf!

Klinik: Klinikum Ernst v. Bergmann gGmbH
Telefon: 0331 24 14 75 56
E-Mail: ida@klinikumevb.de
Website: www.ida-brandenburg.de

Teilnehmende Krankenkassen:



Unterstützer:



Basis der Illustrationen: Paranyu (Shutterstock)



Ein Projekt mit Zukunft

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

das Projekt IdA richtet sich an Patienten ab 70 Jahren mit unterschiedlichen Alltagsfähigkeiten und Gedächtnisleistungen, die wegen einer körperlichen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden. IdA wird durch den Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert, wissenschaftlich begleitet und gemeinsam mit Ihrer teilnehmenden Krankenkasse durchgeführt. Die teilnehmenden Krankenkassen sind die AOK Nordost, die BAHN-BKK und die KNAPPSCHAFT.

Das Projekt möchte herausfinden, ob eine veränderte Tagesgestaltung im Krankenhaus einen positiven Einfluss auf Ihren Krankenhausaufenthalt hat. Ein speziell geschulter Mitarbeiter erstellt nach einem Erstgespräch für Sie einen individuellen Betreuungsplan, der Ihnen hilft, sich zu orientieren und der zur Tagesstrukturierung beiträgt.

Während Ihres gesamten Krankenhausaufenthaltes werden Sie von unseren IdA-Tagesbegleitern besucht und individuell betreut. Des Weiteren werden auf Wunsch Gruppenaktivitäten angeboten. Alle Maßnahmen finden unter intensiver Berücksichtigung und Einhaltung der aktuellen Hygienebestimmungen statt.

Die Teilnahme am IdA-Projekt ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sprechen Sie uns gerne an! Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite des Flyers.

Welche Vorteile bringt IdA?

- Über die übliche Versorgung hinausgehende Betreuung durch speziell geschulte Tagesbegleiter
- Verbesserte Information und Kommunikation durch geschulte Mitarbeiter
- Verbesserte Vernetzung mit Angehörigen, Hausärzten, Pflegeeinrichtungen auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus
- Informationsveranstaltungen und Schulungsangebote für Angehörige

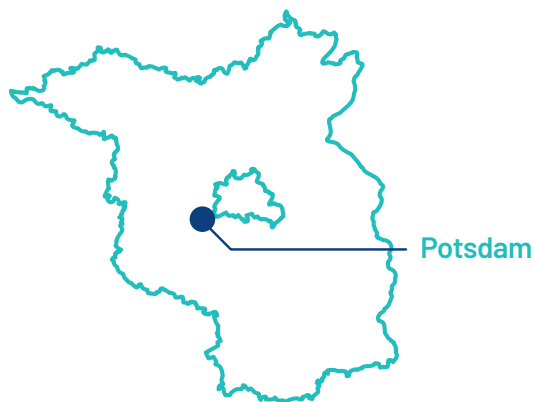


Weitere Informationen erhalten Sie unter:

www.ida-brandenburg.de

Anlage 6: IdA – Falzflyer Patienten EvB

Teilnehmender Standort des
Klinikums Ernst von Bergmann:



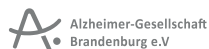
Nehmen Sie gern mit uns Kontakt auf!

Klinik: Klinikum Ernst v. Bergmann gGmbH
Telefon: 0331 24 14 75 56
E-Mail: ida@klinikumevb.de
Website: www.ida-brandenburg.de

Teilnehmende Krankenkassen:



Unterstützer:



Basis der Illustrationen: Paranyu (Shutterstock)



Ein Projekt mit Zukunft

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

das Projekt IdA richtet sich an Patienten ab 70 Jahren mit unterschiedlichen Alltagsfähigkeiten und Gedächtnisleistungen, die wegen einer körperlichen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden. IdA wird durch den Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert, wissenschaftlich begleitet und gemeinsam mit Ihrer teilnehmenden Krankenkasse durchgeführt. Die teilnehmenden Krankenkassen sind die AOK Nordost, die BAHN-BKK und die KNAPPSCHAFT.

Das Projekt möchte herausfinden, ob eine veränderte Tagesgestaltung im Krankenhaus einen positiven Einfluss auf Ihren Krankenhausaufenthalt hat. Ein speziell geschulter Mitarbeiter erstellt nach einem Erstgespräch für Sie einen individuellen Betreuungsplan, der Ihnen hilft, sich zu orientieren und der zur Tagesstrukturierung beiträgt.

Während Ihres gesamten Krankenhausaufenthaltes werden Sie von unseren IdA-Tagesbegleitern besucht und individuell betreut. Des Weiteren werden auf Wunsch Gruppenaktivitäten angeboten. Alle Maßnahmen finden unter intensiver Berücksichtigung und Einhaltung der aktuellen Hygienebestimmungen statt.

Die Teilnahme am IdA-Projekt ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sprechen Sie uns gerne an! Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite des Flyers.

Welche Vorteile bringt IdA?

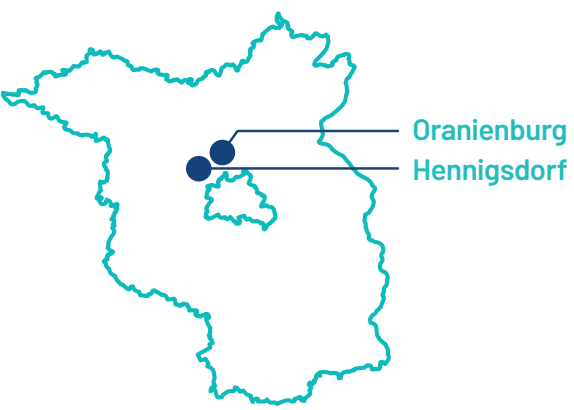
- Über die übliche Versorgung hinausgehende Betreuung durch speziell geschulte Tagesbegleiter
- Verbesserte Information und Kommunikation durch geschulte Mitarbeiter
- Verbesserte Vernetzung mit Angehörigen, Hausärzten, Pflegeeinrichtungen auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus
- Informationsveranstaltungen und Schulungsangebote für Angehörige



Weitere Informationen erhalten Sie unter:

www.ida-brandenburg.de

Teilnehmende Standorte der
Oberhavel Kliniken:



Oranienburg
Hennigsdorf

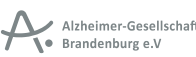
Nehmen Sie gern mit uns Kontakt auf!

Klinik: Oberhavel Kliniken GmbH
Telefon: 03301 66 11 15
E-Mail: ida@oberhavel-kliniken.de
Website: www.ida-brandenburg.de

Teilnehmende Krankenkassen:



Unterstützer:



Ein Projekt mit Zukunft

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

das Projekt IdA richtet sich an Patienten ab 70 Jahren mit unterschiedlichen Alltagsfähigkeiten und Gedächtnisleistungen, die wegen einer körperlichen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden. IdA wird durch den Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert, wissenschaftlich begleitet und gemeinsam mit Ihrer teilnehmenden Krankenkasse durchgeführt. Die teilnehmenden Krankenkassen sind die AOK Nordost, die BAHN-BKK und die KNAPPSCHAFT.

Das Projekt möchte herausfinden, ob eine veränderte Tagesgestaltung im Krankenhaus einen positiven Einfluss auf Ihren Krankenhausaufenthalt hat. Ein speziell geschulter Mitarbeiter erstellt nach einem Erstgespräch für Sie einen individuellen Betreuungsplan, der Ihnen hilft, sich zu orientieren und der zur Tagesstrukturierung beiträgt.

Während Ihres gesamten Krankenhausaufenthaltes werden Sie von unseren IdA-Tagesbegleitern besucht und individuell betreut. Des Weiteren werden auf Wunsch Gruppenaktivitäten angeboten. Alle Maßnahmen finden unter intensiver Berücksichtigung und Einhaltung der aktuellen Hygienebestimmungen statt.

Die Teilnahme am IdA-Projekt ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sprechen Sie uns gerne an! Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite des Flyers.

Welche Vorteile bringt IdA?

- Über die übliche Versorgung hinausgehende Betreuung durch speziell geschulte Tagesbegleiter
- Verbesserte Information und Kommunikation durch geschulte Mitarbeiter
- Verbesserte Vernetzung mit Angehörigen, Hausärzten, Pflegeeinrichtungen auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus
- Informationsveranstaltungen und Schulungsangebote für Angehörige

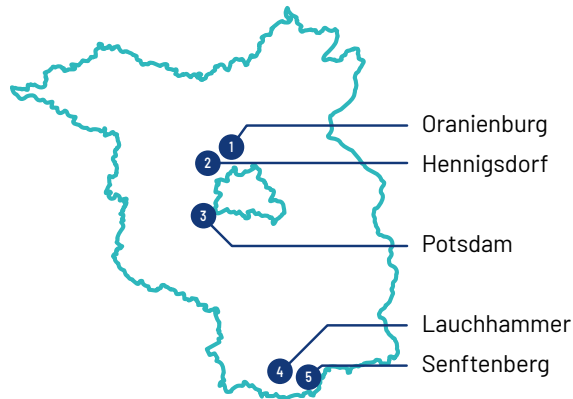


Weitere Informationen erhalten Sie unter:

www.ida-brandenburg.de

Anlage 8: IdA – Falzflyer Arzt

Standorte der teilnehmenden Kliniken:



1 2	Oberhavel Kliniken	03301 66 35 80
3	Klinikum Ernst von Bergmann	0331 24 14 75 55
4 5	Klinikum Niederlausitz	03573 75 34 70

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter: www.ida-brandenburg.de

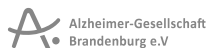
Konsortialführung:



Teilnehmende Krankenkassen:



Unterstützer:



**Interdisziplinäre
demenzsensible
Akutversorgung
sektorübergreifend**

Ein Projekt mit Zukunft

Projekt IdA – Was ist das?

IdA steht für Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung und ist ein innovativer Ansatz zur Unterstützung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die wegen einer körperlichen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden müssen.

In einer ausführlichen Eingangsuntersuchung ermitteln speziell geschulte Koordinatoren den Hilfebedarf und die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Projektes. Ein individueller Maßnahmenplan unter Einbeziehung der Angehörigen und Vernetzung mit kooperierenden Hausärzten und/oder Pflegeeinrichtungen ermöglicht Orientierungshilfe, Tagesstruktur und Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes.

Die eigens für das Projekt angestellten und geschulten Tagesbegleiter bieten Einzelbetreuung auf den Stationszimmern mit entsprechender Ausstattung zur Aktivierung oder Beruhigung der Patienten an. Je nach Bedarf und unter Einhaltung der jeweiligen Hygienebestimmungen sollen ebenfalls Gruppenaktivitäten in separaten Räumlichkeiten angeboten werden.

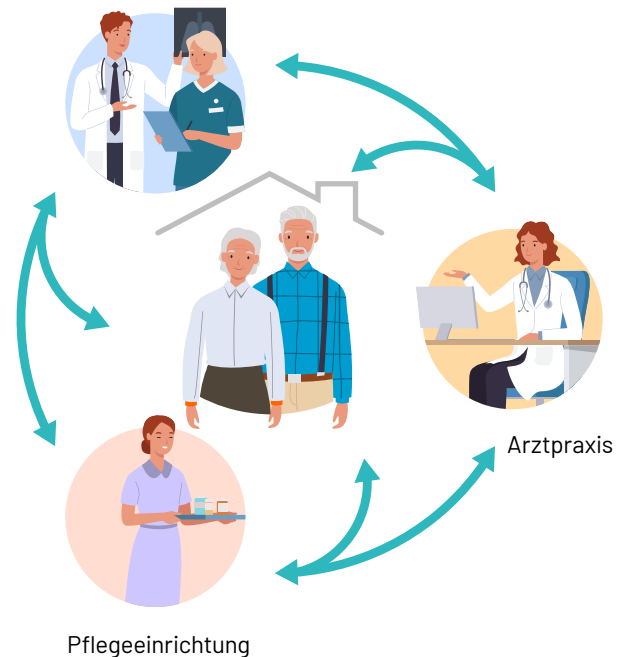
Wer kann teilnehmen?

- Patienten ab 70 Jahren
- Mindestaufenthalt im Krankenhaus von 4 Tagen
- Versicherte folgender Krankenkassen:
AOK Nordost, BAHN-BKK, KNAPPSCHAFT

Welche Vorteile bringt IdA?

- Strukturierte Vernetzung mit dem ambulanten Bereich (prä- und poststationär)
- Verbesserung der Versorgung von älteren Patienten
- Entlastung der Praxisorganisation durch rechtzeitige Entlassinformationen durch das IdA-Personal
- Detaillierte Informationen zum kognitiven Allgemeinzustand des Patienten, ggf. erstmals diagnostizierte Beeinträchtigungen

IdA Team im Krankenhaus





Projektkoordinatorin IdA

Oberhavel Kliniken GmbH
Robert-Koch-Str. 2-12
16515 Oranienburg

Telefon 03301 66 11 16
E-Mail ida@oberhavel-kliniken.de
Web www.ida-brandenburg.de



Anlage 10

Erklärfilm Patienten

Der Erklärfilm für Patienten ist unter folgendem Link abrufbar:

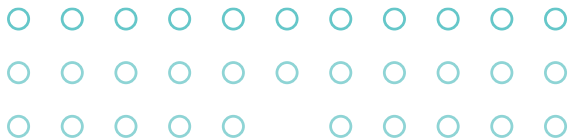
<https://www.ida-brandenburg.de/patienten/>

Anlage 11

Erklärfilm Ärzte

Der Erklärfilm für Ärzte ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.ida-brandenburg.de/informationen-fuer-aerzte/>



Stempel

Ihr nächster Termin

Name

Anlass

Datum

Uhr

Mo

Di

Mi

Do

Fr



www.ida-brandenburg.de



**FROHE
WEIHNACHTEN**

Das gesamte IdA-Projektteam
wünscht wundervolle Weihnachten
sowie ein gesundes neues Jahr.



www.ida-brandenburg.de



Einladung!
IdA Fachtag

am 23. März 2022, von 15 bis 18 Uhr



Beteiligte Kliniken	Qualifizierung	Krankenkassen	Evaluation	Projektmanagement
Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortiaführung)	Klinikum Campus GmbH	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	AGENON Gesellschaft für	Jäger Gesundheits-
Klinikum Ernst von Bergmann GmbH		BAHN-BKK	Forschung und Entwicklung	management – JGM GmbH
Klinikum Niederlausitz GmbH		KNAPPSCHAFT	im Gesundheitswesen mbH	

Unterstützer:



Werfen Sie mit uns einen Blick
hinter die Kulissen eines spannenden
Innovationsfondsprojektes!



Sehr geehrte Damen und Herren,

unser gemeinsames Innovationsfondsprojekt „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend“ hat die erste Versorgungsphase abgeschlossen und befindet sich seit Juli in der Vollversorgung. Damit ist es an der Zeit, Zwischenergebnisse der Evaluation auszutauschen, Stimmen von Versorgern zu hören und gemeinsam zu überlegen, was wir noch besser machen können. Hierzu laden wir Sie ganz herzlich zu unserem „**IdA-Fachtag**“ am 23. März 2022 in der Zeit von 15 – 18 Uhr ein. Pandemiebedingt findet die Veranstaltung als kontaktfreie Online-Variante statt.

Die Details zum Programm und Einwahldaten entnehmen Sie bitte dem Veranstaltungsprogramm. Fortbildungspunkte sind bei der Landesärztekammer beantragt.



Das Konsortium stellt sich vor:

Beteiligte Kliniken

Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Klinikum Niederlausitz GmbH

Qualifizierung

Klinikum Campus GmbH

Krankenkassen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
BAHN-BKK
KNAPPSCHAFT

Evaluation

AGENON Gesellschaft für
Forschung und Entwicklung
im Gesundheitswesen mbH

Projektmanagement

Jäger Gesundheitsmanagement
– JGM GmbH

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Veranstaltungsprogramm

Fachtag am Mittwoch, dem 23. März 2022

Ort

Videokonferenz GoToMeeting

Teilnahme per Computer, Tablet oder Smartphone:

<https://global.gotomeeting.com/join/850021221>

Teilnahme per Telefon: +49 891 21 40 20 90

Zugangscode: 850-021-221

Uhr

15:00

Projektvorstellung IdA

Dr. Simone Freitag, Projektleitung

Winnie Klingenberg, Projektbeauftragte

Oberhavel Klinken

15:45

Der schwierige Patient?! – Krankenhausaufenthalt mit Demenz

Dr. Odette Fründt, Klink für Neurologie

Klinikum Ernst von Bergmann

16:30

Erste Ergebnisse der Prozessevaluation

Sebastian Schulze, Projektbeauftragter

Klinikum Niederlausitz

17:15

Erfahrungsberichte der IdA-Versorger

IdA-Koordinatoren, IdA-Tagesbegleiter

Anja Köhn, Projektbeauftragte

Klinikum Ernst von Bergmann

Moderation Dr. Carsten Jäger, Projektmanagement

18:00

Veranstaltungsende

Anmeldung:

E-Mail

c.pritzke@jgm-gmbh.de

Tel.

033200 53 95 90

Wir bitten um eine verbindliche Anmeldung und Zusendung der EFN-Nummer bis zum 22. März 2022.

Einladung

IdA-Fachtag

am 23. März 2022, von 15 bis 18 Uhr



Werfen Sie mit uns einen Blick hinter die Kulissen eines spannenden Innovationsfondsprojektes!

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser gemeinsames Innovationsfondsprojekt „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend“ hat die erste Versorgungsphase abgeschlossen und befindet sich seit Juli in der Vollversorgung. Damit ist es an der Zeit, Zwischenergebnisse der Evaluation auszutauschen, Stimmen von Versorgern zu hören und gemeinsam zu überlegen, was wir noch besser machen können.

Hierzu laden wir Sie ganz herzlich zu unserem „**IdA-Fachtag**“ am **23. März 2022** in der Zeit von 15 – 18 Uhr ein. Pandemiebedingt findet die Veranstaltung als kontaktfreie Online-Variante statt.

Die Details zum Programm und Einwahldaten entnehmen Sie bitte dem Veranstaltungsprogramm. Fortbildungspunkte sind bei der Landesärztekammer beantragt.

Beteiligte Kliniken

Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Klinikum Niederlausitz GmbH

Qualifizierung

Klinikum Campus GmbH

Krankenkassen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
BAHN-BKK
KNAPPSCHAFT

Evaluation

AGENON Gesellschaft für Forschung und
Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Projektmanagement

Jäger Gesundheits-
management – JGM GmbH

Unterstützer:

Gefördert durch:





Einladung
zur Abschlussveranstaltung
des Innovationsfondsprojektes



Beteiligte Kliniken	Qualifizierung	Krankenkassen	Evaluation	Projektmanagement
Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)	Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH (ehemals Klinikum Campus GmbH)	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse BAHN-BKK KNAPPSCHAFT	AÖE NON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH	Jäger Gesundheits- management – JGM GmbH
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH				

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie recht herzlich zur Abschlussveranstaltung des Innovationsfondsprojektes „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung“ **am 30. August 2023 um 11 Uhr** ein in die:

Oberhavel Kliniken GmbH
Klinik Hennigsdorf
Konferenzraum Stechlin
Marwitzer Straße 91
16761 Hennigsdorf

Bitte bestätigen Sie uns Ihre verbindliche Teilnahme bis zum 28. Juli 2023 per Email unter ida@jgm-gmbh.de oder per Telefon unter 033200 53 95 90.



Veranstaltungsprogramm

30. August 2023

Uhr

11:00 **Anreise**

11:15 **Begrüßung**
durch Landrat Alexander Tönnies

11:20 **Eröffnungsrede**
Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit,
Integration und Verbraucherschutz(MSGIV)

11:35 **Projektvorstellung**
durch Dr. med. Heidi Müßigbrodt, leitende Oberärztin in der
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik in Hennigsdorf

11:50 **Erfahrungen der Konsortialpartner –
Fallbeispiele**
Dr. med. Heidi Müßigbrodt (Oberhavel Kliniken)
Dr. Julia Gawron (Klinikum Ernst von Bergmann)
Sebastian Schulze (Sana Kliniken Niederlausitz)

12:10 **Was hat IdA messbar erreicht?
Zusammenfassung der Evaluation**
Steffen Bohm (Geschäftsführer AGENON)

12:30 **Podiumsdiskussion mit Vertretern der
Kliniken, Krankenkassen und Betroffenen**

13:20 **Empfang mit Fingerfood**



Beteiligte Kliniken

Oberhavel Kliniken GmbH (Konsortialführung)

Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH

Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH

Qualifizierung

Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH

(ehemals Klinikum Campus GmbH)

Krankenkassen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

BAHN-BKK

KNAPPSCHAFT

Evaluation

AGENON Gesellschaft für

Forschung und Entwicklung

im Gesundheitswesen mbH

Projektmanagement

Jäger Gesundheitsmanagement

– JGM GmbH

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung sektorübergreifend





Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung sektorübergreifend





Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

sektorübergreifend



Anlage 20: Give aways





Projekthandbuch

für die Implementierung von IdA im
Akutkrankenhaus

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung – Was ist IdA?	4
1.1	Ausgangssituation	4
1.2	Kurzbeschreibung des Modellprojekts in Brandenburg	4
1.3	Zielgruppe und ihre Besonderheiten	6
1.4	Ausschlusskriterien	7
1.5	Ziele von IdA	7
2.	Strukturelle Voraussetzungen	7
2.1	Rolle und Aufgaben von Projektleitung und Projektbeauftragten im Modellprojekt und Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung	7
2.2	Schulung und Sensibilisierung des Stammpersonals	8
2.3	Zusätzlicher Personalbedarf	9
2.3.1	Koordinator*innen	9
2.3.2	Tagesbegleiter*innen	10
2.4	IdA-spezifische Qualifizierungen	11
2.5	Öffentlichkeitsarbeit	31
2.6	Vernetzung und Kooperation	32
2.7	Rechtliche Rahmenbedingungen	41
2.8	Datenschutz und Dokumentation	41
3.	Die Interventionen	42
3.1	Rolle und Aufgaben der Koordinator*innen	42
3.1.1	Vorgehen allg.	43
3.1.2	Patienteneinwilligung	45
3.1.3	Erstscreening und Eingangsassessment	45
3.1.5	IdA-Dokumentation	51
3.1.6	Einbezug von Angehörigen	52
3.1.6	Einbezug des Stammpersonals	52
3.1.7	Einbezug von Vor- und Nachbehandler*innen	52
3.1.8	Erstellen von Maßnahmenplänen	57
3.1.9	Anforderung zusätzlicher Konsile	57
3.1.10	Durchführung von Fallbesprechungen	58
3.1.11	Fallsteuerung: Monitoring und Verlaufsdokumentation	60
3.1.12	Fallübergaben	60
3.2	Rolle und Aufgaben der Tagesbegleiter*innen	61
3.2.1	Einzelbetreuung	61

3.2.2	Gruppenbetreuung.....	63
3.2.3	Selbstverständnis, Herangehensweise, Auswahl der Materialien	63
3.2.4	Einsatzplanung.....	64
3.2.5	Hygiene.....	65
3.2.6	Grenzen	65
3.2.6	Verworfenne Maßnahmen	66
4.	Besondere Situationen.....	66
4.1	Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen.....	66
4.2	Unkooperative Patient*innen.....	67
4.3	Herausfordernde Patient*innen	69
4.4	Umgang mit Störungen durch Besuche oder Untersuchungen	69

Projekthandbuch IdA

1. Einführung – Was ist IdA?

1.1 Ausgangssituation

Knapp 40 Prozent der älteren Patienten, die wegen einer körperlichen Erkrankung in einer Klinik behandelt werden, haben Gedächtnisbeeinträchtigungen, davon etwa 20 Prozent vom Schweregrad einer Demenz. Bei der Aufnahme ist dies in den wenigsten Fällen bekannt. Aus dieser Begleiterkrankung ergibt sich im Krankenhaus ein erhöhtes Risiko für Verwirrheitszustände, Krankenhausinfektionen, Mangelernährung und Stürze. Daher liegen diese Patienten oft länger in der Klinik, müssen häufiger verlegt werden, und es entsteht ein erhöhter Behandlungs- und Betreuungsaufwand. Für das Pflegepersonal der somatischen Stationen bedeutet dies eine inhaltliche und zeitliche Herausforderung. Auch wünschen sich die Angehörigen häufig eine bessere Einbindung in den Behandlungsablauf.

Hier setzt IdA an: IdA steht für „Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend“ und ist ein innovativer Ansatz zur Unterstützung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die wegen einer körperlichen Erkrankung auf einer somatischen Station im Krankenhaus behandelt werden. In einer ausführlichen Eingangsuntersuchung ermitteln speziell geschulte Koordinatoren den Hilfebedarf und die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Projektes. Ein individueller Maßnahmenplan unter Einbeziehung der Angehörigen und Vernetzung mit kooperierenden Hausärzten und/oder Pflegeeinrichtungen ermöglicht Orientierungshilfe, Tagesstruktur und Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes. Die eigens für das Projekt angestellten und geschulten Tagesbegleiter bieten Einzelbetreuung auf den Stationszimmern mit entsprechender Ausstattung zur Aktivierung oder Beruhigung der Patienten an. Außerdem finden Gruppenaktivitäten in separaten Räumlichkeiten zur Beschäftigung am Nachmittag statt.

Das Projekt adressiert drängende Anpassungserfordernisse in der akutstationären Versorgung, die deutschlandweit und in jedem Krankenhaus bestehen, und die aufgrund der weiteren demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Versorgungserfordernisse alternativlos erscheinen.

1.2 Kurzbeschreibung des Modellprojekts in Brandenburg

Das Projekt „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - sektorübergreifend“ (IdA) wurde vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2023 als durch den Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschuss (gBA) gefördertes Modellprojekt an den drei Interventionskliniken Oberhavel Kliniken GmbH - Standorte Hennigsdorf und Oranienburg, Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH – Standorte Lauchhammer und Senftenberg sowie am Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH in Potsdam durchgeführt. Die Oberhavel Kliniken GmbH fungierte als Konsortialführung in dem Projekt. Neben den drei genannten Kliniken waren folgende Konsortialpartner an IdA beteiligt:

- Klinikum Campus GmbH (projektspezifische Qualifizierung und Schulung)
- Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH (Projektmanagement)
- AOK Nordost- Die Gesundheitskasse (Beratung und Datenlieferung)
- AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH (Evaluation)

Als Kooperationspartner sowie in beratender Funktion waren folgende Akteure beteiligt:

- BAHN-BKK (Datenlieferung)
- KNAPPSCHAFT (Datenlieferung)
- Alzheimer-Gesellschaft (Beratung bei der Konzeptionierung, Mitarbeit an den Curricula)

Die Projektlaufzeit verlief in mehreren Phasen. Aufgrund der Corona-Pandemie musste der Start der Präerhebung um 6 Monate nach hinten verschoben werden und die Phase der Prozessevaluation (von 14 auf 8 Monate) stark eingekürzt werden. Folgende Zeiträume haben sich schließlich ergeben:

1. Vorbereitungsphase: 01.10.2019 – 04.09.2020
 - Ausarbeitung von Konzepten, Verträgen, Anträgen (Einwilligungserklärungen, Konsortialpartnervertrag, Datenschutzkonzept, Ethikantrag, Schulungscurricula usw.)
 - Entwicklung und Einrichtung einer Dokumentationsdatenbank zur Datenerfassung (IdA-Portal)
 - Personalakquise und Qualifizierung (Projektbeauftragte, Koordinatoren, Tagesbegleiter)
 - Abstimmung von Erhebungsinstrumenten
 - Materialauswahl und Beschaffung (Ausstattung Büros und Gruppenräume, Anschaffung und Ausstattung von Funktionswagen mit Beschäftigungsmaterialien)
 - Öffentlichkeitsarbeit (Eröffnungsveranstaltung, Pressemitteilungen, Entwicklung von Flyern, Homepage und weiteren Werbematerialien)
2. Präerhebung: 07.09.2020 – 20.11.2020
 - Erhebung eines IST-Stands vor Beginn der Intervention an den beteiligten Kliniken unter Einsatz von Studynurses
3. Prozessevaluation: 23.11.2020 – 30.06.2021
 - Einübung aller Prozesse und Abläufe
 - Abstimmung notwendiger Dokumente und Formulare
 - Anpassung von Prozessen/Dokumenten
 - Anpassungen im IdA-Portal
 - Finalisierung Evaluationskonzept
4. Wirkungsevaluation: 01.07.2021 – 30.09.2022
 - Durchführung der Intervention
 - Evaluation der Maßnahmen
5. Datenanalyse/Ergebnisauswertung: 01.10.2022 – 31.03.2024
 - Erstellung Abschlussbericht / Evaluationsbericht

Parallel zur Wirkungsevaluation in den Interventionskrankenhäusern wurde eine Kontrollgruppe in folgenden Kontrollkrankenhäusern untersucht:

- GLG Werner Forßmann Klinikum, Eberswalde
- Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH, Potsdam
- Oberhavel Klinik Gransee GmbH, Gransee

Im Projektverlauf wurde deutlich, dass sich die Rekrutierung von geeigneten Patientinnen und Patienten für die Kontrollgruppe deutlich schwieriger gestaltet als für die Interventionsgruppe, da kein unmittelbarer Nutzen von der Teilnahme an der Kontrollgruppe für die Patientinnen und Patienten ausgeht. Darüber hinaus machen sich die pandemiebezogenen Auswirkungen auf den Klinikalltag bemerkbar (zeitweise Schließungen von Stationen, Aussetzen/Aufschieben elektiver Krankenhausaufenthalte etc.). Aus diesem Grund wurden zu Beginn sowie im Verlauf der Wirkungsevaluation weitere Kontrollkliniken hinzugewonnen, um die avisierten Fallzahlen zu erreichen.

- Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin
- Carl-Thiem-Klinikum gGmbH, Cottbus
- Klinikum Ernst von Bergmann Bad Belzig gGmbH, Bad Belzig

Das vorliegende Handbuch soll die Vorgehensweise bei der Projektdurchführung Schritt für Schritt beschreiben und die dazu notwendigen Voraussetzungen, Materialien, Maßnahmen und Dokumente aufführen. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, IdA auch in anderen Einrichtungen in Deutschland problemlos einzuführen und zu etablieren und dabei von den Erfahrungen in Brandenburg zu profitieren.

1.3 Zielgruppe und ihre Besonderheiten

In das Modellprojekt eingeschlossen werden alle stationär behandlungsbedürftigen Patienten ab 70 Jahren, die bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert sind (AOK Nordost, BAHN-BKK, KNAPPSCHAFT), mit akuter somatischer Erkrankung und kognitiver Beeinträchtigung und voraussichtlicher stationärer Aufenthaltsdauer auf einer teilnehmenden somatischen Station von mehr als drei Tagen. Grundvoraussetzung für eine Projektteilnahme stellt die schriftliche Einwilligung des Patienten (oder dessen Betreuer) und eine Bedarfsanalyse durch den Koordinator dar.

Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind rational nicht immer erreichbar, sie können sich in fremder Umgebung nicht gut orientieren und verstehen oft den Grund des Krankenhausaufenthalts nicht. Auf Veränderungen reagieren sie oft „herausfordernd“. Mit den Auswirkungen sind alle Berufsgruppen konfrontiert (Weglauftendenz, Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Interventionen, Ziehen von Schläuchen nach OP etc.). Ein Krankenhausaufenthalt ist für diese Patientengruppe mit hohen Risiken verbunden, die nicht aus der Grunderkrankung, sondern aus den Begleitsymptomen resultieren. Sie stellen, darüber hinaus, an das pflegerische und medizinische Personal besondere Anforderungen und erfordern einen erhöhten Zeitaufwand. Der Versorgungsalltag auf den somatischen Stationen ist derzeit darauf nicht eingestellt. Bekannte Folgen sind insbesondere Überlastungen des Pflegepersonals, mangelnder Einbezug der Angehörigen, Delirien, ein erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen, Mangelernährung, Stürze und eine daraus resultierende verlängerte Verweildauer, häufig verbunden mit Mehrfachverlegungen zwischen den verschiedenen Fachabteilungen. In der Folge entsteht ein erheblicher Behandlungs- und Pflegeaufwand, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch nach der Entlassung mit einem erhöhten Betreuungsaufwand durch Angehörige und ambulante Dienste bis hin zur Notwendigkeit der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

1.4 Ausschlusskriterien

Patienten, die die o.g. Kriterien nicht erfüllen, können nicht in das Projekt eingeschlossen werden. Ausgeschlossen werden überdies Patienten, für die sich nach einem Kurzscreening (6 CIT) und ggf. nach anschließendem Assessment kein Erfordernis für die projektspezifische Betreuung ergibt bzw. der Patient oder sein juristischer Vertreter eine Teilnahme ablehnt. Weitere Ausschlusskriterien stellen ein zu schlechter Gesundheitszustand, mangelnde Deutschkenntnisse oder eine mangelnde Kooperationsbereitschaft des Patienten dar. Auch während der Projektteilnahme hat der Patient zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, seine Teilnahmeeinwilligung zu widerrufen, was ebenfalls zu einem Projektausschluss führt.

1.5 Ziele von IdA

Das übergeordnete Ziel des Projektes IdA bestand darin, die Versorgung für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf somatischen Stationen zu verbessern und ihre Wiedereinweisungsrate zu senken. Im Rahmen von IdA wird die stationäre Versorgung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf den somatischen Stationen systematisch darauf ausgerichtet, Komplikationen wie delirante Zustände und herausfordernde Verhaltensweisen, Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und die inadäquate Behandlung mit Neuroleptika/Benzodiazepinen zu reduzieren und dem weiteren Verlust kognitiver Fähigkeiten und Alltagsfertigkeiten entgegenzuwirken sowie Notfallverlegungen in die Akutpsychiatrie zu vermeiden. Die Belastung des Pflegepersonals auf den Stationen soll reduziert und Angehörige sollen systematisch in die Behandlung einbezogen werden. Sektorenübergreifend werden ambulante Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und deren Angehörige fallbezogen mit der akutstationären Versorgung vernetzt.

In Abgrenzung zur Regelversorgung, bietet IdA eine zusätzliche Maßnahmen- und Behandlungsplanung an, die passgenau und prozesshaft den Behandlungserfolg von somatisch erkrankten Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen sicherstellt. Langfristig schafft diese neue Versorgungsform eine umfassende Entlastung aller Beteiligten der Krankenhausversorgung und wird vor allem für die Patienten selbst und deren Angehörigen vom großen Nutzen sein.

2. Strukturelle Voraussetzungen

2.1 Rolle und Aufgaben von Projektleitung und Projektbeauftragten im Modellprojekt und Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung

Das IdA-Projekt verfügt im Rahmen der Umsetzung als Modellvorhaben über eine Gesamtprojektleitung, die beim konsortialführenden Unternehmen angesiedelt ist. Die Gesamtprojektleitung hat die Funktion die Rahmenbedingungen und Strukturen so zu gestalten, dass eine erfolgreiche Projektumsetzung gewährleistet ist; dazu gehört es, übergeordnete Prozesse zu steuern, den Informationsfluss und regelmäßigen Austausch der beteiligten Konsortialpartner untereinander sicherzustellen und die Projektumsetzung einrichtungsübergreifend im Blick zu behalten, voranzutreiben und bei auftretenden Schwierigkeiten, Lösungsstrategien zu entwickeln. Der Projektleitung kommt somit eine Vermittlerrolle zu. Zu den Aufgaben der Projektleitung gehören in enger Abstimmung mit dem Antragskonsortium und unterstützt vom Projektmanagement die Ausarbeitung von Konzepten, Anträgen und Verträgen, die Sicherstellung der fristgerechten quartalsmäßigen Mittelanforderung beim Fördermittelgeber und Weiterleitung an die Konsortialpartner sowie die Abstimmung zentraler Prozesse der Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Die Übertragung der Abläufe aus der Theorie in die Praxis und die Schaffung der Voraussetzungen, um die IdA-spezifischen Maßnahmen und Versorgungsprozesse auf den teilnehmenden Stationen im Akutkrankenhaus umsetzen zu können, obliegt den Projektbeauftragten. In jeder teilnehmenden Klinik ist eine Vollzeitstelle für die Projektbeauftragung durch ein oder zwei Personen besetzt worden. Die Projektbeauftragten stimmen sich untereinander eng ab und sind im kontinuierlichen Austausch miteinander, um eine einheitliche Projektumsetzung an den teilnehmenden Interventionskrankenhäusern und somit die spätere Vergleichbarkeit der Projektergebnisse sicher zu stellen. Hierfür hat sich ein wöchentlicher Jour Fixe als zielführend herausgestellt. Die Aufgabe der Projektbeauftragten besteht also darin, innerhalb des jeweiligen Krankenhauses die für die Projektumsetzung notwendige Infrastruktur zu schaffen sowie notwendige Ausstattung und Personal zu beschaffen. Dies erfordert eine enge Abstimmung mit hausinternen Bereichen wie Personalabteilung, Materialwirtschaft, EDV & Datenschutz, Bau & Technik, Wäscheversorgung, Hygiene, Pflegedienstleitung, Klinikleitung, Geschäftsführung etc.

Im Rahmen von IdA wurden die Patientenzimmer auf den teilnehmenden Stationen demenzsensibel ausgestattet mit großen geräuscharmen Uhren und gut lesbaren Wandkalendern mit Anzeige von Wochentag und Datum sowie mit einem Bildsystem zur Verbesserung der Orientierung. Außerdem wurden Funktionswagen angeschafft und mit Beschäftigungsmaterial ausgestattet (vgl. Kapitel 3.2.1). Pandemiebedingt konnten an den meisten Standorten nicht wie geplant Räume für die Gruppenbetreuung eingerichtet und mit Kochmöglichkeiten, Sitzgruppen und Ruhemöbeln, Fernsehern und Abspielgeräten ausgestattet werden, da die Hygienevorschriften ein interstationäres Zusammenkommen von Patienten unterschiedlicher Fachbereiche untersagten. Stattdessen wurden auf den Stationen vorhandene Räumlichkeiten z.B. Aufenthaltsräume für Gruppenaktivitäten genutzt, die mit Beschäftigungsmaterial wie Spiele, Bücher und Bastelbedarf bestückt wurden.

Im Rahmen der vorbereitenden Tätigkeiten und der anschließenden Projektumsetzung haben sich folgende Faktoren als wichtige Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung herausgestellt, worauf in den weiteren Abschnitten detailliert eingegangen wird:

- Sensibilisierung des Pflegepersonals auf den somatischen Stationen
- Einführung des 6CIT-Tests als Standardscreening bei Patienten über 70 Jahren
- Schaffung zusätzlicher Personalstellen für Koordination und Betreuung
- Entwicklung von zielgruppenspezifischem Informationsmaterial und Öffentlichkeitsarbeit
- Bekanntmachung des Projekts in der Region bei Betroffenen, Angehörigen, stationären und ambulanten Pflegedienstleistern sowie bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten
- Vernetzung mit Vor- und Nachbehandlern
- Herstellung von Rechtssicherheit
- Datenschutzkonforme Dokumentation

2.2 Schulung und Sensibilisierung des Stammpersonals

Das Bestandspersonal, insbesondere die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Pflege, frühzeitig in dem Prozess der IdA-Implementierung mitzunehmen, sie für die Problematik der Zielgruppe zu sensibilisieren und ihnen die Vorteile von IdA für ihren beruflichen Alltag darzulegen, ist entscheidend für den späteren Projektverlauf. Ohne die Akzeptanz und Mitwirkung seitens des Bestandspersonals, ist eine Umsetzung der IdA-Maßnahmen nicht möglich oder zumindest enorm erschwert.

Die Benennung von Demenzbeauftragten als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen auf den Stationen der Somatik kann ein gutes Instrument sein, um die Pflegekräfte für die Zielgruppe und

ihre spezifischen Bedürfnisse zu sensibilisieren. Wichtig ist, dass die zu benennenden Mitarbeiter ein Interesse für das Thema mitbringen. Ebenso ist es möglich das Thema Delir/Demenz im Akutkrankenhaus bzw. verschiedene Aspekte kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen von internen Fortbildungen für die Pflege zu platzieren.

Noch vor der Umsetzung der ersten IdA-spezifischen Versorgungsmaßnahmen ist es ratsam, im Rahmen von Chefarzt- und Bereichsleitersitzungen sowie in Teamsitzungen auf den Stationen das Projekt vorzustellen und dabei sowohl auf den dadurch entstehenden Aufwand – wie Teilnahme an Befragungen, Durchführung des Erstscreensings (vgl. Kapitel ... 6CIT) oder Abstimmungsbedarfe mit den Projektkoordinatoren bzw. Tagesbegleitern –, als auch auf den resultierenden Nutzen für die Pflegekräfte – Entlastung durch die Betreuung der Patienten durch die speziell geschulten Tagesbegleiter – hinzuweisen. Neben fachlichen Fragen ist es auch wichtig organisatorische Aspekte zu kommunizieren: Wann beginnen welche vorbereitenden Maßnahmen? Wann finden Schulungen der Pflegekräfte statt? Zu wann wird zusätzliches Personal eingestellt? Welche Aufgaben haben die IdA-Mitarbeiter und welche Tätigkeiten fallen nicht ins Aufgabengebiet? Wem sind sie unterstellt? Wann ist der Projektstart geplant? Benennung und Erreichbarkeit der Ansprechpartner?

Es ist damit zu rechnen, dass dem Vorhaben auch mit Skepsis begegnet wird. Im Rahmen des Modellvorhabens wurde die Erfahrung gemacht, dass z.B. Kritik geäußert wurde, da es keine Entlastung im Nachtdienst gibt, der durch Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und Weglauftendenzen besonders belastet ist. Der Ansatz von IdA ist es jedoch, die Patienten tagsüber so zu beschäftigen und im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten so zu mobilisieren und kognitiv zu fordern, dass als Resultat ein guter Nachtschlaf erfolgen kann. Weiterhin wurde die Ausstattung der Patientenzimmer mit großen geräuschlosen Uhren zur zeitlichen Orientierung und das Vermitteln von Tagesstrukturen teilweise skeptisch gesehen, da die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen befürchteten, dass dies den Unmut von Patienten verstärken könnte, die auf eine Untersuchung, einen Eingriff oder ihre Entlassung länger als geplant warten müssen. Insgesamt hat sich aber mit Beginn der Maßnahmenumsetzung anfängliche Skepsis schnell aufgelöst und zum Positiven entwickelt, da der Nutzen von IdA zügig erkenn- und spürbar wurde und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine deutliche Entlastung im Arbeitsalltag wahrnahmen.

2.3 Zusätzlicher Personalbedarf

2.3.1 Koordinator*innen

Stellenkalkulation

Die aufgezeigte Stellenkalkulation zeigt den Durchschnitt der im Projekt besetzten Koordinatoren-Stellen und enthält das Gehaltsniveau des Jahres 2020.

Die Koordinatoren sind arbeitstäglich für das Projekt tätig (Montag – Freitag).

Stelle	Qualifikation	Gehalt durchschnittlich pro Monat (AG-Brutto)
Koordinator	EG8/5 – EG9/6	4.556,66 €
Verrichtungen je Patient	Min. je Patient	
Erstentscheidung mit Assessment	55	
Information und Einwilligung einholen	60	
Bedarfsdetaillierung	60	

spezifische IdA Dokumentation	60
Maßnahmenplan	85
Angehörigenberatung	15
Monitoring	55
Zuarbeit Entlassbrief & struktur. Überleitung	30
Minuten gesamt für fallbez. Demenzkoord.	420
Entspricht Stunden	7,00
Entspricht Arbeitstagen	0,88

Rot markierte Verrichtungszeiten sind IdA-Projektspezifische Verrichtungszeiten, die bei der Implementierung nach Projektende ggf. wegfallen.

Qualifikationsanforderungen

Im Rahmen der neuen Versorgungsform IdA werden im optimalen Fall geriatrisch/gerontopsychiatrisch erfahrene Pflegefachkräfte als Koordinatoren oder Koordinatorinnen eingesetzt. Als zusätzlicher Vorteil hat sich die Rekrutierung von Personal aus dem eigenen Haus herausgestellt, da diesem die Strukturen und Prozesse im Haus bekannt sind und auch der Zugang zu den Pflegekräften im Haus erleichtert wird.

Da aufgrund des allgemein herrschenden Fachkräftemangels insbesondere im Bereich der Pflege der o.g. Optimalfall nicht immer realisierbar ist, können auch Pflegekräfte aus anderen Fachbereichen sowie Therapeuten oder Sozialarbeiter nach entsprechender Schulung die Aufgabe des Koordinators übernehmen.

Alle Koordinatoren und Koordinatorinnen wurden vorab IdA-spezifisch geschult, worauf im nächsten Abschnitt detailliert eingegangen wird.

2.3.2 Tagesbegleiter*innen

Stellenkalkulation

Die aufgezeigte Stellenkalkulation zeigt den Durchschnitt der im Projekt besetzten Stellen der Tagesbegleiter und enthält das Gehaltsniveau des Jahres 2020.

Die Tagesbegleiter sind werktäglich für das Projekt tätig (Montag – Samstag).

Stelle	Qualifikation	Gehalt durchschnittlich pro Monat (AG-Brutto)
Tagesbegleiter	Mindestlohn	2.319,02

Vorab kalkulierte Verrichtungen je Patient	Min. je Patient
Anteil m. Einzelbetreuung	64%
Anteil m. Gruppenbetreuung	36%
Dauer der Einzelbetreuung in Min/Pat/Tag	120
Abhol- und Bringzeit pro Pat in Min/Tag	10
Min je Gruppenbetreuung/Tag (3 Std á 2 Pers)	360
Vor- und Nachbereitung in Min/Tag	60
Briefing und Fallbesprechung/Tag (60 Min á 2 Pers)	120

Tage mit Betreuung pro Jahr	274
-----------------------------	-----

Qualifikationsanforderungen

Die im Projekt für die Umsetzung der IdA-spezifischen Maßnahmen eingesetzten Tagesbegleiter und Tagesbegleiterinnen müssen keine fachlichen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Sie werden vergleichbar mit den in Kliniken eingesetzten Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen vorab intensiv in Theorie- und Praxiseinheiten geschult. Die Schulungsinhalte werden im nachfolgenden Abschnitt ausführlich beschrieben.

Bei der Auswahl der Tagesbegleiter und Tagesbegleiterinnen ist vielmehr auf sogenannte „Softskills“ zu achten, wie Einfühlbarkeit, Motivation, Belastbarkeit, Empathie für die spezifische Zielgruppe, evtl. Erfahrung aufgrund einer persönlichen Betroffenheit.

2.4 IdA-spezifische Qualifizierungen

Für die Qualifizierung der projektspezifischen Mitarbeiter*innen wurde ein Curriculum für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Weiterbildung zum /zur

- Projektbeauftragten
- Koordinator*in
- Tagesbegleiter*in

durch die Klinikum Campus GmbH in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. entwickelt, um die Beteiligten für den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

Module Projektbeauftragte*r

Module	UE Rahmenlehrplan
Modul 5	8
oder/und	
Modul 14	8
oder/und	
Modul 13	8
Gesamt (mindestens)	16

Module Koordinator*in

Module	UE Rahmenlehrplan
Modul 2	8
Modul 5	8
Modul 9	4
Modul 12	64
Modul 13	8
Modul 14	8
Gesamt	100

Module Tagesbegleiter*in

Module	UE Rahmenlehrplan
--------	-------------------

Modul 1	6
Modul 2	12
Modul 3	16
Modul 4	12
Modul 5	24
Modul 6	32
Modul 7	20
Modul 8	8
Modul 9	4
Modul 10	5
Modul 11	9
Modul 13	8
Verfügungsstunden	4
Gesamt	160

Modul 1

Einführung in die interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

Institutionelle Rahmenbedingungen (Krankenhausstruktur) in Bezugnahme auf das Konzept der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Krankenhausstruktur Krankenhausabteilungen Ärztliches/pflegerisches Personal Krankenhaussozialdienste Verwaltungsbereiche Sensibilität für die Belange dementer Personen während des stationären Aufenthaltes Abgrenzungen und Überschneidungen in der Akutversorgung Ablauf nach der stationären Aufnahme Diagnostische Verfahren G-DRG-System im Krankenhaus logistische Herausforderungen bei dementiell erkrankten Patienten
Können	Teilnehmer*innen kennen Krankenhausstruktur können Aufgabengebiete entsprechenden Berufsgruppen zuordnen die Tagesstruktur, im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten, an die Bedürfnisse des Patienten anpassen
Einstellung	Sensibilisierung für die Arbeit mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der Akutversorgung sind sich bewusst, dass sie durch wirtschaftliches Arbeiten die Institution unterstützen

Dieser Einstieg ermöglichte von Beginn an Verknüpfungen von der Theorie demenzsensibler Akutversorgung mit der Praxis im Arbeitsalltag. Teamarbeit und Kooperationen wurden im Laufe der Schulung durch die erlernten Krankenhausabteilungen deutlich. Der zeitliche Umfang muss mindestens 3 x 45 Minuten betragen.

Grundkenntnisse der Hygieneanforderungen im Krankenhaus

Der unmittelbare oder mittelbare Kontakt zwischen Tagesbegleiter*innen und Patient*innen ermöglicht das potentielle krankheitserregende Keime übertragen werden können. In der stationären Akutversorgung ist eine hygienische Arbeitsweise von großer Bedeutung.

Dauer: 2 x 45 Minuten

Wissen	Begriffsbestimmung: nosokomiale Infektionen Ökonomische Einsatz von Handschuhen und Desinfektionsmittel Fachgerechte Durchführung einer hygienischen Händedesinfektion und Flächendesinfektion Krankenhauskeime (MRSA) Infektionskrankheiten: Influenza Persönliche Hygiene Hygienerichtlinien im Krankenhaus
Können	eine hygienische Händedesinfektion durchführen Handschuhe anziehen und ausziehen Betreuungsumfeld hygienisch gestalten
Einstellung	hygienische Maßnahmen gewissenhaft durchführen sind sich der Bedeutung einer korrekten Durchführung hygienischer Maßnahmen bewusst

Aufgrund der aktuellen Coronapandemie gab es zum Thema Hygiene viele Fragen und Diskussionsrunden. Dieser Themenschwerpunkt müsste mit mindestens 2 x 45 Minuten integriert werden, um den Teilnehmer*innen die Sorgen zu nehmen und dadurch eine sichere Arbeitsweise anzustreben.

Modul 2

Basiswissen der Krankheitsbilder Demenz, Depression, Delir

Basiswissen gerontopsychiatrisches Krankheitsbild Demenz – im Kontext der stationären Akutversorgung

Dauer: 4 x 45 Minuten & 4 x 45 Minuten Vertiefung Tagesbegleiter*in

Basiswissen:

Wissen	Bedeutung dementieller Veränderung in unserer Gesellschaft Basiskonntnisse über unterschiedliche Demenzformen Ursachen typische Symptome Verlauf einer Demenz (Schweregrad) Abgrenzung zur „normalen“ Vergesslichkeit Einschränkung der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung verstehen das Einschränkungen den stationären Aufenthalt beeinflussen Begleitung zu Operationen bei Menschen mit Demenz
--------	---

Können	das Krankheitsbild Demenz verstehen Einschränkungen der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung erkennen
Einstellung	akzeptieren und verstehen die Erlebniswelt der Patienten können Spannungen in der Betreuungsbeziehung als krankheitsbedingt annehmen haben einen respektvoller und wertschätzender Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung
Vertiefung für Koordinator*in & Projektbeauftragte	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Diagnostische Verfahren medikamentöse Behandlung Einschränkung der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung verstehen das Einschränkungen den stationären Aufenthalt beeinflussen Erlebniswelt und Bedeutung für die stationäre Akutversorgung
Können	Menschen mit einer dementiellen Veränderung im stationären Krankenhausalltag zielgerichtet anleiten und unterstützen Erlebniswelt des Erkrankten annehmen und berücksichtigen
Einstellung	akzeptieren und verstehen die Erlebniswelt der Patienten können Spannungen in der Betreuungsbeziehung als krankheitsbedingt annehmen haben einen respektvoller und wertschätzender Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung

Das Krankheitsbild Demenz wurde theoretisch vermittelt. Die Tagesbegleiter*innen interessierten sich vorwiegend für den Umgang mit Demenzpatienten und die Validation.

Dies ist ohne theoretische Grundlagen nur bedingt möglich. Daher ist der zeitliche Umfang für das Basiswissen angemessen.

Delir und Depression – im Zusammenhang mit Demenz	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Basiswissen Krankheitsbild Depression Symptome der Depression mögliche Ursachen Schweregrad und Formen Basiswissen Krankheitsbild Delir Ursachen für ein Delir Verhaltensauffälligkeiten erkennen Delir ohne Demenz & Delir mit Demenz
Können	Wirklichkeitserleben betroffener Patienten erfassen Probleme in der Alltagsbewältigung wahrnehmen Beziehungen zu Patienten mit einer Demenz, einer Depression oder einem Delir aufgrund des Basiswissens gestalten

Die Kombination der drei gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder Demenz, Depression und Delir ist für die Tagesbegleiter*innen eine gute theoretische Basis. Sie waren zusätzlich sehr interessiert an Therapiemöglichkeiten.

Einstellung	sind sich der Bedeutung der Beziehungsgestaltung bewusst respektvoller Umgang mit Betroffenen in der stationären Akutversorgung
-------------	--

Modul 3

Grundlagen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

Lebensgewohnheiten und Wohlfühlen – individuelle Tagesgestaltung	
Das oberste Ziel der Alltagsbegleitung ist es, den Patienten in seiner aktuellen Lebenswelt die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen. Das jeweilige individuelle Tagesangebot muss an die Lebensgewohnheiten des Patienten und seiner aktuellen Bedürfnisse angepasst sein.	
Dauer: 2 x 45 Minuten	
Wissen	können den Zusammenhang zwischen Lebensgewohnheiten, Wohlfühlen und individueller Tagesgestaltung verstehen kennen verschiedene Möglichkeiten Angebote entsprechend der Lebensgewohnheiten zu planen
Können	angemessene Aktivitäten und Beschäftigungsangebote auswählen sind in der Lage Tagesabläufe individuell zu planen, organisieren und bestmöglich umzusetzen – alle in Bezug auf die stationären Möglichkeiten
Einstellung	sehen die Lebenswelt des Patienten als Hintergrund für die Tagesgestaltung an sind bereit eigene Aktivität und Kreativität einzubringen streben ein gemeinsames Handeln mit dem Patienten an

Die Teilnehmer*innen sahen den Bereich der individuellen Tagesgestaltung sehr kritisch. Sie waren fest der Meinung, dass die Struktur im Krankenhaus keine Möglichkeiten dazu bietet. Nach einigen Praxistagen konnte gut reflektiert werden das kreative individuelle Tagesgestaltung teilweise gut umgesetzt werden kann. Der zeitliche Umfang ist angemessen.

Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung zu Terminen im Krankenhaus Begleitung in den Operationssaal und Begleitung während einer Operation	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Begleitung zur Diagnostik/Therapie Hygieneanforderungen im OP (Schleusenverhalten, Händedesinfektion, OP-Kleidung) Verhalten im OP Saal spezielle Kommunikation im OP Saal Zusammenarbeit mit dem OP Team (Anästhesie-Team)
Können	Vertraut machen mit den organisatorischen und technischen Gegebenheiten auf der Station bzw. im Zimmer Information über den Ablauf des OP-Tages Information an die Stationsschwester bzw. Pflegepersonal bzgl. Begleitung in der operativen Phase Patientenorientierte Begleitung in der Einleitung und im OP Hilfestellung beim Einschleusen Physische/psychische Situation des Patienten im Blick haben Kontinuierliche Information des Patienten bzgl. der OP Vorbereitung Aufsuchen des Patienten unmittelbar nach operativem Eingriff

	Besorgung persönlicher Dinge, sofern vom Patienten gewünscht Hilfsmittel bereitstellen (Zahnprothese, Brille, Hörgeräte, Uhr) mit Angehörigen Kontakt aufnehmen, wenn erforderlich und gewünscht
Einstellung	Individuelle Situation des Patienten wahrnehmen und seine Bedürfnisse ermitteln und umsetzen Wertschätzung gegenüber dem Berufsbild Operationstechnische Assistenz

Grundkenntnisse der Prophylaxen: Sturz und Aspiration

Durch prophylaktische Maßnahmen werden Risiken gemindert und der Alltag der Menschen mit einer dementiellen Veränderung sicherer gestaltet.

Dauer: 4 x 45 Minuten

Wissen	Sturzprophylaxe: - kennen Veränderungen des Bewegungsapparates alter Menschen - kennen geeignete mobilitätserhaltende Maßnahmen oder geeignete Hilfsmittel und deren Handhabung - kennen Maßnahmen der Sturzprophylaxe Aspirationsprophylaxe: - kennen Maßnahmen der Aspirationsprophylaxe - kennen den Zusammenhang von Farben und Nahrungsaufnahme bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung - wissen welche Hilfsmittel bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verwendet werden können - kennt mögliche Probleme bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
Können	Sturzprophylaxe: - Bewegungen und Bewegungsstörungen beobachten und beschreiben - Unterstützen bei der Mobilisation und verwenden Hilfsmittel - setzen notwendige Maßnahmen zur Sturzprophylaxe im Rahmen der Alltagsbegleitung um Aspirationsprophylaxe: - sorgen für eine angenehme Raumatmosphäre bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme - geben den Patienten die notwendige Zeit und Hilfsmittel - die Nahrungsaufnahme begleiten und gut beobachten
Einstellung	Sturzprophylaxe: - verstehen das Mobilität für alte Menschen einen gesundheitlichen und sozialen Schwerpunkt hat - gehen mit Ängsten einfühlsam um Aspirationsprophylaxe: - können Nahrungsverweigerung einer Konfliktsituation zuordnen - verstehen das Nahrungsaufnahme einer Privatsphäre bedarf - kennen ihre Grenzen entsprechend des Aufgabengebietes im Umgang mit Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

Die Teilnehmer*innen haben den Bereich der Prophylaxen theoretisch vermittelt bekommen und die praktische Umsetzung geübt. Passend zum Thema Aspirationsprophylaxe wurde die Dehydratationsprophylaxe mit aufgegriffen. Sie sollte generell mit im Curriculum aufgenommen werden. Die Flüssigkeitszufuhr und eventuelle Bilanzierung ist ein wichtiger Bereich der Begleitung von dementiell Erkrankten. Ebenso Grundlagen der Deprivationsprophylaxe. Kann zeitlich mit integriert werden.

Selbstfürsorge

Für sich selbst sorgen, ist ein wichtiger Auftrag an die Tagesbegleiter*innen. Nur ein „stabiler“ Begleiter kann ein stützender Begleiter sein. Die Auseinandersetzung mit persönlichen Schwierigkeiten und Grenzen im Arbeitsalltag sowie die Entwicklung persönlicher Strategien für den Umgang mit diesen Situationen liegen in der Verantwortung des Einzelnen und der Institution.

Dauer: 6 x 45 Minuten

Wissen	die Stressfaktoren bei der Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten in der stationären Akutversorgung kennen das Syndrom des zwanghaften Helfens kennen konstruktive Strategien im Umgang mit Stress ihre Selbstwahrnehmung zum Thema Stress
Können	eigene und fremde Bedürfnisse erkennen und berücksichtigen eigene Ressourcen im Umgang mit Stress einsetzen Stressfaktoren bei sich und im Team wahrnehmen erfassen die unterstützende und schützende Funktion von Teamarbeit im Zusammenhang mit Selbstfürsorge
Einstellung	Reflektieren eigene Bewältigungsstrategien achten die eigenen Belastungsgrenzen reflektieren die eigene Motivation für die Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten sind sich der Gefahren eigener Abwehr- und Verdrängungsmechanismen bewusst

Das Thema Selbstfürsorge wurde sehr gut angenommen. Die Teilnehmer*innen hatten selbst sehr viele Ideen für eine gute Work-Life-Balance. Zeitlicher Umfang ist ausreichend.

Modul 4

Wahrnehmen und Beobachten

Nahrungsaufnahme – Ess- und Trinkgewohnheiten

Bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung ist eine gute Beobachtung des Essverhaltens unverzichtbar. Nur so können rechtzeitig Probleme erkannt werden und Ressourcen gefördert werden. Durch geeignete Maßnahmen kann einer progressiven Gewichtsabnahme entgegengewirkt werden.

Dauer: 4,5 x 45 Minuten

Wissen	kennen die Bedeutung von Essen und Trinken im Alter Veränderungen von Geruchs- und Geschmackssinn kennen ablehnendes Verhalten kennen mögliche Ess- und Trinkgewohnheiten bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung kennen verschiedene Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme
Können	Ressourcen und Probleme bei Nahrungsaufnahme erkennen Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme auswählen Erkennen, wenn eine Nahrungsaufnahme gewünscht ist
Einstellung	Essen und Trinken als emotionales, befriedigendes Erlebnis verstehen

Die Wahrnehmung und Beobachtung wurden auf die gesamte Situation im Krankenhaus und den gesamten Patienten bezogen. Zusätzlich, zu der im Curriculum genannten Nahrungsaufnahme, kamen Körperhaltung, Bewegungen, Gesichtszüge und Verhaltensänderungen. Dies konnte gut in den 4,5 x 45 Minuten integriert werden.

Angst bei Patienten in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

Der stationäre Krankenhausaufenthalt ist für Menschen mit einer dementiellen Veränderung eine Stresssituation. Ein typisches Merkmal dafür ist Unruhe und ein Gefühl Hilflosigkeit. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Fähigkeit angemessen mit Angst umzugehen ab und äußert sich oft in Misstrauen gegenüber anderen Personen.

Dauer: 1,5 x 45 Minuten

Wissen	Begriffsbestimmung: Stress, Angst und Unruhe Symptome von Angst und Unruhe Nonverbale Anzeichen für Misstrauen Unruhe und Angst
Können	Unruhe und Angst bei Patienten erkennen und gut beschreiben Beschäftigungsangebote anwenden um Angst und Unruhe zu minimieren Ressourcen und Probleme erkennen und einschätzen
Einstellung	Erkennen und respektieren die Individualität dementiell eingeschränkter Patient*innen

Angst erkennen, beschreiben und entsprechend handeln konnte thematisch gut mit der „Wahrnehmung und Beobachtung“ verknüpft werden. Diese Unterrichtseinheiten ergaben Austauschmöglichkeiten über eigene Erfahrungen beim Arzt, im Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtungen. Damit wurde das Verständnis für die dementiell erkrankten Patienten verstärkt.

Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit Demenz

Menschen mit einer dementiellen Veränderung sind oft nicht mehr in der Lage ihre Schmerzen mitzuteilen. Es ist darauf zu achten ob sich das Verhalten verändert oder verbale Äußerungen darauf hinweisen das Schmerzen vorliegen können. Die Alltagsbegleiter*innen spielen hierbei eine wichtige Rolle, da in der Zeit der Betreuung eine gute Beobachtung durchgeführt werden kann.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	Kenntnisse der altersbedingten Veränderungen gute Beobachtungskriterien von Verhaltensmerkmalen woran erkennt man Unruhe, Aggressivität, Angst kennen stereotypische Bewegungsabläufe
Können	Beobachtung des Patienten während der Alltagsbegleitung Erkennen von schmerzbedingten Verhaltensänderungen bzw. Erkennen veränderter nonverbaler Kommunikation
Einstellung	Uneingeschränkte Akzeptanz der individuellen Schmerzeinschätzung des Patienten mit einer dementiellen Veränderung Einsicht, dass die Lebensqualität durch starke Schmerzen eingeschränkt ist
Mobilität, Bewegungsdrang und Lauftendenz Ein verstärkter Bewegungsdrang kann für Menschen mit einer dementiellen Veränderung zum Problem werden. Zur eigenen Sicherheit sind eine gute Begleitung, eine angemessene Kommunikation und ausführliche Beobachtung notwendig. Eine individuelle Tagesgestaltung kann Problemen entgegenwirken.	
Dauer: 7 x 45 Minuten	
Wissen	Formen der Mobilitätseinschränkungen Einfluss von Sinnesbeeinträchtigungen auf die Mobilität Lauftendenzen „Hinlaufen“ & „Weglaufen“ mögliche Ursachen Mobilität und soziale Teilhabe Möglichkeiten zielgruppenspezifischer Betreuung
Können	Alltagsbegleitung nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben planen und umsetzen Umgang mit Hilfsmitteln bei der Mobilisation mit geringem oder übermäßigem Bewegungsdrang umgehen
Einstellung	sind für eine gute Wahrnehmung und Beobachtung sensibilisiert erkennen die Individualität bei dementiell erkrankten Patienten können herausfordernde Situationen gut reflektieren
Dieser Themenpunkt war für die Tagesbegleiter*innen von großem Interesse. Theoretische Grundlagen, praktische Beispiele und praktische Übungen konnten in diesem Bereich Handlungsweisen für die Praxis vermitteln. Umfang ausreichend.	

Modul 5

Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung

Mit fortgeschrittenem Verlauf der Demenzerkrankung nimmt die Kommunikationsfähigkeit des Betroffenen immer weiter ab. Für Personen, die mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung zusammenarbeiten, ist es daher wichtig, vielseitige Möglichkeiten der Kommunikation zu kennen.

Formen der Kommunikation

Menschen mit Demenz sind zumeist in der Lage, mimische Signale noch richtig zu deuten. Sie interpretieren ein Lächeln als Anzeichen von Freude und Stirnrunzeln als Hinweis für Ärger. Die Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung kann dann gelingen, wenn ihre und die eigene Körpersprache immer wieder sorgfältig beobachtet und überprüft wird.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation Raumsprache, Objektsprache Arten und Formen der Gesprächsführung förderliche und nichtförderliche Gesprächstechniken
Können	Teilnehmer*innen kennen Kommunikationsformen Lernen die Grundlagen einer guten Kommunikation kennen
Einstellung	Sensibilisierung für die Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung

Kommunikationsmodelle und -theorien	
Es gibt zahlreiche Modelle zum Prozess der Kommunikation, welche sich im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Tradition sowie inhaltlichen Schwerpunkte unterscheiden. Das Erlernen von grundlegenden Theorien und Modelle trägt zu einer gelungenen Kommunikation bei.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun, Paul Watzlawick klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers Förderliche und nichtförderliche Gesprächstechniken Kommunikation im Team – interdisziplinär - multidisziplinär
Können	die Teilnehmer*innen kennen und wenden die Kommunikationsmodelle an mit guter Kommunikation andere Berufsgruppen um Unterstützung bitten
Einstellung	Gespräche mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung sensibel gegenüber treten Gespräche als wesentliches Element des Miteinanders betrachten respektieren die Zuständigkeit und Kompetenzen anderer Berufsgruppen

„Nicht immer braucht es Worte“ nichtsprachliche Kommunikation und Interaktion mit allen Sinnen – Demenz Support	
Das Praxisseminar basiert auf den Erfahrungen aus der Begleitung demenziell veränderter Menschen und auf den Ergebnissen des Forschungsprojektes "Interaktion mit allen Sinnen" (Beobachtungsstudie der Demenz Support Stuttgart).	
Es will Pflegende und Begleitende für eine nicht-sprachliche, eine Interaktion mit allen Sinnen sensibilisieren und befähigen.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Was macht eine Interaktion zu einer Interaktion? Über welche Ebenen teilen sich uns Menschen mit beeinträchtigter Sprache und kognitiver Beeinträchtigung mit? Müssen wir dafür eine andere Sprache lernen? Wie funktioniert eine nicht-sprachliche Kommunikation? Welche Voraussetzungen ermöglichen eine gelingende Interaktion?
Können	Teilnehmer*innen können in einen lebendigen Austausch mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung treten
Einstellung	Sensibilisierung für eine nicht-sprachliche, eine Interaktion mit allen Sinnen sensibilisieren und befähigen

Für die Sensibilisierung der Teilnehmer im Bereich Kommunikation waren die Inhalte und der Umfang ausreichend.

Aufgrund der Corona Pandemie war es dem Demenzsupport Stuttgart nicht möglich die Veranstaltung „Nicht immer braucht es Worte“ zu übernehmen. Es wurde als Ersatzreferent der Psychologe Herr Winkelmann für den theoretischen Teil eingesetzt und Einführung in die Praxis übernahm die Referentin und gerontopsychiatrische Fachkrankenschwester Frau Nollau. Der Stundenumfang war ausreichend. Es war ein intensiver Erfahrungsaustausch möglich. Die Referentenauswahl wird beibehalten.

Modul 6

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote

Die Betreuung und Beschäftigung muss individuell auf die Menschen mit einer dementiellen Veränderung abgestimmt sein. Sie muss seinen Ressourcen entsprechen und der aktuellen Tagesverfassung angepasst werden. Gut ausgewählte Beschäftigungsangebote sollen dazu beitragen, dass die vorhandenen Fertigkeiten spielerisch und ohne Druck genutzt werden. Der Patient soll ein Erfolgserlebnis haben und wenn möglich eine Tagesstruktur erkennen.

Dauer: 24 x 45 Minuten

Wissen	Kennen Methoden der Tagesgestaltung Tagesstrukturierte Maßnahmen/ Tag-Nacht-Rhythmus Möglichkeiten der Beschäftigung bei dementiell erkrankten Patienten Möglichkeiten der Beschäftigung bei Bettlägerigkeit Positiven Einfluss
Können	Setting der Beschäftigungsangebote Einzelaktivierung, Partnerarbeit, Gruppenaktivierung planen Alltagskompetenztraining einsetzen Angebote unter Berücksichtigung der Biografie planen und umsetzen Spiele spielen, entwickeln und gestalten Lesen und Vorlesen Bewegungsübungen durchführen Orientierungshilfen, Uhr und Kalender gemeinsam gestalten mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung malen, Musik hören, singen, puzzeln, rätseln, kreative gestalten
Einstellung	sensibler Umgang mit kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen beziehen eine Ablehnung der Beschäftigungsangebote nicht auf sich üben sich in Zurückhaltung bei Bewertungen

Geschlechtsspezifische Angebote

Für jeden ein passendes Angebot gestalten und auf Interessen, Geschlecht und Biografie Rücksicht nehmen. Die Besonderheit von männlicher Lebensführung und Interessen zeichnet sich auch bei Menschen mit Demenz als spannende Herausforderung für die Beteiligten aus.

Dauer: 8 x 45 Minuten

Wissen	Männerspezifische Interessen Männer ansprechen und motivieren Ideenentwicklung zu männerspezifischen Angeboten (in Einrichtungen, zuhause) Angebote planen
Können	Entwicklung von Ideen, wie und mit welchen Angeboten man Männer ansprechen, motivieren und "abholen" kann
Einstellung	Geeignete Angebote für Männer mit einer dementiellen Veränderung entdecken und entwickeln.

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote konnten in vielfältiger Form vermittelt werden. Die Tagesbegleiter*innen äußert mehrfach Bedenken das nur wenige bzw. keine entsprechenden Materialien in der Klinik zur Verfügung stehen. Angedachte Materialien auf dem Beschäftigungswagen wurden besprochen und den Teilnehmer*innen verdeutlicht das das IdA-Projekt gerade begonnen hat und die Materialien Stück für Stück mehr werden. Dabei wurde auf kreative und kostengünstige Materialien verwiesen.

Der zeitliche Umfang ist ausreichend, da die Umsetzung in der Praxis erprobt werden muss.

Modul 7

Demenzspezifische Pflegekonzepte

Die Teilnehmer*innen verfügen über das Wissen der Grundlagen und Ziele therapeutischer Konzepte bezogen auf das Krankheitsbild Demenz. Sie sind in der Lage therapeutische Ziele den ausgewählten Aktivierungen zuzuordnen. Sie kennen unterschiedlichste Aktivierungsmöglichkeiten für die Zeiträume 10 Minuten bis 90 Minuten.

Validation Validation bedeutet „unbedingte Wertschätzung“ und ist eine Technik für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen. Damit soll das Wohlbefinden und die Autonomie des Dementen gefördert werden. Validation ist eine Grundhaltung.	
Dauer: 6 x 45 Minuten	
Wissen	die Veränderungen des Selbstwertgefühls das Validation Stress reduzieren kann den Zusammenhang zur Biografie kann Rückzug verhindern Gefühle und Bedürfnisse
Können	Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation Validation in die Praxis umsetzen
Einstellungen	verstehen die Bedeutung von Empathie und Verzicht auf Wertung

Vereinzelte Tagesbegleiter*innen äußerten mehr zu diesem Thema hören zu wollen. Von unserer Seite ist der zeitliche Umfang ausreichend, da sich die Validation durch die gesamte Schulung zieht, besonders im Bereich der Kommunikation. Wenn mehr Bedarf zu „Validation“ besteht, empfehlen wir eine Tagesveranstaltung.

Basale Stimulation

Basale Stimulation ist ein pädagogisches, therapeutisches und pflegerisches Konzept. Es fördert die Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit. Durch eine ganzheitliche, körperbezogene Kommunikation unterstützt die Basale Stimulation schwer beeinträchtigte Menschen. Sie eignet sich dazu Menschen mit Demenz zu fördern, zu unterstützen und Ressourcen zu erhalten.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	jeder Mensch lernt anders Gesundheit und Wohlbefinden erkennen und verstehen dass der Wunsch nach Sicherheit individuell ist dass Einflüsse des sozialen Umfeldes und der Umwelt Auswirkungen haben nonverbale Kommunikation – körperlicher Ausdruck
Können	Gesundheit und Wohlbefinden stärken Beziehungen/Vertrauen aufbauen und stärken Selbstbestimmung fördern Maßnahmen gezielt anwenden
Einstellung	wollen den Menschen mit Demenz ihre Umwelt näherbringen und Kontakte herstellen / ermöglichen viel Verständnis und Empathie im direkten Kontakt

10 Minuten Aktivierung

In der 10 Minuten Aktivierung werden durch gezielte Erinnerungsarbeit Schlüsselreize initiiert. Der Zeitraum ist aufgrund der begrenzten Konzentrationsfähigkeit so gewählt. Der dementiell erkrankte Mensch profitiert von einer täglichen Durchführung.

Dauer: 4 x 45 Minuten

Wissen	kennen mehrere Möglichkeiten der 10 Minuten Aktivierung Körpergefühl und Bewegungsfähigkeit Personalressourcen Langzeiterinnerungen beachten
Können	gelernte 10 Minuten Aktivierungen umsetzen geeignete Aktivierungen auswählen berücksichtigen die Biografie mit Ablehnungen angemessen umgehen Gedächtnistraining gezielt einsetzen
Einstellung	sind sich der Bedeutung einer guten Auswahl an Aktivierungsmöglichkeiten bewusst

Basale Stimulation könnte sehr gut mit der Aromapflege kombiniert werden. Dieses Thema wurde mehrfach von den Teilnehmer*innen gewünscht und wird jetzt als zusätzliche Tagesveranstaltung angeboten. Die 10 Minuten Aktivierung ist zeitlich gut geplant und kann immer wieder in der Schulung eingebunden werden.

Musik- und Kunst

Musik und Kunst sind Ausdrucks- und Kommunikationsmittel, welche unmittelbar Emotionen und Gefühle eines Menschen, vor allem bei dementiell erkrankten Menschen, ansprechen. Durch Klänge, Töne und Stimme wird der Mensch über den Hörsinn angeregt. Verschiedene Kunstmaterialien ermöglichen eine besondere Ausdrucksform und überraschende Kreativität.

Dauer: 5 x 45 Minuten

Wissen	lösen und drücken Emotionen und Gefühle aus Zugang zu Erinnerungen fördern von Kontakt und Kommunikation gibt Halt, schafft Zusammenhänge zwischen innerer Erlebniswelt und Umwelt Anregung von Bewegung und Kreativität kennen unterschiedliche Materialien sind sich möglicher emotionaler Auswirkungen und Grenzen der Methoden bewusst
Können	Materialien zielgerichtet und klientenorientiert einsetzen Situationsbedingt Materialien wechseln Kommunikationstechniken unterstützend anwenden Adäquate emotionale Begleitung
Einstellung	Akzeptanz und Annahme der individuellen Kreativität Empathischer Umgang und wertfreie Interpretation des künstlerischen Ausdrucks

Personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood

Der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood zählt zur Zeit mit zu den federführenden Methoden in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung. Ziel ist es, das „Personsein“ zu erhalten bzw. zu fördern oder ggf. wiederherzustellen. Das humanistische Menschenbild impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Tom Kitwood hebt hierbei auch eine Haltung hervor, in der Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gegenüber den psychischen Bedürfnissen eines Menschen, wie z.B. Identität, Trost und Einbeziehung entscheidend sind. Dabei grenzt sich das Verständnismodell der Demenz klar von biomedizinischen Ansätzen ab

Dauer: 4 x 45 Minuten

Wissen	Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes: „Herzstücke“, Haltung, psychische Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz, Verständnismodell von Demenz Möglichkeiten der Umsetzung in den Praxisalltag
Können	wertschätzender, ressourcenorientierter Umgang für Menschen mit einer dementiellen Veränderung Einnehmen einer personenzentrierten Haltung Fähigkeit des Perspektivwechsels Erkennen von psychischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz

	Umsetzung in der Interaktion und Kommunikation
Einstellung	Reduzierung von „herausfordernden Verhaltensweisen“ durch Anwendung dieser Methode Anerkennung von „Personsein“ trotz Demenzerkrankung Einfühlungsvermögen, Wertschätzung und Echtheit im Umgang pflegen

Snoezelen®

Snoezelen® ist eine Methode zur Entspannungs- und Wahrnehmungsförderung. Dabei werden gezielt Sinnesreize eingesetzt, um das Wohlbefinden von demenzerkrankten Menschen zu fördern bzw. zu steigern. In Gruppen- oder Einzelsitzungen werden verschiedene Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote in speziell angelegten Snoezelenräumen durchgeführt. Dazu zählen beispielsweise Aromen zur Anregung des olfaktorischen Sinns oder Fingerfood, um den gustatorischen Sinn zu aktivieren. Welche Reaktionen dabei auftreten und wie sie einzuordnen sind, obliegt einer gezielten Beobachtung.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	Begriffsbestimmung, Aufgaben und Ziele Gruppen- oder Einzelangebote Sinnesspezifische Aktivierungsangebote Einrichtung von Snoezelenräumen Reaktionen und Veränderungen kennen
Können	Umsetzung von Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten in den Alltag klientenorientierte Anwendung von Angeboten Umgang mit verschiedenen Materialien gezielte Beobachtung und Einordnung von Reaktionen und Veränderung und damit Adaption weiterer Angebote
Einstellung	Snoezelen® ermöglicht Zugang über Sinne die Wahrnehmung wird gefördert und damit das Wohlbefinden die Wahrnehmung ist individuell und Reaktionen erfolgen nicht konstant und kongruent

Der Begriff „Snoezelen“ war nur sehr wenigen Teilnehmer*innen bekannt. Das Konzept weckte großes Interesse. Leider war eine praktische Anwendung nicht möglich, da der Snoezele- Wagen noch nicht im Klinikum Niederlausitz geliefert wurde. Zeitlicher Umfang ist ausreichend.

Milieugestaltung

„Der Demenzkranke kann sich seiner Umgebung nicht anpassen, deshalb sollte sich die Umgebung an den altersverwirrten Menschen anpassen“ (Dr. Jan Wojnar).

Aufgrund der Demenzerkrankung finden sich betroffene Menschen v.a. in fremden Umgebungen mit fremden Menschen nicht zurecht, was folglich zu einer Minderung der Sicherheit. Dabei sind vertraute Räumlichkeiten, Bezugspersonen und eine feste Tagesstrukturierung sehr wichtig für das Wohlbefinden. Hierbei gibt es eine Vielzahl von organisatorischen und institutionellen Gestaltungsmöglichkeiten sowie im Rahmen von gezielten Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	Auswirkungen der Umgebung (Milieu) auf den Menschen mit Demenz personelle und räumliche Gestaltungsmöglichkeiten institutionelle Rahmenbedingungen Aktivierungs- und Beschäftigungsvielfalt unter Einbeziehung adäquater Materialien Reaktionen und Veränderungen beim betroffenen Menschen kennen
Können	klientenorientierte Umsetzung im Praxisalltag unter Rücksichtnahme von Sicherheitsaspekten Erkennen und Einordnung von individuellen Reaktionen Fähigkeit zum Perspektivwechseln und Verständnis für die Lebensweltorientierung Einsetzen von gezielten Materialien zur Orientierungsförderung
Einstellung	Annahme der Problematik, dass Menschen mit Demenz sich in fremden Umgebungen und mit fremden Menschen schlecht zurecht zu finden Erkenntnis, dass eine vertraute Umgebung und vertraute Menschen für Sicherheit sorgen und steigern somit das Wohlbefinden Einfühlungsvermögen und Verständnis für individuelle Reaktionen über Milieugestaltung kann ein Zugang zur lebensweltlichen Wahrnehmung des demenzerkrankten Menschen gefunden werden

Milieugestaltung konnte theoretisch und praktisch gut umgesetzt werden. Das Verständnis für die Bedeutung einer vertrauten Umgebung war bei den Teilnehmer*innen von Anfang an gut vorhanden. Für die Übertragung in den Klinikalltag sind 45 Minuten angemessen.

Modul 8

Biografiearbeit in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

Biografiearbeit – „Erinnern heißt leben“ Die Teilnehmer*innen wissen, warum eine gute Biografiearbeit basisführend sein kann. Es gelingt ihnen, durch angemessene Kommunikation sowie Einsatz von gezielten Methoden biografische Daten zu erfassen und diese zu dokumentieren. Ihnen ist bewusst, wie die biografischen Erkenntnisse in den stationären Betreuungsalltag integriert bzw. verwendet werden können	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Begriffsbestimmung: Biografiearbeit und Erinnerungspflege Sozialbiografie Kennen die Grundlagen und Ziele der Biografiearbeit Unterschiedliche Methoden der Biografiearbeit differenzieren gesprächsorientierte und aktivitätsorientierte Biografiearbeit
Können	Umsetzung und Integration von biografischen Erkenntnissen in den Betreuungsalltag Unterschiedliche Arten von Informationen zusammentragen
Einstellung	Sehen die Biografiearbeit als sensiblen Bereich der Datenerhebung an, verstehen Biografiearbeit als Voraussetzung für eine gute Beziehungsgestaltung Wahren einen sensiblen Umgang mit den Erkenntnissen aus der Biografiearbeit

Die Biografiearbeit wurde von den Tagesbegleiter*innen als nebensächlich angesehen. Die Begründungen waren akute Aufnahmen, Aufnahmen aus Singlehaushalten und keine Angehörigen zur Verfügung. Besonders zu Zeiten der Coronapandemie. Theoretisch konnte die Bedeutung gut vermittelt werden, die Skepsis gegenüber der Umsetzung im Klinikalltag blieb teilweise erhalten. Der zeitliche Umfang könnte auf 4 x 45 Minuten reduziert werden.

Modul 9

Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit ist ein wesentlicher Baustein in der Betreuung und Begleitung von demenzkranken Menschen. Dabei stehen pflegende Angehörige vor großen Herausforderungen, wie z.B. Veränderung der Rollen und Beziehungen in der Familie oder belastende Situationen in der Vereinbarkeit mit der weiteren Ausübung des Berufes.

Eine gute Integration der pflegenden Angehörigen kann durch gezielte Informations- und Beratungsangebote gewährleistet werden, sodass diese den herausfordernden Alltagssituationen begegnen und sich selbst dabei nicht außer Acht lassen können.

Dauer: 4 x 45 Minuten

Wissen	Auswirkungen der Diagnose „Demenz“ auf die Familienmitglieder und Angehörigen kennen und belastende Situationen verstehen Rollen- und Selbstverständnis der Angehörigen Einbeziehung und Kooperation Informations- und Beratungsangebote Leistungen und Unterstützungs- sowie Entlastungsstrategien Strategien zur Konfliktbewältigung
Können	Entwicklung einer Familiensensibilität Erkennen von herausfordernden Situationen und Rollen- bzw. Selbstverständnis der Angehörigen nachvollziehen Ressourcen und Grenzen der Angehörigenkooperation erkennen Beratungskonzepte anwenden, um Angehörige über alle Leistungen, Unterstützungsangebote sowie Entlastungsstrategien zu beraten und zu informieren Strategien zur Deeskalation und Bewältigung von Konflikten
Einstellung	Haltung, dass Erkrankung Demenz nicht nur eine Herausforderung für die betroffenen Menschen, sondern auch für deren Angehörigen ist Verständnis und Empathie für Situation der pflegenden Angehörigen und die daraus resultierende Rolleneinnahme Einfühlungsvermögen bei der Kontaktaufnahme und Beratung der Angehörigen vermitteln

Das Thema Angehörigenarbeit wurde ausreichend vermittelt und immer wieder einen Bezug zur Biografiearbeit hergestellt.

Modul 10

Recht

Rechtliche Aspekte der Betreuung und Beschäftigung in der stationären Akutversorgung Die Teilnehmer*innen haben Grundkenntnisse über rechtliche Aspekte die ihr Berufsbild betreffen.	
Dauer: 5 x 45 Minuten	
Wissen	Auszüge aus dem Strafrecht, Schweigepflicht, Straftaten gegen den Körper, Straftaten gegen das Leben, insbesondere fahrlässige Tötung, Aussetzung § 221 Strafgesetzbuch, Tötung auf Verlangen, Misshandlung Schutzbefohlener, unterlassene Hilfeleistung, Freiheitsberaubung Grundkenntnisse Haftungsrecht, Betreuungsrecht Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
Können	Kennen und Beachten von rechtlichen Grundlagen im Klinikalltag
Einstellung	Bewusstmachen der eigenen Rechte und Pflichten in der Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung

Die Teilnehmer*innen hätten sich teilweise noch mehr rechtliche Aspekte gewünscht. Von unserer Seite ist der zeitliche Umgang angemessen und rechtliche Aspekte sollten sich auf den Kernpunkt der Arbeit beziehen.

Modul 11

Erste Hilfe

Erste Hilfe Die Teilnehmer*innen erkennen lebensbedrohliche Situationen und kritische Zustandsveränderungen. Sie können lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen und/oder dabei assistieren.	
Dauer: 9 x 45 Minuten	
Wissen	Notfallsituationen einschätzen Handlungskette Notruf Allgemeine „Erste-Hilfe-Maßnahmen“ Erste Hilfe“ in ausgewählten Notfallsituationen (Knochen- und Gelenkverletzungen, Innere und äußere Blutungen, Wunden, Thermische Verletzungen, Vergiftungen, Verätzung, Atemwegsverlegung, Lebensbedrohliche Zustände, Schock) Verletzung der Sinnesorgane
Können	Lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen und unterstützen können
Einstellung	werden für das Helfen sensibilisiert lernen Hilfe zu holen, mit beispielhaften Notfallsituationen umzugehen, um eine positive Einstellung zur Ersten Hilfe zu bekommen

Die Teilnehmer*innen erhielten das Erste-Hilfe Zertifikat.

Modul 12

Grundlagen der Fallsteuerung

Fallsteuerung Die Teilnehmer*innen verfügen über das anwendungsbezogene Fachwissen und Grundlagen der Fallsteuerung. Aufbauend auf einer Bedarfs- und Ressourcenermittlung werden personen- und bedarfsorientierte Maßnahmen für Menschen mit Demenz bezogen auf die stationäre Akutversorgung geplant sowie koordiniert. Sie überwachen und stellen die Fallsteuerung sicher.	
Dauer: 64 x 45 Minuten	
Wissen	<u>Basis:</u> Einführung in die Fallsteuerung für Menschen mit dementiellen Veränderungen Assessment als zentrales Instrument der Fallsteuerung – Assessmentverfahren Ressourcenanalyse und Ressourcensicherung soziale und informelle Netzwerke Visualisierung von sozialen Systemen (Geno- und Soziogramm, Ökomap) personenorientierte Planung von Maßnahmen kollegiale Fallberatung Basis: Fallsteuerung – Überwachung und Steuerung Koordination von Maßnahmen Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität <u>Vertiefung:</u> Zielgruppenbezogene Handlungsstrategien zielgruppenbezogene Problemlagen ermitteln zielgruppenbezogene Assessmentanforderungen, Ressourcenanalyse und –steuerung (Biografiearbeit, Lebensweltorientierung, Empowerment) sektorenübergreifendes Management Entlassmanagement
Können	Fallbesprechungen organisieren sowie moderieren Schaffung und Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung des Menschen mit einer dementiellen Veränderung
Einstellung	Senkung der Wiedereinweisungsrate in das Krankenhaus, Lebensqualität sowie Selbstständigkeit der Patienten länger erhalten, Ressourcen des Betroffenen optimal nutzen und Gesundheitsausgaben reduzieren

Aufgrund der Coronapandemie mussten die Termine mehrfach verschoben werden. Ein Termin wurde als Onlineschulung durchgeführt. Von den Teilnehmer*innen gab es bisher noch keine Rückmeldung, da das Thema noch nicht abgeschlossen ist.

Modul 13

Konfliktmanagement

Konfliktmanagement „Probleme, die man ignoriert, verschwinden nur, um Verstärkung zu holen.“ Die Teilnehmer*innen sind in der Lage, schwierige Konfliktsituationen im Umgang bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung sowie mit deren Angehörigen im stationären Setting konstruktiv zu bewältigen. Dabei werden kommunikative, deeskalierende und kooperative Lösungsansätze angewandt und situativ angepasst.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Handlungskompetenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz und deren Angehörigen im stationären Kontext (Verhalten verstehen, Rahmenempfehlungen, Krisenintervention)

Können	Mut und Selbstvertrauen zu haben, sich schwierigen Konflikt-Situationen zu stellen sind ebenso elementar wie Konfliktbewältigungskompetenzen, denn „Können“ setzt „Wollen“ voraus. Meine eigene Haltung Innere Antreiber Selbsterfahrung Psychodynamische Prozesse/Abwehrmechanismen (Verdrängung, Projektion, Verschiebung) Verhaltensanalyse aus kognitiv verhaltensorientierter Sicht Psychologische Phänomene, die Konflikte verstärken Reaktanz Selektive Wahrnehmung Fundamentale Attributionsfehler Rosenthal-Effekt Vorurteile Konfliktverständnis Mein Konfliktstil Gefühle im Konflikt Grundeinstellung und Konfliktsyndrom Heiße vs. Kalte Konflikte Konfliktbewältigung Strukturelles Konfliktmanagement Konstruktive Konfliktbearbeitung (Fünf-Phasen-Modell)
Einstellung	Um Konfliktsituationen mit Patienten sowie mit deren Angehörigen konstruktiv bewältigen zu können, stehen neben kommunikativen und mediativen Kompetenzen, die eigene „Konflikt-Persönlichkeit“ sowie die Haltung, wie wir Menschen begegnen im Vordergrund. Andere Menschen und Konfliktsituationen zu verstehen bedeutet in erster Linie sich selbst zu verstehen. Zentrale Voraussetzungen hierbei sind das Verständnis eigener psychodynamischer Prozesse sowie das Erspüren von blinden Flecken und Schattenseiten der eigenen Persönlichkeit.

Die Schulung „Konfliktmanagement“ wurde von den Tagesbegleiter*innen, Koordinator*innen und Projektbeauftragten besucht. Von den Teilnehmer*innen gab es gute Rückmeldungen. Der Austausch unter allen IdA-Projekt Beteiligten wurde als sehr positiv rückgemeldet. Bleibt eine Tagesveranstaltung.

Modul 14

Prozessmanagement und Steuerung des Gesamtprojekts

Die Teilnehmer*innen wissen um die Bedeutung einer demenzsensiblen Versorgung im stationären Akutalltag. Institutionelle Rahmenbedingungen und Prozesse werden mit dem Konzept des IdA-Projekts gesteuert und abgestimmt, so dass eine klientenorientierte Versorgung gewährleistet sowie umgesetzt werden kann.

Patienten mit der „Nebendiagnose ‚Demenz‘ im Akutkrankenhaus“ Bedeutung einer stationären Akutversorgung von Menschen mit Demenz – Demenz Support

Der hohe Betreuungsbedarf kognitiv beeinträchtigter Menschen beeinflusst die routinierten, auf Effizienz ausgerichteten Stationsabläufe in Akutkrankenhäusern erheblich. Die Mitarbeiter*innen verfügen überwiegend über themenspezifisches Wissen, große Erfahrung und Empathie. Aufgrund der zeitlichen und strukturellen Rahmenbedingungen haben sie jedoch häufig den Eindruck, ihr Wissen im Umgang mit den Patient*innen überhaupt nicht einsetzen zu können. Sie stellen sich der Frage wie eine „kleine Ethik“ im beruflichen Umfeld aussehen kann und diskutieren, wie sie Möglichkeitsräume dafür im beruflichen Alltag erschließen können.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Patienten mit kognitiven Einschränkungen erkennen, achten, schützen, verstehen, beschäftigen Sektorenübergreifendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement Besondere Risiken erkennen und minimieren Orientierung unterstützen Aktivität fördern Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamt Autonomie vs. Selbstbestimmung – die kleine Ethik im Stationsalltag Eigene Grenzen definieren
Können	Barrieren zu identifizieren (intrapersonal; räumlich; strukturell; organisational) und Strategien dafür zu entwickeln, wie sie ihre Kompetenzen wirksam einsetzen können.
Einstellung	Interprofessionelles Verständnis, verschiedene Akteure mit jeweiligem Rollen- und Selbstverständnis

Die Schulung „Nebendiagnose Demenz“ im Akutkrankenhaus“ wurde vom Demenzsupport Stuttgart durchgeführt. Die letzte Veranstaltung in 2020 konnte vor Ort durchgeführt werden. Aufgrund der Entwicklungen in der Corona Pandemie musste das Seminar im Jahr 2020 die Veranstaltung als Online Seminar durchgeführt werden.

Zusatzschulungen TB zu ausgewählten Themen ergänzen.

Für zukünftige Projektumsetzungen ist es aus den Erfahrungen im IdA-Projekt empfehlenswert, zusätzliche finanzielle Mittel für Supervision, Teamentwicklung und Konfliktmanagement einzuplanen. Die IdA-Mitarbeitenden sind täglich mit belastenden Situationen im Bereich Krankheit und Tod konfrontiert und benötigen regelmäßig einen geschützten, professionellen Rahmen, in dem sie über das Erlebte sprechen und sich austauschen können. Gleichzeitig sollte nicht unterschätzt werden, wie wichtig ein funktionierendes Team für die Motivation und Gesunderhaltung der einzelnen Mitarbeitenden ist und wie fatal sich im Gegenzug ein unbearbeiteter Konflikt auf die Fluktuation und Mitarbeiterbindung auswirken kann.

2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Materialien wurden unterstützend zur Bekanntmachung des Projektes in den teilnehmenden Kliniken, relevanten Regionen und zur Akquise des ambulanten Sektors entwickelt und genutzt. Bei vereinzelter Übernahme des Konzepts können diese weiterhin sehr hilfreich sein. Bei Übernahme in die Regelversorgung erübrigen sich diese perspektivisch.

Zentrale Informationsplattform für Patienten, Angehörige und Ärzte ist die Homepage www.IdA-Brandenburg.de.

Printseitig wurde die Bekanntmachung des Projektes über diverse Flyer unterstützt, welche separat die Patienten und deren Angehörige und das Fachpublikum ansprechen sowie auf projektspezifische Veranstaltungen hinweisen.

Beim Patientenflyer wurden 3 regional differenzierte Versionen für die jeweiligen Kliniken Oberhavel, Ernst von Bergmann und Niederlausitz erarbeitet. Hintergrund dieser Entscheidung waren die Kontaktdaten auf dem Flyer, die direkt dem jeweiligen Haus zugeordnet werden sollten, um eine Kontaktaufnahme entsprechend barrierearm zu gestalten.

Visitenkarten wurden für die Koordinatoren und Projektbeauftragten angefertigt, die an Patienten, Angehörige sowie mögliche Kooperationspartner zur Kontaktaufnahme ausgehändigt werden können.

Faltmappen mit Projektlogo wurden angefertigt, in welchen die Unterlagen der Patienten (Einwilligungserklärung, Infobogen, Datenschutzhinweise, ggf. Flyer) geordnet übergeben werden können.

Für die Versorgungsmitarbeiter wurden Buttons mit entsprechend großem IdA-Logo (Magnet- oder Nadelhalter) angefertigt.

Weiterhin wurden 2 sogenannte „Erklärfilme“ gefertigt, in denen die Projektinhalte und Ziele einerseits der breiten Öffentlichkeit und andererseits dem Fachpublikum erläutert wurden. Die Filme können auf der Projekthomepage abgerufen werden und stehen allen Partnern zusätzlich auch in einer Stummversion mit Untertitel für die Verwendung in Wartebereichen zur Verfügung.

Rollups in verschiedenen Designs werden an den Standorten sowohl als Raumteiler als auch Hintergrund für Veranstaltungen genutzt.

Diverse „give aways“ für Patienten und Interessierte, wie beleuchtete Leselupen, Buntstiftsets, Kugelschreiber und Terminblöcke komplettieren die öffentlichkeitswirksame Darstellung des Projekts.

2.6 Vernetzung und Kooperation

Wen kontaktiere ich?

Im Rahmen von IdA wurde ein Leitfaden zum Aufbau eines ambulanten Netzwerks erarbeitet, so dass ein möglichst einheitliches Vorgehen gewährleistet wird. Ziele dieses Netzwerks sind zum einen die Bekanntmachung des Projekts in der Region und zum anderen die Akquise von Patienten. Um ein geeignetes Netzwerk aus niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Beratungsstellen und anderen sozialen Einrichtungen für das IdA-Projekt zu etablieren, ist die Ansprache geeigneter Zuweiser des jeweiligen Klinikstandorts hilfreich. Eine Filterung geeigneter Ärzte könnte demnach so aussehen:

- 1) Erstellung einer Zuweiserliste durch das Controlling der Klinik. Hier sind die aktuellen Zuweiser, sowie deren Einweisungsraten erkennbar.
- 2) Selektion, ob es sich um Angestellte des jeweiligen Klinikstandorts handelt (eigenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Poliklinik, Außenstandorte mit erworbenen Arztsitzen etc.), oder „externe Zuweiser“, die keine vertragliche Bindung an die Klinik aufweisen.

Eine grobe Einteilung und Priorisierung könnte folgendermaßen erstellt werden:

- Bei „hauseigenen Niedergelassenen“ ist die Ansprache einfacherer, da eine vertragliche und idealerweise persönliche Bindung zur Klinik und deren Angeboten besteht. Demnach werden für den Beginn der Besuch und die Information dieses Klientels angeraten.
- Niedergelassene, die durch die Chefärzte der einzelnen Kliniken des jeweiligen Standorts benannt werden können idealerweise durch den jeweiligen Chefarzt selbst kontaktiert und über das Projekt informiert werden oder auf einen Kontakt durch den Projektbeauftragten vorbereitet werden.
- Niedergelassene ohne vertragliche Bindung an die jeweilige Klinik, aber mit hohen (über 20) stationäre Zuweisungen in den letzten 12 Monaten sind höchstwahrscheinlich ebenfalls positiv gegenüber der Klinik und deren Angeboten eingestellt. Die Ansprache dürfte hier entsprechend gelingen. VOR einer Kontaktaufnahme dieser Zuweiser ist es ratsam, die beteiligten Chefärzte der Klinik einzubinden und ggf. um Vorbereitung der Kontaktaufnahme zu bitten.
- Niedergelassene mit geringer Einweisungsrate (unter 20 stationäre Fälle in den letzten 12 Monaten) sind potenziell weniger mit der jeweiligen Klinik verbunden. Demnach ist die Ansprache ggf. schwieriger und sollte erst nach ausreichend Erfahrung bei Kontakten mit den ersten beiden Gruppen der Niedergelassenen erfolgen.

Weiterhin gehören zu einem ambulanten Netzwerk neben Medizinerinnen auch:

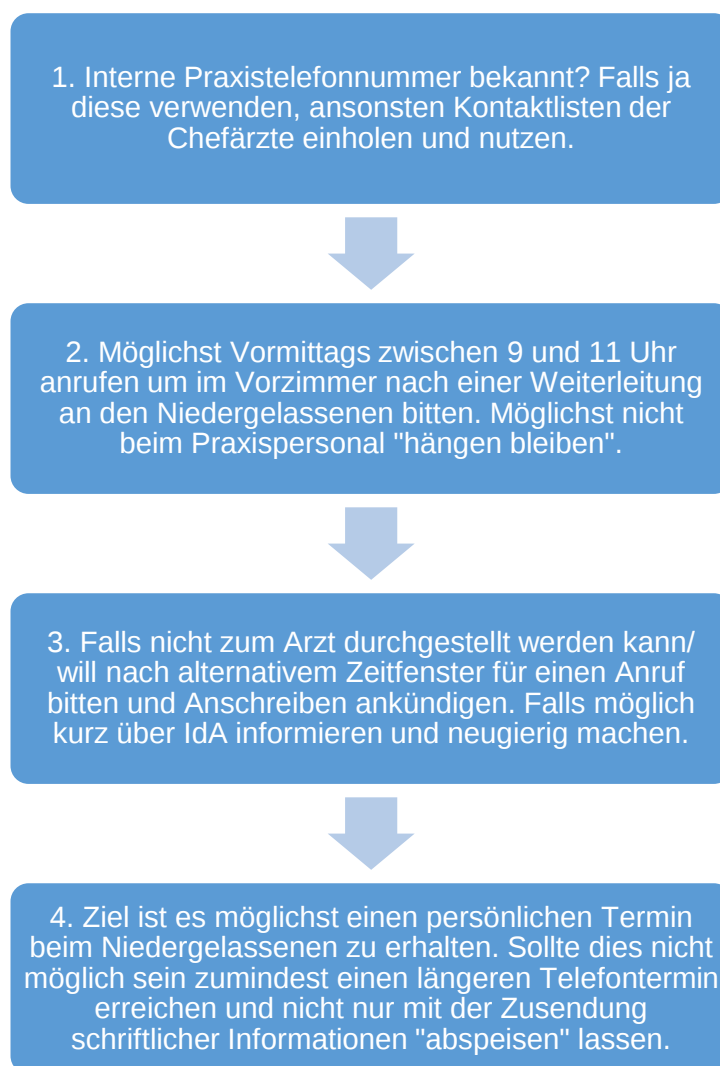
- Selbsthilfegruppen,
- Beratungsstellen,
- ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Pflegestützpunkte, sowie
- Vertreter der Gemeindeverwaltung.

Die geeigneten Ansprechpartner können mithilfe des Sozialdienstes (Patientenmanagement) und der Seelsorge benannt werden. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Wie läuft die Kontaktaufnahme ab?

Ein persönlicher Kontakt zu einem potenziellen ambulanten Netzwerkteilnehmer ist stets erfolgsversprechender als ein Anschreiben oder ein Telefonat. Aufgrund der herrschenden Pandemiesituation im Verlauf der Projektumsetzung, wurde es jedoch notwendig, auf persönliche Besuche in Arztpraxen zu verzichten bzw. diese zumindest zu minimieren.

Die folgenden Ausführungen bereiten grundsätzlich den persönlichen Kontakt mithilfe von Anrufen, oder Anschreiben vor. Die Priorisierung der zu kontaktierenden Niedergelassenen basiert auf der zuvor getätigten Einteilung (s.o.).



Alternativ zur direkten telefonischen Kontaktaufnahme kann die telefonische Kontaktaufnahme im Vorfeld durch ein Anschreiben angekündigt werden. Erfahrungsgemäß ist dies mit hohem Aufwand und Kosten verbunden und führt oftmals nicht zum Erfolg, da die Informationen als „Werbung“ abgetan und verworfen werden oder nach einer Woche die Erinnerung an dieses Schreiben verblasst ist. Besser ist es daher ein Anschreiben flankierend zu einem ausführlichen Telefonat mit dem Niedergelassenen zu nutzen, nachdem er/sie über das Projekt informiert wurde und sich interessiert zeigte. Nachfolgend finden sich eine grobe Formulierungshilfe für ein solches Anschreiben:

Sehr geehrter Herr Dr. ...

ich danke Ihnen für unseren telefonischen Austausch zum Projekt IdA am (Datum einfügen). Nachdem wir über das Projekt und seine Vorteile für Ihre Patientinnen und Patienten sprachen, sende ich Ihnen anbei die entsprechenden Unterlagen.

Neben einigen Patientenflyern und einem Flyer für Sie als potenziellen Netzwerkpartner, finden Sie die Kopiervorlage für die „Überweisung“ geeigneter Patienten anbei. Dieser Hinweiszettel dient uns im Klinikum als Hilfe, den von Ihnen eingewiesenen Patienten vorrangig auf die Teilnahme zum IdA – Projekt anzusprechen und bei Eignung möglichst einzuschreiben. Selbstverständlich gebe ich Ihnen Rückmeldung zur erfolgten Teilnahme und den stattgefundenen Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes.

Da dieses zukunftssträchtige Projekt von Vernetzung und Zusammenarbeit lebt würde ich mich freuen, wenn wir im Austausch bleiben und ich Sie zu Netzwerktreffen und Qualitätszirkeln einladen dürfte. Hierzu und zu möglichen Fragen zu den beiliegenden Unterlagen melde ich mich in einigen Tagen erneut bei Ihnen. Ich hoffe Sie von diesem dringend benötigten Innovationsfondsprojekt überzeugen zu können und freue mich auf unseren weiteren Austausch.

Freundliche Grüße sendet

Nachdem dieses Anschreiben mit den entsprechenden Informationen versendet wurde ist es notwendig, spätestens nach vier Tagen (Kalendertermin setzen!) beim Niedergelassenen anzurufen und nach den Unterlagen und möglichen Unklarheiten zu fragen. Weiterhin ist zu klären, ob die Praxis in das IdA-Netzwerk aufgenommen werden möchte und ob Interesse an weitergehenden Informationen zum Thema Selektivvertrag mit der AOK besteht.

Ähnlich der Unterlagen des Anschreibens nach einem Telefonat mit dem Arzt sind folgende Unterlagen für den Praxisbesuch eine gute Idee:

- 5 bis 10 Patientenflyer, je nach Praxisgröße
- 1 bis 2 Arztflyer, je nach Anzahl der dort beschäftigten Ärzte
- dieselbe Anzahl an Visitenkarten (je Arzt mindestens eine Karte)
- ggf. Kugelschreiber für den Empfang
- 3 bis 5 Hinweiszettel zur elektiven Einweisung (Kopiervorlagen)
- ggf. weitere Werbeatikel (Kalender etc.) des jeweiligen Klinikstandorts
- Informationen zum Selektivvertrag (Infos siehe unten)
- Falls bereits bekannt eine Liste potenzieller Netzwerktreffen, oder Veranstaltungen im Rahmen des IdA – Projekts
- Muster eines IdA – Entlassungsberichts als Anschauungs- und Erklärungshilfe
- Teilnahmevereinbarung Ambulantes Netzwerk

Auf die nachfolgenden möglichen Fragen sollte sich in Vorbereitung auf das Gespräch vorbereitet werden:

Weshalb sollte ein sehr eingebundener Arzt, ein Leiter einer Pflegeeinrichtung, eines Pflegestützpunktes, oder ein anderer potenzieller Netzwerkpartner dem Projekt seine Zeit schenken? Diese Skepsis und vor allem diese Frage im Hintergrund können ggf. gleich zu Beginn des Gesprächs, egal ob Telefonat oder persönlicher Kontakt, offen angesprochen werden.

Ein geeigneter Einstieg in das Gespräch ist daher: „Vielen Dank Herr/Frau Dr., dass Sie mir Ihre Zeit schenken und ich Sie über unser neues Innovationsfondsprojekt IdA informieren darf.“

Welche Fragen erwarten mich (FAQ)?

Die folgende FAQ-Aufstellung ist keineswegs abschließend und die möglichen Antworten sind nur Ideen und Anregungen, die vielleicht im Kontakt helfen können:

1) Was ist „IdA“?

„IdA“ ist ein zukunftsorientiertes Projekt für ältere Patientinnen und Patienten, die durch einen Krankenhausaufenthalt oftmals desorientierter und hilfloser entlassen werden, als sie eingeliefert wurden. Wir möchten Ihre Patienten während des stationären Aufenthaltes intensiver betreuen und somit helfen, dass Sie und Ihr Team ebenfalls entlastet und unterstützt werden, da die Nachbetreuung idealerweise erleichtert wird.

Flankierend kann hier der Arztflyer gereicht und gemeinsam kurz durchgegangen werden.

2) Was bringt mir und meiner Praxis dieses Projekt?

Unser Ziel ist es nicht nur den Patienten und seine Angehörigen besser zu betreuen, sondern Ihnen als weiterbehandelndem Arzt die Versorgung zu erleichtern. Wir möchten mithilfe des Projekts Delirien und Verwirrheitszustände verringern und somit Ihre Versorgung erleichtern.

Durch die rechtzeitige Information der bevorstehenden Entlassung Ihres Patienten können sie Ihren Praxisablauf besser planen und mithilfe eines Weiterbehandlungstermins Patienten ohne Termin in Ihrer Praxis verringern. Weiterhin möchten wir sie über die Erkenntnisse zu Ihrem Patienten mithilfe eines gesonderten IdA-Entlassungsberichts informieren. Hier finden Sie Informationen zu den stattgefundenen Maßnahmen und Screenings, sowie deren Ergebnissen mit einer kurzen Erklärung.

Wir wollen uns so während eines somatischen Aufenthaltes bei uns nicht nur um die körperlichen, sondern auch kognitiven und seelischen Belange Ihres Patienten kümmern.

3) Ist IdA für mich mit Mehrarbeit/ Aufwand verbunden?

Es würde mich sehr freuen, wenn Sie uns einen Hinweis geben, sofern Sie einen geeigneten Patienten elektiv in unser Klinikum einweisen. Hierfür habe ich eine Kopiervorlage vorbereitet, die Sie dem Patienten zusammen mit seinen Unterlagen einfach mitgeben und ihn darum bitten, diesen Zettel am Aufnahmetag abzugeben.

So erhalten wir den Hinweis, dass Ihr Patient aus Ihrer Sicht für IdA geeignet ist. Meine Kollegen besuchen Ihren Patienten schnellstmöglich am Bett und führen einige Screenings durch. Nachdem diese abgeschlossen sind und der Patient bei Eignung zustimmt, betreut mein Team Ihren Patienten intensiv während seines Krankenhausaufenthaltes.

Einige Tage vor der geplanten Entlassung nehme ich Kontakt zu Ihnen und Ihrem Praxisteam auf und bitte um einen Weiterbehandlungstermin. Hier erhalten Sie auch kurz und kompakt Informationen zu den stattgefundenen Maßnahmen im Rahmen des Projekts.

Für Sie und Ihr Team entsteht somit nur dieser geringe Mehraufwand, der durch die Vorteile aus meiner Sicht mehr als ausgeglichen wird.

4) Kostet die Teilnahme meine Patienten oder mich eine Teilnahmegebühr?

Nein, die Teilnahme ist für Sie und alle weiteren Netzwerkteilnehmer kostenfrei.

5) Solche Projekte kenne ich, sie sind kurz aktuell und dann genauso schnell wieder verschwunden. Weshalb sollte das bei IdA anders sein?

Die Idee dieser zusätzlichen Versorgung einzelner Patientengruppen während eines stationären Aufenthaltes ist nicht neu. Diese „Leuchttürme“ wurden bisher von einzelnen Kliniken oder Trägern privat finanziert und „schliefen“ daher nach einer kurzen Zeit oftmals wieder ein. Das besondere an IdA ist, dass wir durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und demnach den Innovationsfonds gefördert werden. Durch eine enge wissenschaftliche Begleitung und Evaluation möchten wir nachweisen, dass diese neue Versorgung den Sprung in die Regelversorgung verdient hat.

Sollte uns das, idealerweise mit ihrer Unterstützung, gelingen, wird diese zusätzliche Betreuung Regelversorgung für alle Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet. Wir leisten hier Pionierarbeit und daher hoffe ich, dass Sie ein Teil unseres Projekts werden.

6) Sie sehen meine Praxis ist voll. Wie soll ich die Zeit für noch ein Projekt aufbringen?

Das verstehe ich vollkommen. Daher möchte ich Ihren Aufwand mit dem Nutzen Ihrer Unterstützung mehr als aufwiegen. Der Hinweiszettel und ggf. ein Flyer sind aus meiner Sicht schnell mitgegeben, sofern sie einen geeigneten Patienten einweisen.

Die Terminvereinbarung vor der stationären Entlassung soll in erster Linie Sie und Ihr Team entlasten und die zusätzlichen Informationen sollten Ihnen möglichst bei der Weiterbehandlung helfen. Sofern ich Sie zur aktiven Mitarbeit an unserem IdA– Netzwerk begeistern kann sehe ich den Vorteil der berufsgruppenübergreifenden Vernetzung, der Weiterentwicklung dieser sinnvollen Idee und die Erweiterung von Wissen zu den Bedürfnissen von Patienten mit einer kognitiven Einschränkung.

7) Weshalb kann ich nur Patienten dieser drei Krankenkassen auf IdA hinweisen? Das bringt doch nichts. Diese Selektion ist mir zu kompliziert.

Das verstehe ich vollkommen. Bei uns in der Region sind viele der geeigneten Patienten bei der AOK Nordost (oder je nach Region der anderen Krankenkassen KNAPPSCHAFT und BAHN-BKK) versichert. Diese drei Kassen beteiligen sich an diesem Projekt, indem sie ihre Krankenkassendaten zur Verfügung stellen. Dies ist mit hohem Aufwand verbunden. Das Ziel des Projekts ist, wie beschrieben, die Regelleistung für alle Versicherten aller Kassen. Da Sie Ihre Patienten nur gezielt auf das Projekt hinweisen und diese großen Kassen an Bord sind ist es aus meiner Sicht einen Versuch wert.

8) Ich soll auch noch einen Nachsorgetermin anbieten? Wie stellen Sie sich das vor?

Mein Vorschlag ist, dass meine Kollegen und ich Ihnen ca. zwei Tage vor der stationären Entlassung einen IdA – Entlassungsbericht faxe (*Hier jetzt Muster bereithalten und zeigen*).

Auf der zweiten Seite kann Ihre Sprechstundenkraft einen Weiterbehandlungstermin eintragen. Diesen Antwortbereich können Sie einfach faxen, oder den Termin kurz per E-Mail senden oder anrufen. Wir freuen uns auf jeden Fall auf die Antwort. Ihrem Patienten hilft dieser Termin auch für die Planung und gibt Sicherheit, nicht am Entlassungstag nach dem Krankenhaus unvorbereitet in Ihrer Praxis erscheinen zu müssen. Diese Ängste möchten wir Ihren Patienten mit Ihrer Hilfe gerne nehmen.

9) Falls ich mich an Ihrer Netzwerkarbeit beteilige, was habe ich davon?

Ich verstehe ihre Bedenken und die aktive Teilnahme an Stammtischen und Qualitätszirkeln soll Ihnen und den anderen Teilnehmern in erster Linie helfen. Falls es bereits aus Ihrer Sicht geeignete Netzwerke gibt wäre ich froh, wenn Sie mir diese nennen und idealerweise einen Kontakt herstellen. Ansonsten geht es beim Erfahrungsaustausch um die Vernetzung innerhalb Ihrer Berufsgruppe und darüber hinaus. Ich freue mich auf Ihre Ideen und stelle gerne auch die passenden Räumlichkeiten (*Pandemievorschriften beachten*) und ggf. Dozenten bereit.

Wie kann auf den Integrierten Versorgungsvertrag mit der AOK Nordost hingewiesen werden?

Neben der Information über die allgemeinen IdA-spezifischen Maßnahmen und Projektinhalte soll der niedergelassene Arzt auch auf die Möglichkeit eines Beitritts zu einem Selektivvertrag mit der AOK im Rahmen von IdA aufgeklärt werden. Hierbei kann wie folgt argumentiert werden:

- Der Integrierte Versorgungsvertrag (IV Vertrag) bildet einen gesicherten Rahmen für AOK Nordost Versicherte innerhalb des IdA – Projekts. Grundsätzlich unterscheiden sich die Leistungen nicht von denen der anderen beiden teilnehmenden Krankenkassen. Weshalb also überhaupt einen extra Vertrag?
- Der Innovationsausschuss des GBA und der §92a SGB V verlangen einen abgeschlossenen IV Vertrag für jedes geförderte Innovationsfondsprojekt. Da die Projekte vom Abschluss des Förderzeitraums bis zur möglichen Einführung in die Regelversorgung ohne eine Zwischenfinanzierung dastehen, bietet ein IV Vertrag ein geeignetes und erprobtes Mittel, um gut implementierte Projekte nicht erst wieder „sterben zu lassen“, bevor sie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.
- Ein Vertrag ist eine verlässliche Grundlage für Rechte und Pflichten der teilnehmenden Vertragsteilnehmer. Ein IV Vertrag beschreibt die Aufgaben aller Parteien transparent und ist im Falle grober Verletzungen dieser Verpflichtungen justiziabel. Grobe Abstimmungen und Absichtserklärungen sind dies nicht.
- Ein IV Vertrag ist idealerweise ein Aushängeschild für ein Projekt. Mit dessen Hilfe können ggf. Mehrwerte extra finanziert und das Projekt somit attraktiver gestaltet werden.

Der IV Vertrag mit der AOK Nordost wurde bewusst inhaltsgleich zu den anderen teilnehmenden Krankenkassen verfasst, um eine Ungleichbehandlung innerhalb des Projekts zu vermeiden. Trotzdem sind die Vorteile für alle Seiten bei bestehender Nutzung gegeben. Die Aufgabe der Projektverantwortlichen ist somit diesen Vertrag zumindest kurz im Austausch mit dem niedergelassenen Arzt anzusprechen.

Nach dem Gespräch sind Notizen über mögliche Besonderheiten, die dem Arztberater der AOK bei seiner Arbeit helfen könnten sinnvoll (Einstellung des Arztes, Wünsche, was vielleicht zu vermeiden ist, Tipps im Umgang mit der Terminfindung etc.)

Anschließend werden dem bekannten AOK-Arztberater die Kontaktdaten weitergegeben, sofern der Arzt dies wünscht. Der Arztberater ruft die besuchte Arztpraxis ca. eine Woche nach dem Besuch an und besucht die Praxis oder veranlasst einen Versand der Vertragsunterlagen.

Der Praxisbegleiter der AOK gibt den Projektbeauftragten nach diesem Austausch eine Rückmeldung über dessen Verlauf und den eventuellen Abschluss des IV Vertrages. So wird sichergestellt, dass im Falle von Nachfragen alle Beteiligten informiert sind.

Wie kann ich die Beteiligung am Aufbau eines Netzwerks (Stammtische, Qualitätszirkel etc.) fördern?

Stammtische und Qualitätszirkel innerhalb des IdA – Projekts sollen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen fördern und alle Beteiligten zum Thema kognitive Beeinträchtigungen und Demenz sensibilisieren. Um dies zu erreichen ist es einfacher bestehende Netzwerke, wie Ärztestammtische, oder weitere etablierte Gruppen zu nutzen und dort das Thema zu platzieren.

Diese Stammtische und Netzwerke sind häufig bei den Chefärzten*innen der Klinik bekannt und sollten daher dort erfragt werden. Gleichzeitig können Pflegestützpunkte gute Ansprechpartner sein, da diese bereits eine Schnittstellenfunktion erfüllen und sich in der Region sehr gut auskennen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie ist es zu prüfen, in wieweit persönliche Treffen und Austausche stattfinden. Auch bei der Planung von Veranstaltungen am Klinikstandort ist deren Durchführbarkeit zuvor immer zu hinterfragen.

Bei den Besuchen der potenziellen Netzwerkpartner*innen sollte das Thema beständig abgefragt werden, so dass ein Stimmungsbild entsteht. Hier geht es um Themenwünsche und potenzielle Veranstaltungsorte. Sofern möglich finden Stammtische häufig im kleinen Kreis in einer Lokalität, oder in Praxisräumen am Abend statt. Hier kann es hilfreich sein, Räume innerhalb des Klinikums anzubieten und ein kleines Catering bereitzustellen.

Da innerhalb der einzelnen Kliniken häufig Vortragsreihen zu verschiedenen Themen laufen kann in einem ersten Schritt auf geeignete Themen hingewiesen und eingeladen werden. Eventuell entsteht so ein intensiverer Kontakt, der durch den/die Chefarzt*in der jeweiligen Klinik des Standorts positiv flankiert werden kann.

Nach der Erstansprache durch die Projektbeauftragten teilt sich der Kreis der besuchten Netzwerkpartner meist in drei Gruppen:

1. Von Beginn an interessierte und engagierte Netzwerkpartner

- Diese Gruppe ist leicht zur Zusammenarbeit und Mitarbeit zu motivieren.
- Wichtig ist, die Hinweise und Wünsche stets ernst zu nehmen und möglichst umzusetzen.
- Diese Gruppe möchte aktiv mitgestalten, was ermöglicht werden sollte, sofern es zum Gesamtkonzept passt.

2. Verhaltene, aber nicht desinteressierte Netzwerkpartner*innen (zögernd, erst einmal testen wollend)

- Grundsätzlich interessierte, aber vorsichtige Netzwerkpartner sind ambivalent.
- Diese Gruppe hat in der Vergangenheit häufig negative Erfahrungen gesammelt und möchte nun nicht erneut "Zeit verschwenden".
- Hier ist eine stets anlassbezogene Ansprache mit der Kommunikation klarer Mehrwerte sinnvoll.

3. Ablehnende, oder gänzlich desinteressierte Partner, die an keiner Netzwerkarbeit interessiert sind

- Die dritte Gruppe hat wenig Interesse.
- Oftmals begründet in schlechten Erfahrungen oder eingefahrenen Verhaltensmustern möchte diese Gruppe nur in ihrem Tätigkeitsfeld bleiben.
- Sofern auf den ersten Blick für diese Gruppe keine definitiven Mehrwerte erkennbar sind, wird ein Engagement abgelehnt.

In der Ansprache und Kommunikation ist es hilfreich, die erfolgten Besuche in diese drei Kategorien zu unterteilen. So kann die jeweilige Gruppe entweder „aussortiert“ (Gruppe 3), vollständig einbezogen (Gruppe 1) oder anlassbezogen integriert (Gruppe 2) werden.

Wie bereite ich Stammtischtreffen, Qualitätszirkel und Erfahrungsaustausche vor?

Vor dem Hintergrund der aktuellen Corona Pandemie ist im Vorfeld einer Veranstaltungsplanung stets die aktuelle Situation in der Region und am jeweiligen Klinikstandort zu beachten. Hier kann es aktuell zu kurzfristigen Änderungen kommen, was eine Planung sehr erschwert.

Vor diesem Hintergrund kann alternativ ein Newsletter helfen, Neuigkeiten und Informationen an Netzwerkpartner, vor allem der Gruppen 1 und 2 zu senden und als Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung zu stehen.

Eventuell vierteljährlich können erreichte Meilensteine und kommende Schritte kommuniziert werden. Neben dieser Newsletter Erstellung, die mehr Inhalte als die offizielle Homepage die vor allem einen Fokus auf die jeweilige Versorgungsregion legen sollte, gibt es die Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme, vor allem in Zusammenhang mit einem aktuellen Patienten des jeweiligen Netzwerkpartners. Hier ist die Zusammenarbeit mit den Projektkoordinatoren sehr

wichtig, da diese im Rahmen ihrer Arbeit ebenfalls mit Pflegeeinrichtungen, Niedergelassenen und weiteren Netzwerkpartnern kommunizieren.

Diese Kollegen sollten somit stets über erfolgte Besuche und Absprachen informiert werden und bei Bedarf gemeinsam mit den Projektbeauftragten Besuche durchführen, um den Teamcharakter von IdA nach außen zu transportieren. Da dies mit einem hohen personellen Einsatz verbunden ist bieten sich hier ggf. hauseigene MVZ, oder Polikliniken (§311 SGB V) vorrangig an.

Weitere Ausführungen zu diesem Abschnitt folgen, sobald die Durchführung solcher Treffen realistisch wird und die dann notwendigen Hygienemaßnahmen und Rahmenbedingungen klar sind.

2.7 Rechtliche Rahmenbedingungen

Innovationsfondsprojekte im Bereich der neuen Versorgungsformen mit Krankenkassenbeteiligung sind in der Regel auf Grundlage eines Selektivvertrags nach §140a SGB V oder eines Modellvorhabens nach den §§63ff. SGB V durchzuführen.

Im Projekt IdA wurde mit der AOK Nordost ein Vertrag zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V umgesetzt. Ergänzt wurde dieser Vertrag durch die Kooperation der BAHN-BKK und der KNAPPSCHAFT auf Grundlage des §630a BGB in Verbindung mit §39 SGB V.

2.8 Datenschutz und Dokumentation

Für die Durchführung des Innovationsfondsprojekts und der Erprobung der neuen Versorgungsform IdA ist eine sehr gute Datenbasis die entscheidende Grundlage für eine aussagekräftige Evaluation mit belastbaren Ergebnissen. Insofern mussten die Projektbeteiligten weitreichende Überlegungen anstellen, welche Daten für die Umsetzung und Evaluation der IdA-spezifischen Maßnahmen erforderlich sind und wie diese datenschutzkonform erhoben, übermittelt und ausgewertet werden können.

Um die IdA-spezifischen Daten von den restlichen Krankenhausdaten zu trennen, um z.B. unterschiedliche Lösungsfristen gewährleisten oder patientenseitigen Widerrufen nachkommen zu können, wurde für die Erhebung der IdA-spezifischen Daten eine Erfassungsdatenbank, das sog. IdA-Portal, entwickelt, das auf den lokalen Servern der teilnehmenden Kliniken installiert wurde. Alle relevanten, über die eigentliche Krankenhausbehandlung hinausgehenden Daten, die für die Auswertung der Ergebnisse sowie für die Umsetzung der IdA-Maßnahmen erforderlich sind, werden im IdA-Portal erfasst und können von dort pseudonymisiert und entsprechend aufbereitet für die Evaluation exportiert werden.

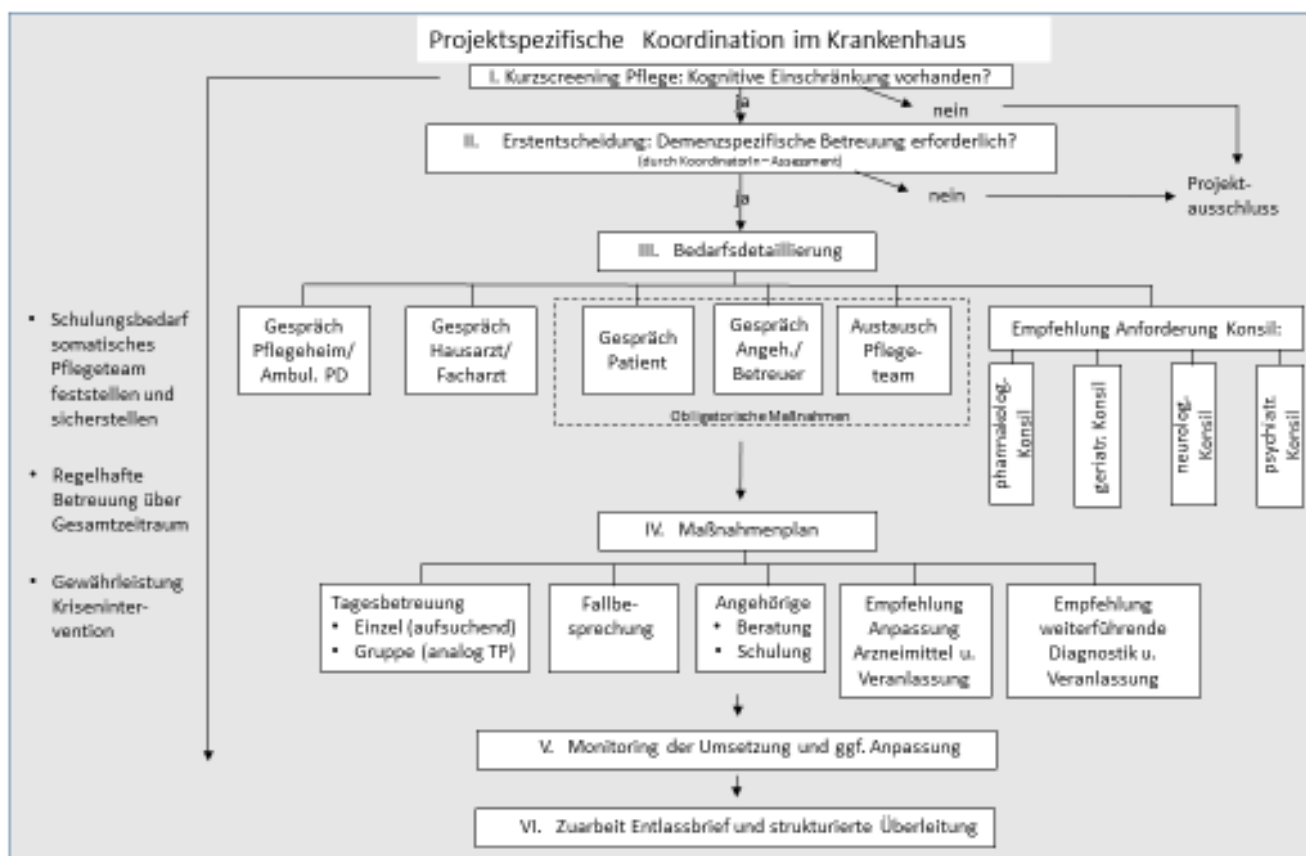
Da im Rahmen des Projekts im Bereich Krankenhaus sehr sensible personenbezogene Daten verarbeitet werden, wurde ein ausführliches Datenschutzkonzept entwickelt. Das Konzept betrachtet detailliert alle Verarbeitungsprozesse im Projekt; angefangen beim Ausgestalten und Einholen der Patienteneinwilligung, über die Datenerfassung während des Krankenhausaufenthalts und des Informationsaustauschs mit behandelnden internen und externen Ärzten und Angehörigen, bis hin zum Datenexport und Datentransfer zwischen Projektpartnern. Bei allen Vorgängen wurde stets der Prämisse gefolgt, so viele Daten wie nötig und so wenig wie möglich zu erfassen und die Betroffenenrechte der Patienten zu jeder Zeit zu wahren.

Eine besondere Herausforderung stellte die Zielgruppe der über 70-Jährigen mit kognitiven Beeinträchtigungen in diesem Zusammenhang dar. Es ist bei dieser Zielgruppe davon auszugehen, dass ein großer Teil des Patientenpotentials nicht selbst einwilligungsfähig ist. Dies bedeutet einen enormen Aufwand und Wachsamkeit, um erstens die Einwilligungsfähigkeit bzw. Nicht-

Einwilligungsfähigkeit zu erkennen und um zweitens im letzteren Fall, die Einwilligungsmodalitäten sowie ggf. weitere Formalitäten mit dem/r gesetzlichen Betreuer*in zu klären.

3. Die Interventionen

Das folgende Schaubild stellt den Ablauf der idaspezifischen Maßnahmen dar und dient allen Projektbeteiligten als übergeordneter Leitfaden.



3.1 Rolle und Aufgaben der Koordinator*innen

Der Koordinator ist dem Projektbeauftragten unterstellt. Der Projektbeauftragte gibt den Koordinatoren Fern- und Nahziele vor und überwacht diese. Er steht hauptsächlich führend, -ausführend und beratend für das gesamte Projektteam zur Seite. Der Projektbeauftragte optimiert und steuert Prozesse und lenkt das Projekt mit allen beteiligten Initiatoren. Grundlegend werden die Vorgänge hierbei zielorientiert gestaltet und durch unterschiedliche Verantwortlichkeiten im Team ausgeführt und gesteuert.

Der Koordinator ist für die Screenings der Patienten am Klinikum zuständig. Erfüllen diese die Voraussetzungen zur Teilnahme am Projekt werden diese in das Projekt eingeschrieben. Bei der Bewertung der Projekttauglichkeit bedient er sich unterschiedlicher, fachspezifischer Screenings und Assessment-Methoden.

Folgende Vorgaben müssen für das Modellprojekt vorab erfüllt sein:

- Mitgliedschaft in einer der folgenden Krankenkassen: AOK, Bahn BKK, KNAPPSCHAFT
- mindestens 70 Jahre
- Aufnahme und Aufenthalt auf einer teilnehmenden Station im Klinikum¹
- Bei Projekteinschluss noch nicht länger als 72 h im Klinikum²

Als erstes Screening wird der 6CiT Test durchgeführt. Sofern dieser mit einem Wert von mindestens 8 die kognitiven Beeinträchtigungen bestätigt, wird der Patient in das Projekt eingeschlossen. Anschließend folgen weitere Tests (CAM, Barthel, MMST). Es wird ein Maßnahmenplan erarbeitet, den der Tagesbegleiter am Patienten umsetzt.

Die Einsatzplanung hierfür übernimmt der Koordinator. Auch die Dienstplanung oder –anpassung obliegt ihm (je nach Standort). Er steht führend, anleitend und beratend dem Tagesbegleiter zur Seite. Neben der vordergründigen Kerntätigkeit, Patienten zu screenen und u.a. in das Portal einzuschließen übernimmt er weitere komplexe Aufgaben wie Dokumentation, Organisation und Koordination interner Projekt- und Klinikabläufe.

Der Koordinator befindet sich in enger Abstimmung mit unterschiedlichen Berufsgruppen, um eine multiprofessionelle Begleitung und Vernetzung des Patienten während des Projektes und nach seiner Entlassung zu gewährleisten.

Es findet in regelmäßigen Abständen ein Austausch aller Koordinatoren, aller mitwirkenden Standorte statt.

3.1.1 Vorgehen allg.:

Der Patient wird neu auf einer teilnehmenden Station aufgenommen und vom IdA-Koordinator in den ersten 72 Stunden (am besten innerhalb der ersten 24 Stunden bzw. schnellstmöglich) nach der Aufnahme besucht. Dieser gibt dem Patienten kurz Informationen zum Projekt und zum bevorstehenden Screening. In diesem Gespräch können bereits Gründe auftreten, warum der Patient ev. nicht für IdA geeignet ist. Folgende Gründe führen zu einer Nichteignung bereits in dieser Phase:

- Geplante Aufenthaltsdauer weniger 4 Tage
- Kritischer Gesundheitszustand (je nachdem, ob dieser akut oder kurzfristig ist, kann der Patient an einem anderen Tag nochmals aufgesucht werden; bei dauerhaft kritischem Zustand kein Projekteinschluss möglich)
- Patient nimmt bereits an einer anderen (klinischen) Studie teil
- Patient kann durch coronabedingte (pandemiebedingte?) Gründe nicht teilnehmen
- Patient wurde mehrmals nicht angetroffen
- Gesetzlicher Vertreter nicht erreichbar
- 72 Stunden Frist konnte nicht eingehalten werden
- Ggf. längerer Aufenthalt auf der ITS
- Patient verweigert 6CiT
- Patient wurde aus anderem Krankenhaus in teilnehmendes KH verlegt
- Kapazitätsgrenzen des IdA-Teams überschritten (in diesem Fall wird bei weiteren Patienten auch nicht auf IdA-Eignung geprüft)

¹ Lediglich Zwischenaufenthalte auf der ITS z.B. zur postoperativen Beobachtung sind zulässig.

² Im Verlauf der Prozessevaluation von anfänglich 24h auf 72h angehoben, um das Wochenende einschließen zu können.

An der IdA-Versorgung teilnehmende Fachgebiete und Stationen nach Trägern und Standorten:

Träger	Oberhavel Kliniken GmbH				Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH		Klinikum Niederlausitz GmbH			
Standort	Hennigsdorf		Oranienburg		Potsdam		Senftenberg		Lauchhammer	
Fachgebiet	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA
Augenheilkunde					X					
Chirurgie	X	X1	X1	X1	X	X1	X	X1	X	X1
• Orthopädie					X	X1	X	X1		
Frauenheilkunde & Geburtshilfe			X2	X2	X				X	X2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	X	X2			X					
Haut- und Geschlechtskrankheiten					X					
Innere Medizin	X	X3	X3	X3	X	X2	X	X2	X	X3
• Geriatrie	X				X				X	
Kinder- und Jugendmedizin			X						X	
Kinder- und Jugendpsychiatrie & -psychotherapie					X					
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie					X					
Neurochirurgie					X					
Neurologie	X	X4			X	X3	X	X3		
Nuklearmedizin					X					
Psychiatrie & Psychotherapie	X				X		X			
Psychosomatische Medizin & Psychotherapie	X				X		X			
Strahlentherapie					X					
Urologie					X				X	X2
Nachrichtlich:										
Standort Hennigsdorf					Standort Senftenberg					
X1	Stationen 27, 28 (Chirurgie, Gefäßchirurgie)				X1	Station 25 (Unfallchirurgie und Orthopädie, Hand- und Plastische Chirurgie)				
X2	Station 30 (HNO-Heilkunde)									
X3	Stationen 23, 25, 35 (Innere Medizin)				X2	Stationen 21, 24, 28 (Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie, Pneumologie, Kardiologie, Gefäßzentrum)				
X4	Station 26 (Neurologie)									
Standort Oranienburg					X3	Stationen 22, 20 (Neurologie, Stroke Unit)				
X1	Stationen 4, 5 (Chirurgie)					Standort Lauchhammer				
X2	Station 2 (Gynäkologie)				X1	Stationen 3, 4 (Allgemein- und Viszeralchirurgie)				
X3	Stationen 6, 7 (Innere Medizin)									
Standort Potsdam					X2	Station 6 (Urologie/Gynäkologie)				
X1	Stationen E4, D5 (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie [ab 03/2021])				X3	Station 5 (Innere Medizin)				
X2	Stationen C7, C8, D6, E6, H1 (Onkologie, Hämatologie [bis 02/2021], Angiologie, Nephrologie [ab 11/2020], Kardiologie,)									
X3	Station H2 (Neurologie)									

Der anschließende Ablauf ist folgendermaßen:

- Durchführung 6CiT (ggf. bereits durch Pflegekraft bei Aufnahme erfolgt)

- Ergebnis größer/gleich 8 => Einholen der Einwilligungserklärung
- Aufnahme des Patienten ins IdA-Projekt und weitere, tägliche Dokumentation im IdA-Portal (bei Implementierung in Regelversorgung fällt dieser Arbeitsschritt weg)
- Weiterführung Eingangsassessment => Erhebung Barthel und MMST

Mögliche Ausschlussgründe:

- unzureichende Deutschkenntnisse
- geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt
- kritischer Gesundheitszustand (prefinal oder infektiös)
- Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie
- Corona-bedingter Ausschluss
- Patient mehrfach nicht angetroffen
- kein Kontakt zu gesetzlichem Vertreter möglich
- 72h Frist kann nicht eingehalten werden
- 6CIT verweigert
- Verlegung aus anderem Krankenhaus
- Sonstiges

3.1.2 Patienteneinwilligung

Der Koordinator ist verpflichtet nach der 6CIT Testung, sofern der Wert ≥ 8 Punkte ist von dem jeweiligen Patienten, die Patienteneinwilligung unterzeichnen zu lassen. Hat der Patient einen gesetzlichen Betreuer, muss die Einwilligung durch diesen stattfinden. Nach der 6 CIT Testung finden weitere Screenings statt:

- CAM
- MMST
- Barthel

Herausforderungen beim Einholen der Patienteneinwilligung:

- Einwilligung zur Teilnahme an einem Projekt zu kognitiven Beeinträchtigungen, ohne ggf. bis zu diesem Zeitpunkt davon gewusst zu haben/ sich eingestanden zu haben
- Patient am Aufnahmetag überfordert
- Prüfung vorab, ob der Patient selbst einwilligungsfähig ist
- Gesetzlicher Vertreter hat eingewilligt, Patient verweigert aber die Teilnahme
- Schwierige Erreichbarkeit des Angehörigen oder gesetzlichen Vertreters

Die Einwilligung erhält die Krankenkasse im Original. Ein Durchschlag bleibt zu Archivierungszwecken im Klinikum. Der Patient erhält ebenfalls einen Durchschlag der Einwilligung.

Das umfangreiche Einholen der Einwilligungserklärung würde bei Übernahme der Leistung in die Regelversorgung entfallen.

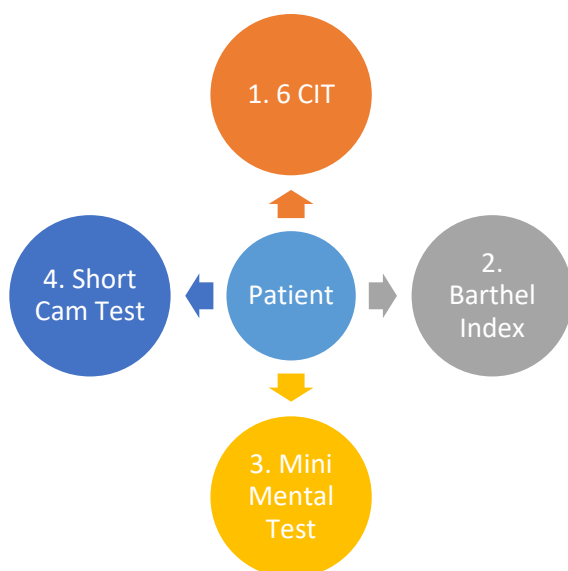
3.1.3 Erstscreening und Eingangsassessment

Der Patient erhält 4 Testungen. Die Dokumentationsbögen werden hierfür vorgegeben.

Der Koordinator besucht den Patienten in Absprache mit dem Stationsteam, um die Testung in einer realitätsnahen Situation und Umgebung durchzuführen. Durch seine fachliche –und soziale

Kompetenz schätzt der Koordinator ein, wie er die Testung ausführt. Wegweisend ist hier sich in erster Linie auf die unterschiedlichen Patienten einstellen zu können, um den Patienten beim Test auch eine Sicherheit zu vermitteln und seine Compliance zu erhalten oder gegeben falls zu erhöhen.

Das Screening erfolgt in 4 Schritten:



Der 6 CIT

Dieses 6-Item-Screening auf kognitive Beeinträchtigung erfordert einen typischen Erinnerungstest mit 3 Begriffen. Die Testperson sollte in der Lage sein, die drei Begriffe anfangs zu wiederholen und sich nach 5 Minuten wieder daran zu erinnern.

0 - 3 Punkte: Beeinträchtigung wahrscheinlich

4 - 6 Punkte: Beeinträchtigung weniger wahrscheinlich

Der Barthel Index

Ist ein Instrument zur Messung der Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag, Fremderhebungsinstrument mit 10 Items á 2 bis 4 Stufen, insgesamt sind 0 bis 100 Punkte erreichbar, je nach Item werden in 5-Punkt-Abstufungen 0 bis maximal 5, 10 oder 15 Punkte vergeben.

Mini Mental Test

Der MMST dauert zehn bis 15 Minuten. Jede richtige Antwort wird als ein Punkt gezählt. Maximal werden 30 Punkte vergeben. Ergibt die Auswertung bis zu 27 Punkten, dann spricht man von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, bei weniger als 20 Punkten von mittelgradiger Demenz und bei unter zehn Punkten von einer schweren Demenz.

Short Cam Test

Als Standard zur klinischen Delir Diagnostik gilt die Confusion Assessment Method, kurz CAM. Dabei gilt ein Delir als wahrscheinlich, wenn folgende Kriterien vorliegen:

akutes Auftreten und fluktuierender Verlauf
und

Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörung
und

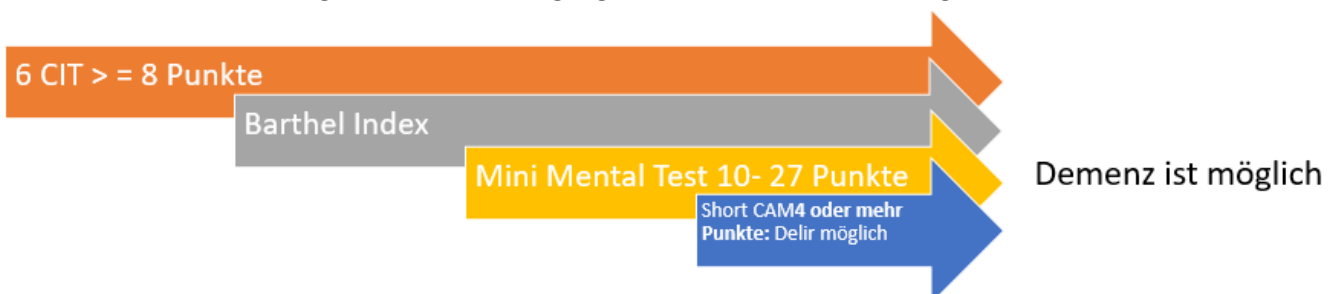
Denkstörung
oder

Bewusstseinsstörung

4 oder mehr Punkte: Delir möglich +/- kognitive Beeinträchtigung

1-3: mögliche kognitive Beeinträchtigung

0: Delir oder schwere kognitive Beeinträchtigung unwahrscheinlich, aber möglich,



Es ist sinnvoll, soweit es möglich ist, die weitere Anamnese am Patienten zu erheben und zu dokumentieren. Hierfür steht ein Anamnesebogen zu Verfügung.

Patientenklebchen



Wohnsituation: ☐ allein ☐ zu Hause zusammen mit: ☐ Ehepartner/
Lebenspartner ☐ Kindern ☐ sonstigen Angehörigen

☐ betreutes Wohnen ☐ Pflegeheim

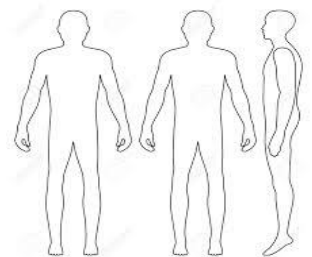
☐ Wohngruppe ☐ Pflegedienst

Betreuung im KH: ☐ Angehörige ☐ rechtl. Betreuer ☐ selbst einwilligungsfähig
☐ erhält Besuch

Kognition: ☐ orientiert ☐ teilorientiert ☐ desorientiert

Mobilität: ☐ selbstständig ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐
bettlägerig ☐ eingeschränkt wegen akuter Erkrankung

Schmerzen: ☐ ja, Lokalisation siehe Bild ☐ nein
☐ Lokalisationsbeschreibung:
☐ eigene Angabe Schmerzstärke (1-10): _____
☐ Einnahme Schmerzmittel: ☐ ja ☐ nein



Aktueller

Bewegungsradius: ☐ Bett ☐ Patientenzimmer ☐ Flurebene ☐
Klinikebene ☐ Außenbereich

Hilfsmittel:
erblindet ☐ Brille / Lesebrille ☐ nicht dabei* ☐ Pat.
 ☐ rechts / links / beidseits

gehörlos ☐ Hörgerät links ☐ Hörgerät rechts ☐ nicht dabei* ☐ Pat.
 ☐ rechts / links / beidseits

☐ Zahnprothese oben ☐ Zahnprothese unten ☐ nicht dabei*
*wenn nicht dabei, Beschaffung veranlasst? ☐ ja ☐ nein

Ausscheidung:
Blasenkatheter / Stoma ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ inkontinent ☐

Ernährung:
☐ Appetit gut ☐ mäßig ☐ schlecht
☐ Kaubeschwerden ☐ Schluckbeschwerden ☐ Getränke andicken lassen
☐ Zubereitung selbstständig ☐ mit Hilfe ☐
völlige Übernahme
☐ isst selbstständig ☐ mit Hilfe ☐
völlige Übernahme
☐ Ernährung durch Sonde ☐ Flüssigkeitsdefizit
☐ Besonderheiten:

Allergien/

Unverträglichkeiten: ☐ nicht bekannt ☐ ja:

Achtung!

Schlaf:
schlecht zu Hause ☐ gut ☐ mäßig ☐
 ☐ nimmt Schlafmedikamente

schlecht Im KH ☐ gut ☐ mäßig ☐
☐ nimmt Schlafmedikamente

☐ Frühaufsteher ☐ Spätaufsteher ☐ Gründe für schlechten
Schlaf: _____

Stimmung: ☐ gut ☐ deprimiert ☐ gestresst ☐
wütend ☐ traurig ☐ schwankend

☐ Hinweise:

Nähe/ Distanz: ☐ reagiert positiv auf Körperkontakt ☐ hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend werden, wenn:

derzeitiges herausforderndes Verhalten: ☐ Essen/ Trinken schlecht ☐ Umkehr Tag/ Nacht
Rhythmus ☐ rufen/ schreien/ schlagen

☐ Hinlauf-/ Weglauftendenz ☐ Passivität/ Rückzug/
Teilnahmslosigkeit ☐ starkes Angstverhalten

Interessen: ☐ Zeitung / Bücher ☐ Gespräche ☐ Musik ☐
Spiele ☐ Kreuzworträtsel ☐ Malen

☐ Basteln ☐ Motivkarten ☐ Gedächtnisspiele ☐
Bewegung/ Sport ☐ Tanz ☐ Kochen / Backen

☐ Spazieren gehen ☐ Gruppenbetreuung ☐ Religion/Spiritualität ☐
Beruf _____ ☐ sonstiges _____

Hinweise:

3.1.5. IdA-Dokumentation

Im IdA-Portal erfolgt folgende Dokumentation:

- alle potenziell für IdA geeigneten Patienten (lediglich Erfassung der IdA-Kennung und Ausschlussgrund; keine Erfassung personenbezogener Daten)
- die Ergebnisse der Kurzscreenings und des Eingangsassessments
- die Gründe für nicht-Eignung oder vorzeitige Abbrüche
- die IdA-Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes inkl. durchgeführter Maßnahmen
- Ereignisse während des Krankenhausaufenthaltes (z.B. Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, herausforderndes Verhalten, Medikation, Notfallverlegungen)

Bei Erfassung eines Falls ist folgendes zu beachten:

- Wird ein Patient erneut eingeliefert, wird ein neuer Fall eröffnet (KEINE Reaktivierung eines alten Falls)
- Hat ein Patient bereits im letzten Krankenhausaufenthalt eingewilligt und ggf. auch teilgenommen, wird er beim nächsten Aufenthalt erneut um Einwilligung gebeten und ggf. in IdA aufgenommen
- Wird ein Patient von einem teilnehmenden Krankenhaus in ein anderes teilnehmendes Krankenhaus verlegt, wird kein neuer Fall eröffnet, sondern der bestehende Fall weitergeführt

Die Dokumentation erfolgt fortlaufend während des Krankenhausaufenthaltes. Die abgefragten Informationen sind für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes im IdA-Portal zu dokumentieren.

Die Dokumentation beginnt immer mit dem Aufnahmetag im Krankenhaus, auch wenn der Patient erst am zweiten oder dritten Tag in das Projekt eingeschlossen wird. Die IdA-spezifische Versorgung beginnt mit Vorliegen der Einwilligung.

Ebenfalls wird jeder mögliche Patient in das Portal aufgenommen, auch wenn der Patient im weiteren Verlauf des Eingangsassessments als nicht geeignet eingeschätzt wird. Das ist wichtig für die Berechnung der Dropoutquoten und der Fallzahlerreichung. In diesen Fällen werden jedoch keine personenbezogenen Daten erhoben, sondern lediglich ein IdA-Kennzeichen angelegt und ein Ausschlussgrund erfasst.

Das detaillierte Vorgehen bei der Dokumentation im IdA-Portal ist in den Schulungsunterlagen Koordinatoren beschrieben, die dem Handbuch anhängen.

Aus dem IdA-Portal können verschiedene standortspezifische Reports exportiert werden. Diese dienen zum Einen dem Controlling der Fallzahlen, zum anderen werden die Reports in verschlüsselter, pseudonymisierter Form an AGENON und die Krankenkassen übermittelt, um die Daten auswerten zu können.

3.1.6 Einbezug von Angehörigen

Angehörige sind „Mit-Betroffene“. Um sie in verschiedenen Phasen begleiten zu können, benötigen Angehörige verbale und schriftliche Informationen, um ein Verständnis für den Zustand des betroffenen Menschen selbst und ein Verstehen der aktuellen Situation zu erlangen. Ziel des Projektes war es durch die Koordinatoren fachlich – und sozial beratend zur Seite zu stehen und individuelle Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Da Angehörigen – Gruppenschulungen aufgrund der Covid – 19 Pandemie nicht stattfinden durften, fanden Einzel-Angehörigenberatungen – und Schulungen statt, vor Ort sowie telefonisch.

Ein Ziel des Projektes war es, ein wissenschaftlich fundiertes und praktikables Instrument zur Befragung von Angehörigen des Patienten anzuwenden. Hierfür wurden zu verschiedenen Projektphasen entsprechende Angehörigenfragebögen zur Verfügung gestellt, um die Qualität und Wirkweise des Projektes im Hinblick auf das soziale Umfeld des Patienten, explizit mit dem Fokus auf seine Angehörigen, abbildbar zu machen. Durch temporäre Besuchsverbote an Kliniken, gab es die Ausweich-Möglichkeit auch durch das Aufrufen eines Links, bzw. Scannen eines QR – Codes an der Angehörigenbefragung teilzunehmen.

3.1.6 Einbezug des Stammpersonals

Der persönliche Kontakt und Austausch ist wichtig und die Beziehung zu dem multiprofessionellen Klinikteam von großer Bedeutung. Das Stammpersonal vor Ort wurde umfangreich, vor und nach den Testungen, über den Zustand des IdA-Patienten informiert. Auch wurde ein täglicher Austausch angestrebt, seitens des Koordinators und auch des Tagesbegleiters. Zum positiven Feedback gehörte, dass die psycho-soziale Beschäftigung des Patienten durch den Tagesbegleiter als Bereicherungen und Entlastung für das Stationspersonal empfunden wurde. Die enge Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen dem Projektkoordinator, dem Patientenkoordinator und teilweise dem Krankenhaus Sozialdienst ermöglichte es den Patienten aus vielen fachspezifischen Winkeln zu beobachten und entsprechend bestmöglich zu versorgen, auch in Hinblick auf das Entlassmanagement. So wurde die interdisziplinäre Arbeit des IdA-Projektteams temporär auch ein wichtiger Faktor für den Krankenhaus Casemanagement Bereich. Da hier die Projektarbeit systemisch den gesamten Prozessablauf optimieren konnte und davon einzelne Patienten deutlich profitierten.

3.1.7 Einbezug von Vor- und Nachbehandler*innen

Entlassbriefe sind wichtig, nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für die sogenannten „Nachbehandler“. Am 01.07.2017 trat der Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ in Kraft. Dabei wird der voraussichtliche, individuelle Bedarf für die nach der stationären Behandlung erforderliche Anschlussversorgung, welche Kosten die Kranken- oder Pflegekasse tragen u.v.m. noch im Krankenhaus festgestellt. Die notwendigen Maßnahmen werden frühzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende Einrichtung rechtzeitig informiert. Bestandteil des Entlassmanagements ist neben der Prüfung des Anspruchs auch die Verordnung von Arznei-,

Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie, um die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherzustellen.

Falls der Tag der Entlassung am Klinikum absehbar war, erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem nachbehandelnden Arzt, der bei den Studienpatienten meistens der Hausarzt ist. Es wurde dann via Mail oder Fax um Terminkoordination für die ambulante Weiterbehandlung gebeten und diese wurde auch durch den Projektkoordinator vermerkt. Bei gelungenem Entlassmanagement in Bezug auf die Terminkoordination, erfolgte eine schriftliche Antwort im Antwortbereich des Dokumentes.

Vorläufige IdA - Entlassungsinformation mit der Bitte um Terminkoordination zur ambulanten Weiterbehandlung



Ihr unten genannter Patient befindet sich aktuell in stationärer Behandlung in unserer Klinik. Da die Entlassung Ihres Patienten bevorsteht, möchten wir Sie über die Teilnahme des Patienten am Innovationsfondsprojekt „IdA“ informieren.

Weitere Informationen zum IdA – Projekt finden Sie auf www.ida-brandenburg.de.

Im Rahmen dieses Projektes möchten wir die Zusammenarbeit mit Ihnen ausbauen und Ihre Arbeit unterstützen. Daher bitten wir Sie um Vergabe eines ambulanten Weiterbehandlungstermins Ihres Patienten.

Bitte senden Sie dazu den Antwortbereich dieses Schreibens zurück an

Fax: 0331/24136005

Bei Fragen erreichen Sie das IdA – Team des Krankenhauses unter

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Aufnahme ins IdA - Projekt erfolgte am _____

Stationäre Entlassung ist vorraussichtlich geplant am _____

Erfolgte Screenings und Ergebnisse

Testverfahren	Letzes Testdatum	Letzes Testergebnis*
6 – CIT		
MMST		
Barthel – Index		
CAM / I – CAM		

*** Eine kurze Legende der Testergebnisse finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.**

Durchgeführte Maßnahmen im Rahmen des Projekts

- ☐ Aktivierende Einzelbetreuung aufsuchend
- ☐ Beruhigende Einzelbetreuung aufsuchend
- ☐ Teilnahme an Gruppenangeboten
- ☐ Angehörigenberatung

Durchgeführte Konsile im Rahmen des IdA-Projekts

Empfehlungen für die Weiterbehandlung



Bitte wenden...

Kurze Beschreibung der Testergebnisse (Legende)

6 – CIT

Bei einem gewichteten Fehlerwert >7 besteht der Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung.

Quelle: J. B. Hessler et al. (2016); The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHOSt); Published online in Wiley Library

MMST

- 20 bis 26 Punkte: leichte Alzheimer-Erkrankung
- 10 bis 19 Punkte: moderate/mittelschwere Alzheimer-Erkrankung
- Weniger als 10 Punkte: schwere Alzheimer-Erkrankung

Quelle: Deuschl, G., & Maier, W. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, 33.

Barthel – Index

- 0 - 30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35 - 80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85 - 95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit

Quelle: Version KF 1.1, erstellt 8.11.2004 i.A. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

CAM / I – CAM

Ein Delir liegt vor, wenn die Merkmale 1a und 1b und 2 sowie 3 oder 4 vorliegen.

Ein Verdacht auf Delir liegt vor, wenn 1a oder 1b und 2 sowie 3 oder 4 vorliegen.

Quelle: Hospital Elder Life Program, LLC

Antwortbereich

Bitte faxen Sie diesen Bereich an: 0331/24136005

oder senden eine E – Mail:



Ich erwarte meine Patientin / meinen Patienten

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Am: _____

Um: _____

zur ambulanten Weiterbehandlung ☐ in meiner Praxis.

☐ in der Häuslichkeit.

Datum

Praxisstempel und Unterschrift

3.1.8 Erstellen von Maßnahmenplänen

Nach erfolgter Einwilligung und Testung des Patienten durch das Eingangsassessment, erstellt der Koordinator einen Maßnahmenplan. Mithilfe eines Maßnahmenplans kann zielgerichteter entschieden werden, welche Aktivitäten wann, in welcher Reihenfolge, mit welchem Aufwand, von wem, bis wann und unter welchen Prämissen ausgeführt werden müssen. Für den klassischen Maßnahmenplan wird prinzipiell nur eine einfache Tabelle erstellt, welche die geplanten Aktivitäten übersichtlich aufführt und organisiert. Der Maßnahmenplan wurde als Dokument zur Verfügung gestellt und in verschiedenen Projektphasen angepasst und optimiert. Darin plant der Koordinator, die für den Patienten vorgesehenen Maßnahmen, die wiederum durch den Tagesbegleiter umgesetzt wurden. Darüber hinaus fand eine tägliche Dokumentation statt.

Maßnahmenplan



Nr.	Name:		Station:				Zimmer:							
	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Datum														
Einzelbetreuung	PLAN *	IST **												
Basis	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐
Kognitiv aktivierend														
a) Kognitives Training (Memory, Puzzles, Kreuzwörtertsel)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Kognitive Stimulation (Alterinnerung, Alltagshandlungen, Konversation, Biographie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Realitätsorientierung (Zeitung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitiv beruhigend (Aromapflege/ Lichttherapie/ Entspannungsmusik)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilisierend (Spaziergang, Bett/Stuhl/Station/draußen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abendritual (Tee, Bewegung, Tagesrückblick, sensorische Verfahren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mahlzeitenbegleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppenbetreuung Kochen, backen, tanzen, singen, Gesellschaftsspiele														
Handzeichen														
Bemerkungen z.B. Behandlungsbegleitung														

*Koordinator, ** Tagesbegleiter

Stand: 17.02.2021

3.1.9 Anforderung zusätzlicher Konsile

Bei einem Konsil handelt es sich um eine Beratung eines Arztes durch einen anderen Arzt, meistens einen Facharzt. Ein Konsil kommt dann zum Tragen, wenn ein Arzt im Hinblick auf das Krankheitsbild eines Patienten unsicher ist. Dann ist es wichtig, einen weiteren Facharzt zu Rate zu ziehen, um die richtige Therapie verordnen zu können. Gleichmaßen kann ein Konsil als Einleitung für eine eventuelle Verlegung des Patienten in ein anderes Fachgebiet dienen.

Es gab die Möglichkeit im IdA Portal zusätzlich angeforderte Konsile zu dokumentieren. Da bei jedem erfassten Patienten eine tägliche neue Bedarfsanpassung stattfand, gab es diese Auswahlmöglichkeit dementsprechend täglich. Unterschieden wurde hier in:

pharmakologisches Konsil

geriatrisches Konsil

psychiatrisches Konsil

neurologisches Konsil

und

kein Konsil empfohlen

Der Koordinator darf lediglich eine Empfehlung an den verantwortlichen Arzt aussprechen. Das Konsil selber initiiert der Arzt. Als Entscheidungshilfe steht dem Koordinator ein Kriterienkatalog für Konsilanforderungen im Rahmen von IdA zur Verfügung.

Später mit validem Zahlenmaterial % Angabe einfügen, welche Menge an Konsilen ausgelöst wurde und welchen Arbeitsumfang diese in Anspruch nehmen.

3.1.10 Durchführung von Fallbesprechungen

Es gibt die Möglichkeit auch in einem kleinen Rahmen, dem Stationssetting, „Fälle“ zu besprechen. Der Fall ist der Patient mit seinen verschiedenen Bedarf und Bedürfnissen. Ein, nach Möglichkeit, interdisziplinäres Team bemüht sich die verschiedenen, meistens daraus resultierenden, gehobenen Anforderungen zu diskutieren um den Patienten gerecht zu werden. Dadurch sollen zum Beispiel Unsicherheiten auf beiden Seiten, Versorgungslücken, ethische Fragestellungen etc. in ca. 20 Minuten besprochen und nach Möglichkeit zum Positiven verändert werden. Das funktioniert aber immer nur in Korrelation mit dem Stationsteam / dem interdisziplinären Team. Da diese Herangehensweise zwar wünschenswert, jedoch sich größtenteils als nicht praktikabel herausstellte, gibt es die Möglichkeit, dass der Fall einzeln mit jedem Ansprechpartner nacheinander besprochen wird. Hierfür stand auch ein entsprechend vorgegebenes Dokument zur Verfügung.

Ergebnisprotokoll Fallbesprechung

Name Patient/in: _____

Fallnummer: _____

Datum der Fallbesprechung: _____

Teilnehmer/innen der FB: _____

Moderator: _____

Thema/ herausforderndes Verhalten/ derzeitige Patientensituation:

Zielformulierungen der besprochenen Maßnahmen

Verantwortlicher:

1.	
2.	
3.	
4.	

nächster FB- Termin zur Abklärung des Zielerreichens:

Handzeichen Moderator:

Stand: 10.6.21

3.1.11 Fallsteuerung: Monitoring und Verlaufsdokumentation

Wenn ein Patient komplexe Fallproblematiken aufweist und ganzheitliche Unterstützung durch unterschiedliche Dienste und Fachkräfte benötigt, kann der Einsatz von interdisziplinären Casemanagement die Arbeit aller Beteiligten optimieren. Wichtig ist hierbei, dass der Fall möglichst in „einer Hand bleibt.“

Jeder Patient war bei der Studie im täglichen Monitoring. D.h. es wurde täglich eine Ida Akte erfasst und Veränderungen protokolliert, wie zum Beispiel:

- Die Medikamente und damit verbundene Medikamentenänderungen
- Stürze
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie zum Beispiel, mechanische Fixierungen³
- Herausforderndes Verhalten
- Welche Art von Begleitung stattfand
- Austausch mit dem Stationspersonal
- Einberufung von Fallbesprechungen
- Corona-bedingte Besonderheiten in der Versorgung des Patienten

Ferner erfolgte nach der Aufnahme in das Portal und dem Beginn der Begleitung eine tägliche Bedarfsanpassung:

- Empfehlung zur Anforderung eines oder mehrerer Konsile
- Anpassung des Maßnahmenplans

So war der Verlauf gut abbildbar und Veränderungen schnell erfasst und sichtbar. Ferner war dadurch eine rasche Intervention möglich.

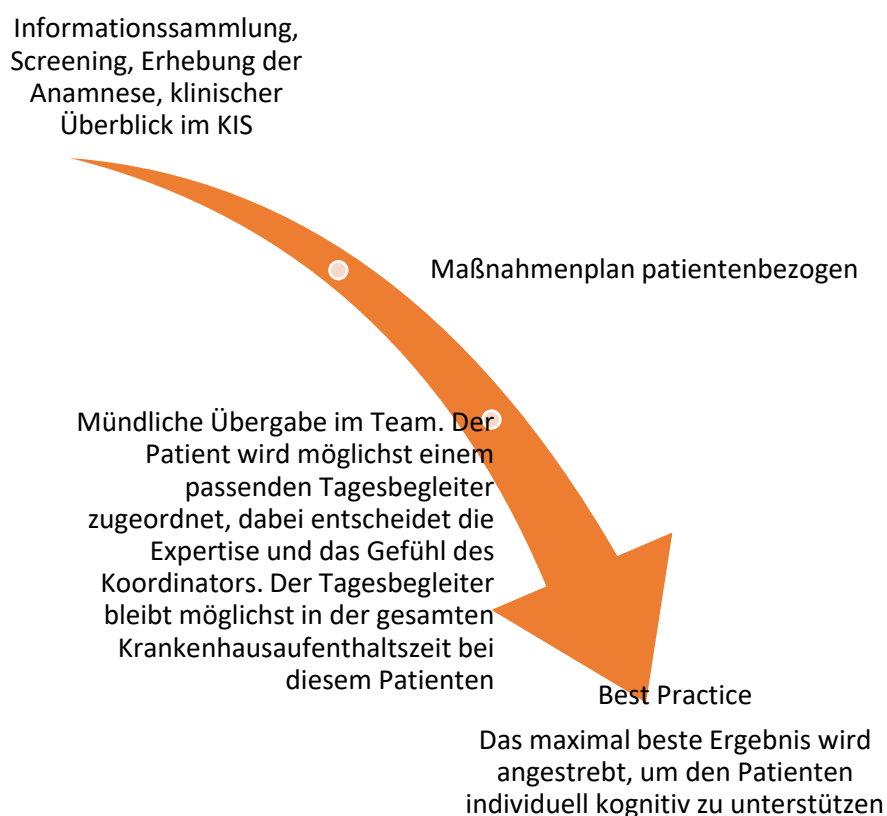
3.1.12 Fallübergaben

In erster Linie fand ein täglicher Datentransport statt. Durch die Eingabe im Portal hatten Koordinator, Projektbeauftragte, sowie alle wissenschaftlichen Mitarbeiter direkten Live-Zugriff.

Unter dem Koordinatoren – Team erfolgte die Fallübergabe mündlich, anhand der Ida Akte, dem Krankenhausinformationssystem und der händischen Dokumentation im Anamnesebogen und dem Maßnahmenplan.

Fallübergabe vom Koordinator an den Tagesbegleiter:

³ Im Verlauf der Prozessevaluation wurde für den weiteren Projektverlauf festgelegt, dass lediglich die ärztliche (Kurz)Anordnung von Bettgittern als freiheitsbeschränkende Maßnahme dokumentiert wird, da andere Maßnahmen wie z.B. Fixierungen auf den somatischen Stationen in der Regel nicht angewendet werden.



3.2 Rolle und Aufgaben der Tagesbegleiter*innen

Im Projekt „Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend“ werden zur Gestaltung und Begleitung des Tagesablaufes Tagesbegleiter eingesetzt. Sie erhielten nach der Einstellung eine umfangreiche projektspezifische Schulung über 160 Stunden (vgl. Kapitel 2.4). Hauptaufgabe der Tagesbegleiter*innen ist Unterstützung der ins Projekt eingeschlossenen Teilnehmer in der Tagesstruktur. Anhand eines von den Koordinator*innen festgelegten Maßnahmenplans, erfolgt eine Einzel- oder Gruppenbetreuung. Der Beziehungsaufbau zum/zur Patient*in, die Unterstützung der Koordinatoren*innen sowie der Austausch mit dem Pflorgeteam sind weitere Kernaufgaben der Tagesbegleiter.

Da jeder Mensch ein Bedürfnis nach Beschäftigung hat und dieses Bedürfnis auch im Alter und bei einer kognitiven Beeinträchtigung bis hin zu einer demenziellen Erkrankung auch weiter besteht, ist die Aktivierung und Beschäftigung von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen sehr essentiell.

Für die Betreuung und Beschäftigung der Patient*innen stehen den Tagesbegleiter*innen einheitliche Materialien zur Verfügung.

3.2.1 Einzelbetreuung

In der Einzelbetreuung stehen unterschiedliche Materialien zur Verfügung. Unter anderem kommen zum Einsatz: CD's mit unterschiedlichen Melodien und Geräuschen, Anti-Stressbälle, Kartenspiel zur Biografiearbeit, Malbücher, Kreuzworträtsel, Gesellschaftsspiele, Generationspuzzle, Bücher unterschiedlicher Epochen, Bastelmaterialien, Nestelringe, Koosh- und Igelbälle, Zeitschriften und Liederbücher. Die Materialien befinden sich auf entsprechenden Funktionswagen.

Snoezelenwagen

Das Snoezelen beschreibt den Aufenthalt in einer Wohlfühlatmosphäre. Hierbei werden gezielt verschiedene Reize angesprochen. Ursprünglich aus den Niederlanden kommend, beschreibt diese Form der Entspannung einen warmen Raum mit bequemen Sitz- oder Liegemöglichkeiten, wobei leise Musik und Lichteffekte helfen sollen, ein geborgenes und angstnehmendes Umfeld zu schaffen.

Zur besseren Mobilität im Klinikalltag haben wir uns im Projekt für einen Snoezelen-Wagen entschieden. Dadurch besteht die Möglichkeit jedes Krankenzimmer, in einen solchen Ort der Ruhe und Entspannung zu verwandeln. Der Wagen ist mit einer Musik-Anlage, einem Lichtprojektor und einer beleuchteten Wassersäule ausgestattet und bietet zudem noch Platz für Beschäftigungsmaterialien oder Materialien zur Unterstützung der Entspannungsatmosphäre.

Funktions-/Beschäftigungswagen

Der Funktions-/Beschäftigungswagen bietet die Möglichkeit vor Ort dem IdA-Teilnehmer eine umfassendes Einzelbetreuungsangebot zu geben. Abhängig von der Tagesverfassung des Teilnehmers können die Tagesbegleiter ein individuelles Beschäftigungsangebot anbieten und die Beschäftigungsform wählen. In den Funktions-/Beschäftigungswagen werden unterschiedliche Materialien wie zum Beispiel Bücher, Mal- und Bastelzubehör oder auch Gesellschaftsspiele vorgehalten. Die Wägen sind integraler Bestandteil des Beschäftigungsangebotes im IdA-Projekt.

Materialien in den Wägen

- Bücher
- Puzzle
- Zeitschriften
- Bastelmaterialien
- Musik- und Entspannungs-CD's
- Kartenspiele
- Malzubehör wie Buntstifte und Faserstifte
- Gesellschaftsspiele
- Tast- und Sinnesmaterialien

Hier einige Beispiele zu möglichen Einzelbetreuungsangeboten:

Aktivierende Maßnahmen – dazu zählt jede Form der geistigen und körperlichen Aktivierung. Beispiele dafür sind Kreuzworträtsel, Spaziergänge, Bewegungsspiele und Erinnerungspflege.

Beruhigende Maßnahmen – umfasst alle Maßnahmen um innere und äußere Anspannung zu minimieren, Schlafstörungen entgegen zu wirken und Angstsituationen zu entspannen. Beispiele dafür sind Aroma-Öle, Entspannungsmusik, Orientierungs- und Erinnerungshilfen.

Orientierungsbesuche – Aktualisierung der Kalender, Einsatz auditiver und optischer Hilfsmittel sowie das Angebot einer tagesaktuellen Zeitung helfen dem Teilnehmer sich zu orientieren und können zum festen Ritual und Beziehungsaufbau genutzt werden.

Gespräche – das individuelle, bedürfnisorientierte und strukturierte Gespräch nimmt viele Funktionen in der Einzelbetreuung ein. Es ist Beschäftigung, Aktivierung, Informationssammlung, Biografiearbeit und Beziehungsaufbau und -erhalt.

Mahlzeiten-Begleitung – Nahrungsaufnahme ist Grundbedürfnis, Gesundheitsfördernd und -erhaltend und Sinneserfahrung. Es ist wichtig Teilnehmern mit kognitiven Beeinträchtigungen die Zeit und Möglichkeit zur Nahrungsaufnahme zu geben.

Biografiearbeit - Biografiearbeit ist die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte eines Menschen. Damit Biografiearbeit gelingen kann muss eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Die möglichen Methoden können das reine Interview sein aber auch aktivitätsorientierte Biografiearbeit z.B. in Form von Erinnerungsecken ist möglich.

Kreative Gestaltung -umfasst alle Angebote, die kreatives Handeln oder Denken aktivieren. Dazu gehören Malen, Basteln, Musizieren und Singen.

Spiele – Beschäftigung durch Spielen von Gesellschafts- oder Alltagsspielen fördert die kognitive Aufmerksamkeit, die Kommunikation und das gemeinsame Miteinander.

3.2.2 Gruppenbetreuung

Die Gruppenbetreuung ist eine weitere Form der Alltagsbeschäftigung. Im Vergleich zur Einzelbetreuung kommt hier noch der Gruppenpsychologische Aspekt hinzu. Vorteile der Gruppenbetreuung können ein höheres Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit sein, der soziale Kontakt und Austausch, Vermeidung von Einsamkeit, Anerkennung und Selbstvertrauen durch die Reaktion der anderen Gruppenteilnehmer sowie die Erkenntnis, nicht allein mit seinen Sorgen und Nöten zu sein.

In der Gruppenbetreuung kann man unterschiedliche, an der Größe der Gruppe angepasste, Beschäftigungsangebote machen. Bei kleineren Gruppen bietet sich eine beschäftigungsgleiche Gruppenarbeit an, bei größeren Gruppen eher beschäftigungsteilige Gruppenarbeit.

Als typische Gruppenaktivitäten im IdA- Projekt sind geplant: gemeinsames Musizieren, Basteln und Gestalten, Training/Erhalt von Alltagsfähigkeiten, Gruppengespräche, Gesellschaftsspiele und Feiertags- bzw. Saisonal thematische Inhalte gestalten.

Aufgrund der Coronapandemie verzögert sich der Zeitpunkt bis zur Durchführung von Gruppenaktivitäten. Für die vielfältigen Gruppenangebote wird ein eigens für das Projekt eingerichteter Gruppenraum zur Verfügung gestellt. Dieser wird an den Bedürfnissen von Gruppenbeschäftigung angelehnt eingerichtet, soll neben der Möglichkeit der Beschäftigung auch den Platz für Ruhephasen und Rückzug bieten, wenn der Bedarf entsteht.

Die ursprünglich für die Gruppenbetreuung je Standort zentral geplanten Gruppenräume konnten pandemiebedingt nicht umgesetzt werden, da eine Stationsübergreifende Durchmischung der Patienten unter Coronabedingungen nicht umsetzbar war. Entsprechend wurde als Alternative das Konzept „Gruppenbetreuung light“ erarbeitet.

3.2.3 Selbstverständnis, Herangehensweise, Auswahl der Materialien

Tagesbegleiter, denen im Projekt die Aufgabe zukommt, individuell oder in einer Gruppe für eine Tagesstruktur zu sorgen, benötigen Fähigkeiten mit herausfordernden Verhaltensweisen umgehen zu können, sowie eine Vielfalt an Methoden, um Wohlbefinden zu fördern und dabei auf die jeweilige

Person einzugehen. Das hierfür notwendige Wissen erlernten die Tagesbegleiter im Rahmen von Onlineschulungen, welches sie in der sich anschließenden Präsenzschiilung vertiefen konnten. Sie wurden sensibilisiert für die Besonderheiten von Personen höheren Alters mit kognitiven Einschränkungen im besonderen Setting des Akutkrankenhauses.

Nach Dienstantritt erhalten die Tagesbegleiter in Form einer Teambesprechung Informationen zu den neu aufgenommenen IdA-Patienten. Jedem neuen IdA-Patienten wird für die Dauer seines Aufenthaltes im Krankenhaus (und wenn möglich auch für folgende Krankenhausaufenthalte am Klinikstandort) jeweils ein bis zwei Tagesbegleiter spezifisch zugeordnet. Danach erhalten die Tagesbegleiter weitergehende Auskünfte zu „ihrem“ IdA-Patienten vom Koordinator, sowie aus dem IdA-Anamnesebogen und erhalten vom Koordinator den Maßnahmenplan. Durch die Zuordnung eines festen Tagesbegleiters je IdA-Patient ist ein konstanter Ansprechpartner für die Patienten gegeben, der im Rahmen des vorliegenden Maßnahmenplans sehr individuell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten „seines“ IdA-Patienten eingehen kann. So entsteht häufig eine vertrauensvolle Bindung zwischen IdA-Patient und Tagesbegleiter, Veränderungen im Verhalten oder des Allgemeinzustandes können von den Tagesbegleitern sehr schnell wahrgenommen und an die Pflegekräfte sowie die Koordinatoren weitergegeben werden. Die Tagesbegleiter verstehen sich insofern als Ergänzung zu den Pflegekräften der Klinik und entlasten diese durch ihre Arbeit mit den Patienten, wenngleich sie keine pflegerischen Tätigkeiten ausüben. Auf Basis des vorliegenden Maßnahmenplans wählen die Tagesbegleiter das Material zur tagesstrukturierenden Beschäftigung aus. Die konkrete Auswahl orientiert sich dabei an den Interessen, den körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Patienten und den Erfahrungen des Tagesbegleiters. Je nach Tagesverfassung des Patienten kann der konkrete Umgang mit dem Beschäftigungsmaterial flexibel angeglichen werden. Wird ein IdA-Patient zum ersten Mal von seinem Tagesbegleiter aufgesucht, so findet zunächst ein Kennenlerngespräch statt und es werden Materialien verschiedenen Schwierigkeitsgrades entsprechend den Patienteninteressen vorgehalten.

Die Dauer und die Anzahl des Besuchs durch den Tagesbegleiter orientiert sich einerseits an den Vorgaben aus dem Maßnahmenplan, andererseits aber an den individuellen Bedürfnissen des IdA-Patienten. Um eine Vergleichbarkeit der Betreuung im Projekt über die einzelnen Klinikstandorte hinweg zu gewährleisten, wird jeder IdA-Patient mindestens 2x/Tag für ca. 20-30 Minuten aufgesucht und betreut.

Im Anschluss an den Patientenbesuch dokumentiert jeder Tagesbegleiter in der rückseitigen Tabelle des Maßnahmenplanes die Art und Ausprägung der durchgeführten Betreuung und vermerkt Vorlieben und Abneigungen des Patienten in Vorbereitung eines nächsten Besuchs. Auch Veränderungen des Allgemeinzustandes oder im Verhalten werden vermerkt und in einer Dienstübergabe an die Koordinatoren rückgemeldet. Diese sind anschließend in der Lage, eine notwendige Anpassung des Maßnahmenplanes vorzunehmen und ggf. weitere Schritte – wie etwa Fallbesprechungen und Konsile einzuleiten.

Nach Dienstende des Tagesbegleiters verbleibt der Maßnahmenplan und die patientenbezogene Dokumentation im Büro der Koordinatoren, sodass bei Schichtwechsel oder im Krankheits- und Urlaubsfalle eine Vertretung durch einen anderen Tagesbegleiter möglich ist.

3.2.4 Einsatzplanung

Im IdA-Projekt startete die Betreuung der Patienten aufgrund förderrechtlicher Richtlinien zunächst mit 50% der vorgesehenen Personalstärke im einfachen Tagdienst und ausschließlich werktags. Nachdem auch die zweite Hälfte des IdA-Personals eingestellt werden konnte und die

Onlineschulung durchlaufen hatte, wurde die Betreuung der IdA-Patienten auf werktags 7.30-19 Uhr erweitert und ein Tag-Schichtbetrieb eingeführt. Dieser sieht weiterhin eine Betreuung an Samstagen und an Feiertagen im Umfang von 4 Zeitstunden je Klinikstandort vor, wobei an Feiertagen nur dann eine Betreuung stattfindet, wenn sich andernfalls zwei betreuungsfreie Tage hintereinander ergeben würden.

Die tagesaktuelle Einsatzplanung an den einzelnen Klinikstandorten obliegt den jeweiligen Koordinatoren*innen und richtet sich sowohl nach Patientenaufkommen, Betreuungsbedarf der IdA-Patienten und Ausprägung der geplanten Betreuung. Aufgrund von Covid-19 waren leider keine Gruppenbetreuungen zulässig, sodass nur Einzelbetreuungen durchgeführt werden können. Die Einsatzzeiten an den jeweiligen IdA-Patienten im Rahmen der täglichen Arbeitszeit der Tagesbegleiter werden von den Koordinatoren*innen gesteuert und berücksichtigen sowohl die klinikeigenen Abläufe, wie Visiten und geplante Untersuchungen. Die für die Planung erforderlichen Informationen hierzu erhält der/die Koordinator*in einerseits aus dem KIS andererseits aber auch durch den engen Austausch mit dem ärztlichen und pflegerischen Klinikpersonal sowie aus Rückmeldungen der Tagesbegleiter*innen.

3.2.5 Hygiene

Da das IdA-Projekt im Krankenhaus durchgeführt wird, liegen die jeweils geltenden Hygienevorschriften des Hauses auch der Arbeit der IdA-Mitarbeitenden zugrunde. Hierzu gehört zunächst die Basishygiene, also die Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt, sowie vor und nach Betreten oder Verlassen des Patientenzimmers. Unter hygienischen Aspekten ist auf künstliche Nägel, Nagellack und das Tragen von Schmuck zu verzichten. Weiterhin sollen die Fingernägel kurz und abgerundet sein. Zu achten ist zudem auf intakte Haut. Insofern ist das regelmäßige Auftragen von Hautschutz neben der regelmäßigen Desinfektion der Hände unbedingt erforderlich. Das Desinfizieren des Beschäftigungsmaterials, der mobilen Funktionswagen sowie anderer Gegenstände, die in den Nahbereich der Patienten gelangten, gehört ebenfalls zu den Hygienemaßnahmen.

Hinzu kommen noch die besonders zu beachtenden Hygienevorschriften und damit verbundenen zusätzlichen Schutzmaßnahmen wie das Tragen eines MNS, Handschuhen und ggf. Schutzkleidung im Falle des Vorliegens einer ansteckenden Erkrankung des Patienten. Hierfür hat jedes Krankenhaus ein eigenes Hygienekonzept erstellt, an das sich die IdA-Mitarbeiter jeweils halten.

Im besonderen Fall der Corona-Pandemie wurden die Hygienemaßnahmen sukzessive verschärft und laufend der pandemischen Entwicklung und den gesetzlichen Vorschriften entsprechend angepasst, sowie eine fortlaufend modifizierte Teststrategie entwickelt. War zu Beginn der Corona-Pandemie ab März 2020 zunächst in vielen Häusern lediglich das Tragen eines MNS und Handschuhen unter Einhaltung von 1,5m Abstand sowie verstärkte Basishygiene ausreichend, wurden nach und nach auch zusätzliche Schutzkleidung und FFP2/FFP3-Masken erforderlich für den Umgang mit den Patienten. Um eine Ausbreitung von Covid-19 zu vermeiden wurden zunächst PCR-Testungen und später Schnelltests eingeführt und neu aufgenommene Patienten zunächst auf Aufnahmestationen getestet, bevor ein Kontakt zum IdA-Personal und eine Verlegung auf eine teilnehmende Station überhaupt erst möglich waren. Im Falle von Neuaufnahmen aus Pflegeeinrichtungen wurde ab ca. Herbst 2020 standardmäßig eine zehn- bis 14-tägige Isolation angeordnet, um Bestandspatienten und Klinikmitarbeiter vor Ansteckung zu schützen.

3.2.6 Grenzen

Im Rahmen von IdA werden die ins Projekt eingeschlossenen Patienten gemäß dem innovativen Projektkonzept betreut. Eine klare Grenze zwischen Projekt und klassischer Versorgung im

Akutkrankenhaus besteht darin, dass die IdA-Patienten von den IdA-Mitarbeitenden nicht pflegerisch versorgt werden, sondern eine spezifische Betreuung erhalten, die auch auf die individuellen Bedürfnisse und Interessen der Patienten eingeht. Der Fokus dieser Betreuung liegt klar auf der Kognition und dem Erhalt bzw. optimalerweise der Verbesserung der Alltagsfähigkeiten der IdA-Patienten. Während auf den somatischen Stationen eines Akutkrankenhauses das Hauptaugenmerk auf der Versorgung des körperlichen Leidens liegt, steht im Rahmen des Projekts die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten im Vordergrund und ergänzt an dieser Stelle die übliche Versorgung um einen wesentlichen Bestandteil.

Zwar ist im Rahmen des Projektes IdA eine sektorenübergreifende Vernetzung vorgesehen, jedoch ist eine IdA-spezifische Betreuung der ins Projekt eingeschlossenen Patienten weder möglich noch im Projekt vorgesehen. Die Möglichkeit einer gleichbleibenden Betreuung mit festen Bezugspersonen wäre sicherlich im Hinblick auf das Patientenwohl ein erstrebenswertes Ziel, jedoch übersteigt eine solche Versorgung die Kapazitäten des Projekts.

Wie Studien bereits zeigten, nehmen mit steigendem Alter der Patienten auch mögliche kognitive Einschränkungen zu. Diese sind nicht bei allen Patienten bekannt, sondern zeigen sich häufig erst im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Akutkrankenhaus durch z.B. auffälliges Verhalten. Hierdurch entsteht eine Mehrbelastung der Pflegekräfte. Betrachtet man die demographische Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands, so ist anzunehmen, dass künftig anteilig mehr Patienten mit kognitiven Einschränkungen stationär behandelt werden. Durch den Aufbau eines regionalen Ambulanten IdA-Netzwerks sollen Zuweiser und Pflegeeinrichtungen, sowie das Personal der somatischen Stationen in den Kliniken zum einen für die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen sensibilisiert werden und zum anderen auch eine Plattform für den gegenseitigen Erfahrungsaustausch erhalten. Prozesse zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sollen so langfristig besser abgestimmt werden, um eine möglichst optimale Versorgung der betroffenen Patienten erreichen zu können. Hierfür wäre es förderlich, wenn die spezifische Versorgung von IdA-Patienten nicht beschränkt auf Versicherte einzelner Krankenkassen wäre. Bei erwiesener Wirksamkeit von IdA, einer Ausweitung auf alle Krankenkassen und der Überführung der IdA-spezifischen Betreuung in einen neuen Standard, wäre auch der organisatorische und bürokratische Aufwand für Kliniken und Niedergelassene geringer. Weitestgehend ist dabei eine verbesserte Versorgung einer zunehmend größer werdenden relevanten Patientengruppe zielführend.

3.2.6 Verworfenen Maßnahmen

Bisher keine, nur coronabedingte Änderungen s.u.

4. Besondere Situationen

4.1 Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen

Wegen der ab März 2020 einsetzenden Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie wurden einige Anpassungen notwendig: Die Einstellung des IdA-Personals (Koordinatoren und Tagesbegleiter I) wurde um vier Monate verschoben (soweit dies noch verhinderbar war), die Durchführung der Schulungen entsprechend und damit einhergehend erfolgte Verschiebung der Prozessevaluation um insgesamt 6 Monate. An den teilnehmenden Kliniken wurden spezielle Hygienekonzepte und später auch Teststrategien entwickelt und entsprechend der jeweiligen Inzidenzwerte fortlaufend angepasst. Stationen wurden teilweise oder sogar vorübergehend gänzlich gesperrt, die Patientenzahlen der somatischen nicht infektiösen Stationen in den Häusern verringert und somit auch das Patientenpotential für IdA-Patienten reduziert.

Die Prä-Erhebungsphase an den Interventionshäusern startete verzögert und fand letztlich von September bis November 2020 statt. Mit Beginn der Prozessevaluationsphase ab Ende November 2020 konnte in verringertem Umfang mit der spezifischen Betreuung der IdA-Patienten begonnen werden. Um die besonders vulnerable Gruppe der IdA-Patienten zu schützen, wurde unter Einhaltung der Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Corona-Virus zunächst ausschließlich Einzelbetreuungen angeboten und verschärfte Hygienemaßnahmen ergriffen (siehe Abschnitt „3.2.5 Hygiene“).

Durch die Abstandsregelungen waren auch Besprechungen und Personalversammlungen aufgrund Raummangels erschwert bzw. nicht möglich. Dies stellte gerade für die Koordinatoren und Tagesbegleiter eine Herausforderung dar und erforderte viel Flexibilität und Lösungsorientierung.

Durch geltende Besuchsverbote wurden Angehörigengespräche und Angehörigenberatungen überwiegend telefonisch durchgeführt, der persönliche Kontakt war nur in wenigen Fällen möglich und dann auch nur unter erhöhtem Aufwand. Erschwert wurde zudem das Einholen der Originalunterschriften auf den Teilnahmeerklärungen des Projekts im Falle des Vorhandenseins eines gesetzlichen Vertreters, da diese zur Unterschrift nicht oder nur sehr selten ins Haus kamen. Aufgrund der in den Häusern geltenden Besuchsverbote konnte auch die im Projekt angestrebte regelhafte Einbindung der Angehörigen in den Betreuungsprozess nicht umgesetzt werden.

Coronabedingt wurden Schulungen und Projektmeetings zum überwiegenden Teil online durchgeführt. Einerseits ersparte dieses Vorgehen Fahrzeiten und –kosten, andererseits war jedoch ein persönlicher Austausch so nicht möglich und es waren immer wieder technische Schwierigkeiten zu bewältigen.

Auch der Aufbau des Ambulanten IdA-Netzwerks wurde dadurch erschwert, dass die Projektbeauftragten nicht persönlich Kontakt zu den ambulanten Einrichtungen und Ärzten aufnehmen konnten aufgrund der Kontaktbeschränkungen.

4.2 Unkooperative Patient*innen

Der überwiegende Anteil der in IdA eingeschlossenen Patienten ist kooperativ, sofern sie grundsätzlich einer Teilnahme am Projekt zugestimmt haben. In Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkung oder einer demenziellen Erkrankung kann es jedoch auch zu unkooperativen Verhalten im Rahmen des Krankheitsbildes kommen. Die IdA-Mitarbeiter*innen nutzen ihre fachliche Erfahrung und ihr Wissen aus den spezifischen IdA-Schulungen für den Umgang mit unkooperativen Patienten. Im Folgenden wird auf unterschiedliche Ausprägungen und unterschiedliche Lösungsstrategien hinsichtlich des Umgangs mit unkooperativen Patienten eingegangen.

1. Verweigerung/Ablehnung gegenüber den Koordinatoren bei:

a) der Kontaktaufnahme zum Erstgespräch

Im Erstgespräch soll durch den/die Koordinator*in bei potentiell für IdA in Frage kommenden Patienten*innen zunächst die Bereitschaft zur Einwilligung ins Projekt erfragt werden. Grundsätzlich kann eine Verweigerung zur Kontaktaufnahme zum Koordinator persönliche (spontane Antipathie), situative (Patient mit Krankenhaus-Situation überfordert) oder gesundheitliche (Allgemeinzustand schlecht/Schmerzen, demenziell bedingt, Depressivität, Delir) Gründe haben. Die besonders erfahrenen und im Rahmen von IdA speziell geschulten Koordinatoren*innen erfassen mögliche Gründe für die Verweigerung/Ablehnung schnell. Bei Verdacht einer persönlichen Antipathie kann

dem Patienten angeboten werden, dass zu einem späteren Zeitpunkt ein andere/r Koordinator*in zum Erstgespräch erneut Kontakt aufnimmt. Um die Gefahr einer situativen Verweigerung der Kontaktaufnahme möglichst gering zu halten, wird der/ die Patient*in erst nach einer gewissen Ruhezeit nach Aufnahme ins Krankenhaus und die teilnehmende Station aufgesucht. Zudem achten die Koordinatoren*innen auf eine ruhige, möglichst störungsfreie Atmosphäre. Leidet der Patient unter starken Schmerzen oder ist sein Allgemeinzustand schlecht und er fühlt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Lage zu einem Gespräch, wird eine Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt erneut versucht. Patienten*innen, die schlafen oder vorgeben zu schlafen, bei denen der Verdacht einer kognitiven Einschränkung vorliegt, werden von den/die Koordinatoren*innen außerhalb der Ruhezeiten zur Kontaktaufnahme aufgeweckt, auch vor dem Hintergrund, dass sich andernfalls möglicherweise eine Tag-Nacht-Umkehr anbahnen könnte. Erfahrungsgemäß ist der Kontaktaufbau bei einer erneuten Kontaktaufnahme mit einem IdA-Kandidaten unproblematisch möglich.

b) der Einwilligung ins Projekt

Sind die Patienten grundsätzlich als IdA-Kandidaten gemäß Kassenzugehörigkeit, Alter und 6 CIT-Wert geeignet, so wird von den Koordinatoren die Einwilligungsfähigkeit der Patienten durch die dahingehend geschulten Projektkoordinatoren geprüft, sowie die Bereitschaft zur Einwilligung in die Projektteilnahme erfragt. Lehnen Patienten zunächst ab, werden sie nach den Gründen für ihre Ablehnung befragt und möglicherweise noch offene Fragen geklärt und Unsicherheiten ausgeräumt. Einige Patienten verweisen an dieser Stelle auf gesetzliche Vertreter oder darauf, dass sie die Teilnahme erst mit einem Angehörigen abklären wollen. Diesem Wunsch wird nachgegangen und eine weitere Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart bzw. geklärt, ob die Angehörigen oder ein gesetzlicher Vertreter zu kontaktieren sind.

Sollte dennoch keine Einwilligung ins Projekt erzielt werden können, so wird dies als Patientenwunsch zur Nichtteilnahme gewertet und keine weiteren Besuche durch IdA-Mitarbeiter mehr durchgeführt.

d) der Durchführung des Eingangsassessments

Im Falle der Zustimmung in die Teilnahme zum Projekt folgt die Durchführung des Eingangsassessments. Aufgrund von Ermüdung des Patienten im Verlauf dessen, kann es zu ablehnendem Verhalten kommen. Gegebenenfalls wird dann das Assessment zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. nach einer kleinen Pause) fortgeführt. Insbesondere bei Fragen zur Kontinenz zeigen einige Patienten*innen ablehnendes Verhalten und möchten diese sehr intimen Fragen zunächst oder auch generell nicht beantworten. Die Koordinatoren*innen zeigen an diesen Stellen Verständnis für das Unwohlfühlen der Patienten, verweisen aber zugleich darauf, dass alles was besprochen wird vertraulich behandelt wird und die Notwendigkeit zur Abklärung dieser Fragen im Krankenhaus besteht. Häufig zeigen sich die Patienten im Anschluss kooperativer. Als hilfreich hat sich auch die Anpassung von Formulierungen z.B. „Passiert Ihnen manchmal ein Unglück...?“ herausgestellt, da Fragen dieser Art dadurch entschärft werden.

2. Verweigerung/Ablehnung gegenüber den Tagesbegleitern:

a) bei der ersten Kontaktaufnahme

Auch bei der Kontaktaufnahme der Tagesbegleiter*innen mit ins Projekt eingeschlossenen IdA-Patienten*innen können persönliche, situative oder auch gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen, die zu unkooperativen Verhalten führen. Die Strategien für den Umgang mit unkooperativen Patienten*innen sind hier analog zu den unter 1a) genannten. Darüber hinaus erlaubt es die Expertise der Koordinator*innen, eine „passende“ Tagebegleiter*in für die Betreuung der Patienten auszuwählen. Ablehnungen aus persönlichen Gründen kommen daher selten vor.

b) während der Betreuung

Die Gründe für unkooperatives Verhalten während der Betreuung durch den IdA-Tagesbegleiter*innen können in der Tagesverfassung des Patienten, den persönlichen Vorlieben und Abneigungen in Hinblick auf die Betreuungsdauer und Betreuungszeit sowie an der Art der Betreuung liegen. Ist ein/ IdA-Patient*in an einem Tag z.B. schlecht gelaunt, so kann er aufgrund dessen die Betreuung ablehnen. Die Tagesbegleiter*innen versuchen dann zunächst innerhalb eines Gespräches mögliche Gründe zu identifizieren, die Ursache zu beheben und die Patienten doch noch zu einer Betreuung zu ermuntern. Sollte dies nicht zielführend sein, wird die Betreuung zu einem späteren Zeitpunkt erneut angeboten. Während die Betreuungszeit im Stationsalltag der somatischen Stationen weitgehend vorgegeben sind durch feste Stationsabläufe (Wecken, Visite, Mahlzeiten, Untersuchungen), richten sich die Betreuungsdauer und die Art der Betreuung zwar nach den Vorgaben im Maßnahmenplan, berücksichtigen aber auch die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der IdA-Patienten*innen situativ. Ist ein/e Patient*in nach einiger Zeit der Betreuung unkooperativ, da er erschöpft ist, so wird die Betreuungsdauer kürzer gehalten. Hat ein/e Patient*in eine Abneigung gegen Gesellschaftsspiele, wird ihm/ihr eine andere Form der kognitiv und motorisch anregenden Betreuung angeboten.

4.3 Herausfordernde Patient*innen

Im Alltag mit den Patienten*innen sehen sich Koordinatoren*innen sowie Tagesbegleiter*innen mit herausfordernden Verhaltensweisen seitens der Patienten*innen konfrontiert, die die Arbeit mit den Patienten*innen auf unterschiedliche Art und Weise erschweren. Das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen verhindert die Kooperation und Mitwirkung des Patienten*innen und kann auch dazu führen, dass die Betreuung tageweise nicht oder nur bedingt stattfinden kann. Um darauf adäquat reagieren zu können, wurden im Rahmen der projektspezifischen Schulungen auch Kommunikationsstrategien geschult und die Verhaltensweisen im Kontext kognitiver Erkrankungen betrachtet. Das Auftreten von herausforderndem Verhalten wird projektspezifisch dokumentiert und folgende Verhaltensweisen als herausfordernd definiert:

- passives Verhalten, (Apathie, Rückzug, Nahrungsverweigerung, monotones Wiederholen, Nesteln, Hypoaktivität)
- unruhiges, aktives, nicht aggressives Verhalten, Hyperaktivität (Hin- und Hergehen, monotones Wiederholen von Bewegungen, Hin- und Weglauftendenz, Tag-Nacht-Umkehr)
- körperlich aggressives Verhalten (schlagen, beißen, schubsen, mit Stuhlgang schmieren)
- verbal aggressives Verhalten (beschimpfen, anschreien)
- verbales, nicht aggressives Verhalten (ständiges Fragen, Wiederholen von Sätzen)
- sonstiges herausforderndes Verhalten (Enthemmung, starke Schmerzen/Schmerzäußerungen)

Patienten, die derartige Verhaltensweisen zeigen, stellen nicht nur für das IdA-Personal, sondern insbesondere für die stationäre Pflege in der Somatik eine Herausforderung und Mehrbelastungen dar. Daher ist es ein Ziel von IdA, das Auftreten dieser Verhaltensweisen zu reduzieren.

4.4 Umgang mit Störungen durch Besuche oder Untersuchungen

Die Koordinatoren*innen und Tagesbegleiter*innen sahen sich zu Beginn der Prozessevaluation und dem damit verbundenen Beginn der spezifischen Betreuung damit konfrontiert, die für IdA angestrebten Prozesse in den jeweiligen Stationsalltag zu implementieren. Hierfür waren zunächst

viele Absprachen mit den Stationsleitungen und den Pflegekräften notwendig, um Störungen während der Betreuung oder den Befragungen möglichst zu vermeiden.

**Datenschutzkonzept für die Durchführung
und Evaluation des Innovationsfondsprojekts
„IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung -
sektorübergreifend“**

Version 1.1

vom 07. Juni 2021



Inhaltsverzeichnis

Anhänge.....	4
1. Beschreibung und Zielsetzung des Vorhabens	5
1.1 Ziele des Projektes	5
1.2 Beteiligte Partner	5
1.3 Kurzbeschreibung des Projektes	6
1.4 Zweckbindung.....	7
2. Definitionen / Begrifflichkeiten	7
3. Rechtlicher Rahmen der Datenverarbeitung.....	8
4. Prozess der Datenerhebung und –verarbeitung, Kreis der Betroffenen: Patienten/ gesetzl. Vertreter und Angehörige	10
4.1 Spezifikation der Daten.....	10
4.1.1 Daten aus der krankenhausinternen Falldokumentation (IdA-spezifische Dokumentation; Datentyp 1)	10
4.1.2 Routinedaten der Krankenhäuser (Basis: Daten gemäß § 21 KHEntG; Datentyp 2)	10
4.1.3 GKV-Routinedaten (Datentyp 3)	11
4.1.4 Befragungsdaten schriftlich (Datentyp 4)	11
4.2 Studieninformationen und Einwilligungserklärungen	11
4.3 Datenerhebungen	12
4.3.1 Primärdaten	12
4.3.2 Sekundärdaten	13
4.4 Datenfluss	14
4.4.1 Datenfluss vom Krankenhaus zur Krankenkasse.....	14
4.4.2 Datenfluss von der Krankenkasse zu AGENON (Sekundärdaten)	14
4.4.3 Datenfluss vom Krankenhaus zu AGENON: Primärdaten aus IdA-spezifischer Dokumentation	15
4.4.4 Datenfluss vom Krankenhaus zu AGENON: Sekundärdaten	15
4.4.5 Zusammenführung der Daten bei AGENON.....	15
4.5 Pseudonymisierung der zu übermittelnden Daten durch die Krankenhäuser und Krankenkassen	15
4.6 Datenübertragung.....	16
4.7 Datenlagerung, -auswertung und Bericht.....	17

5. Prozess der Datenerhebung und –verarbeitung, Kreis der Betroffenen: Mitarbeiter und vor- bzw. nachstationäre Akteure	17
5.1 Spezifikation der Daten	17
5.2 Studieninformationen und Einwilligungserklärungen	18
5.2.1 Krankenhausinterne Mitarbeitende und Projektbeauftragte.....	18
5.2.2 Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung.....	19
5.3 Datenerhebung und Datenfluss	19
5.3.1 Befragung der Mitarbeitenden	20
5.3.2 Interviews mit Projektbeauftragten.....	20
5.3.3 Fokusgruppen mit Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung, Projektbeauftragten und Mitarbeitenden des Krankenhauses	21
5.3.4 Befragung der Akteure der nachstationären Versorgung.....	21
5.4 Datenübertragung.....	21
5.5 Datenlagerung, -auswertung und Bericht.....	22
6. Datenweitergabe.....	22
6.1 Hausärzte / Vor- und Nachbehandler	22
6.2 Angehörige.....	23
7. Verantwortlichkeiten	23
8. Pflichten bei der Verarbeitung.....	24
8.1 Allgemeine Pflichten	24
8.2 Gewährleistung der Vertraulichkeit.....	25
8.3 Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung	25
8.4 Berichtigung, Beschränkung von Verarbeitung, Löschung und Rückgabe von Datenträgern	25
8.5 Datenlöschung	26
9. Auftragsverarbeitung	27
10. Haftung	27
11. Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz	28
11.1 Technische und organisatorische Maßnahmen der AGENON GmbH	28
11.1.1 Vertraulichkeit.....	28
11.1.2 Integrität	29
11.1.3 Verfügbarkeit und Belastbarkeit	30

11.1.4 Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung.....	30
11.2 Technische und organisatorische Maßnahmen der Krankenhäuser	31
11.2.1 Vertraulichkeit.....	31
11.2.2 Integrität	32
11.2.3 Verfügbarkeit und Belastbarkeit	33
11.2.4 Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung.....	33
11.3 Maßnahmen der Krankenkassen	33
11.3.1 Vertraulichkeit.....	33
Es gilt ferner der Grundsatz aus §84 Abs 2 SGB X, nach dem Sozialdaten dann zu löschen sind, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen von Betroffenen beeinträchtigt werden.	34
11.3.2 Integrität	34
11.3.3 Weitere allgemeine Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes	34

12. Mitgeltende Unterlagen 35

ANHÄNGE.....

- A) Übersicht über zu erhebende Primärdaten
- B) Datensatzbeschreibung der Abrechnungsdaten, Datentyp 3
- C) Patienteninformation und -einwilligungserklärung - Interventionsgruppe
- C.1) Dokumentation Zustimmung zum Einbezug von Angehörigen
- D) Patienteninformation und -einwilligungserklärung - Kontrollgruppe
- E) Übersicht der Erhebungs-, Abzugs- und Übermittlungszeitpunkte
- F) Berechtigungskonzept IdA-Erfassungsportal
- G.1) Abgrenzung der Verantwortlichkeiten bei der Verarbeitung der "Studiendaten" - Betroffene: Patienten/-gesetzliche Vertreter
- G.2) Abgrenzung der Verantwortlichkeiten bei der Verarbeitung der "Studiendaten" - Betroffene: Mitarbeiter, Projektkoordinatoren und Akteure der nachstationären Versorgung
- G.3) Abgrenzung der Verantwortlichkeiten bei der Verarbeitung der "Studiendaten": Funktionen der Verarbeitung
- G.4) Verarbeitungsverzeichnis
- G.5) Abgrenzung der Verantwortlichkeiten bei der Verarbeitung der "Studiendaten" - Betroffene: Projektmitarbeiter der Krankenhäuser zum Zweck Schulung und Öffentlichkeitsarbeit
- H) Mustereinwilligungserklärung Befragungen schriftlich und online
- I) Mustereinwilligungserklärung Tonaufnahmen

1. BESCHREIBUNG UND ZIELSETZUNG DES VORHABENS

1.1 Ziele des Projektes

Das Projekt „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - sektorübergreifend“ (IdA) wird vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2023 durchgeführt.

Das übergeordnete Ziel des Projektes IdA besteht darin, die Versorgung für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf somatischen Stationen zu verbessern und ihre Wiedereinweisungsrate zu senken.

Die neue Versorgungsform ist darauf ausgerichtet, Komplikationen wie delirante Zustände und herausfordernde Verhaltensweisen, Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und eine etwaige inadäquate Behandlung mit Neuroleptika/Benzodiazepinen zu reduzieren sowie Notfallverlegungen in die Akutpsychiatrie zu vermeiden. Die Belastung des Pflegepersonals auf den Stationen soll reduziert und Angehörige sollen systematisch in die Behandlung einbezogen werden. Sektorenübergreifend werden vor- bzw. nachstationäre Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und deren Angehörige fallbezogen mit der akutstationären Versorgung vernetzt.

1.2 Beteiligte Partner

An dem Projekt sind als Konsortialpartner beteiligt:



- **Oberhavel Kliniken GmbH**
Robert-Koch-Str. 2-12, 16515 Oranienburg



- **Sana Klinikum Niederlausitz gGmbH**
Krankenhausstr. 10, 01968 Senftenberg



- **Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH**
Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam



- **Klinikum Campus GmbH**
Am FamilienCampus 1, 01998 Schipkau OT Klettwitz



- **Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH**
Wilhelm Busch Straße 53, 14558 Nuthetal



- **AOK Nordost - Die Gesundheitskasse**
Brandenburger Str. 72, 14467 Potsdam



- **AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen GmbH**
Kaunstraße 21, 14163 Berlin

Als Kooperationspartner, die Daten für die Evaluation des Projektes bereitstellen, nehmen folgende Einrichtungen teil:

Krankenkassen:



- **BAHN-BKK**

Franklinstrasse 54, 60441 Frankfurt a. Main



- **KNAPPSCHAFT**

Regionaldirektion Cottbus, August-Bebel-Strasse 85, 03046 Cottbus

Kontrollkrankenhäuser:



- **Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus**

Rudolf-Breitscheid-Straße 100, 16225 Eberswalde



- **Oberhavel Klinik Gransee GmbH**

RobertKoch-Str. 2-12, 16515 Oranienburg



- **Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH**

Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam



- **Ruppiner Kliniken GmbH**

Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ

Der Gesundheits-Campus

- **Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH**

Thiemstr. 11, 03048 Cottbus

1.3 Kurzbeschreibung des Projektes

Im Projekt werden Curricula zur Schulung der Projektbeauftragten, Projektkoordinatoren, Tagesbegleiter und Mitarbeiter der beteiligten Stationen sowie der Angehörigen entwickelt bzw. werden bereits bestehende Curricula adaptiert und soweit erforderlich angepasst. Im Rahmen der neuen Versorgungsform werden erfahrene Fachkräfte aus dem pflegerischen oder therapeutischen Bereich als Koordinatoren sowie speziell geschulte Tagesbegleiter im Rahmen der stationären Versorgung kognitiv beeinträchtigter älterer Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis regelhaft eingesetzt. Für diese Patienten erarbeiten die Koordinatoren einen interdisziplinären und bedarfsgerechten Maßnahmenplan. Sie initiieren und steuern insbesondere Konsile und soweit erforderlich Kriseninterventionen, tagesstrukturierende

Angebote durch den Einsatz von Tagesbegleitern aufsuchend oder als Gruppenbetreuung, den Einbezug der Angehörigen sowie alle mit dem stationären Aufenthalt in Zusammenhang stehenden Maßnahmen der vor- und nachstationären Betreuung auf den somatischen Stationen. Für den Transfer in den beruflichen Alltag werden strukturierte Fallbesprechungen durchgeführt und kontinuierlich durch die Koordinatoren organisiert und sichergestellt. Bestandteil der neuen Versorgungsform sind des Weiteren Maßnahmen, über die eine systematische Vernetzung mit der vor- bzw. nachstationären Versorgung im Vorfeld einer geplanten stationären Aufnahme und im Anschluss an die stationäre Versorgung erfolgt.

Die neue Versorgungsform wird im Rahmen einer multizentrischen kontrollierten prospektiven Kohortenstudie sowohl hinsichtlich ihrer Implementierung in die stationären Einrichtungen (Prozessevaluation) als auch ihrer Wirkung bei der Zielgruppe (Wirkungsevaluation) evaluiert. Zusätzlich wird im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Evaluation der Interventionsnutzen den Interventionskosten gegenübergestellt.

1.4 Zweckbindung

AGENON übernimmt als unabhängiges Forschungs- und Beratungsunternehmen die Evaluation. Dabei erhält AGENON aus den Erhebungen im Rahmen der neuen Versorgungsform pseudonymisierte Daten von den Krankenkassen und den Krankenhäusern, die dann von AGENON verknüpft und ausgewertet werden. Parallel werden im Rahmen der Prozess- und Wirkungsevaluation qualitative und quantitative Daten erhoben, analysiert und interpretiert. Die Forschungsdaten werden ausschließlich zum Zweck der Evaluation der neuen Versorgungsform „IdA“ analysiert, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen.

2. DEFINITIONEN / BEGRIFFLICHKEITEN

Begriff	Erklärung
Auftragsverarbeitung	ist die Datenverarbeitung personenbezogener Daten durch einen Auftragnehmer im Auftrag und nach ausdrücklicher Weisung eines Auftraggebers
Aufzeichnung	Dokument, das erreichte Ergebnisse angibt oder einen Nachweis ausgeführter Tätigkeiten bereitstellt
Gesundheitsdaten	personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen (Art. 4 DSGVO)
GKV-Routinedaten	GKV-Routinedaten sind standardisierte Informationen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die v.a. zu Abrechnungszwecken mit den Leistungserbringern erhoben werden. Es wird deshalb z.T. auch der Begriff Abrechnungsdaten verwendet. Diese zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen übermittelten Daten sind durch gesetzliche Bestimmungen (Sozialgesetzbuch, insb. SGB V) und Verordnungen (GKV-Datenaustausch) weitgehend formalisiert.

Unterschiede zeigen sich idR nur auf technischer Ebene, i.e., wie bei den Dateneignern die Versichertenstammdaten und die Leistungs-/Versorgungsdaten organisiert sind.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Nutzung werden diese Daten u.a. zur Beantwortung von Fragen der Versorgungsforschung oder zum Erkenntnisgewinn für gesundheitsökonomische Studien herangezogen.

Interventionskrankenhaus	In den Interventionskrankenhäusern wird die neue Versorgungsform umgesetzt.
Kontrollkrankenhaus	Die Kontrollkrankenhäuser setzen die neue Versorgungsform nicht um (nur Datenerhebung).
Kontrollgruppe	erhält die neue Versorgungsform nicht; dient der Untersuchung der Ergebnisqualität
Projektbeauftragte	Bindeglied zwischen allen Instanzen; koordiniert das IdA-Projekt am jeweiligen Standort
Projektkoordinator	Bindeglied zwischen Patient/gesetzl. Vertreter, Angehörige, Klinikmitarbeiter, ambulanter bzw. vor- und nachstationärer Sektor; koordiniert Konsile; erstellt Maßnahmenplan
Pseudonymisierung	Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 DSGVO)
Studienassistenten	wird ein Beruf bezeichnet, der klinische Studien in Prüfzentren der Krankenhäuser, Arztpraxen oder der Pharmazeutischen Industrie mitbetreut. Die Studienassistenz (Study Nurse) ist mitverantwortlich für die prüfplangerechte Durchführung der Studie.
Tagesbegleiter	Projektspezifisch geschultes Personal für die Durchführung tagesstrukturierender Maßnahmen

3. RECHTLICHER RAHMEN DER DATENVERARBEITUNG

Grundlage für dieses Projekt ist der Fördermittelantrag beim Innovationsausschuss des gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. März 2018 in der Fassung vom 15. Juli 2019 und der ergangene Förderbescheid zur Durchführung des Projekts „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - sektorübergreifend“ mit dem Förderkennzeichen 01NVF18020 in der jeweils geltenden Fassung.

Die Rechtsgrundlage für den Förderantrag über die Durchführung einer neuen Versorgungsform bildet § 39 SGB V. Das Projekt wird im Rahmen des Innovationsfonds nach §§ 92a und 92b SGB V gefördert.

Die Datenverarbeitung für das IdA-Projekt der im Rahmen des Krankenhausaufenthalts erhobenen Daten erfolgt auf Grundlage einer Patienteneinwilligung und der damit verbundenen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Es werden nur Daten von Patienten verarbeitet, die zuvor in die Teilnahme an der Evaluation eingewilligt haben.

Die Behandlung der Patienten in den beteiligten Kliniken erfolgt auf Grundlage eines Behandlungsvertrags (§§ 630ff. BGB). Die Patientendaten der Krankenhäuser für das Projekt werden auf Grundlage einer Patienteneinwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a DS-GVO i. V. m. Art. 9 Abs. 2a DS-GVO verarbeitet.

Die Teilnahme an der neuen Versorgungsform IdA und die damit verbundene Datenverarbeitung erfolgt für AOK Nordost Versicherte in den Interventionshäusern auf der Grundlage einer Einwilligung im Rahmen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Selektivvertrag gem. § 140a SGB V. Zum Zwecke der Evaluation werden nur Daten von Versicherten verarbeitet, die zuvor ihre Einwilligung erteilt haben. Die Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden gemäß § 75 SGB X liegt vor (Bescheid vom 15.04.2021)

Für Versicherte der BAHN-BKK und der KNAPPSCHAFT werden Sozial-, Leistungs- und Abrechnungsdaten gemäß § 630a BGB in Verbindung mit § 39 SGB V und der damit verbundenen Bewilligung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden gemäß § 75 SGB X bereitgestellt (Bescheide vom 17.03.2021). Die Teilnahme an der neuen Versorgungsform IdA erfolgt auf Grundlage einer Einwilligungserklärung und der damit verbundenen Einwilligung in die Datenverarbeitung zum Zwecke der Evaluation gemäß Art. 9 Abs. 2a DS-GVO.

Die Teilnahme der Kontrollgruppenpatienten am Projekt IdA erfolgt in den Kontrollkrankenhäusern ebenfalls auf Grundlage einer Einwilligungserklärung und der damit verbundenen Einwilligung in die Datenverarbeitung zum Zwecke der Evaluation gemäß Art. 9 Abs. 2a DS-GVO.

Die Datenerhebung, -übermittlung, -verarbeitung und -nutzung der GKV-Routinedaten geschieht auf Basis der bei den zuständigen Aufsichtsbehörden zuvor gestellten und genehmigten Anträge nach § 75 SGB X (Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung), aufgrund der sonstigen datenschutzrechtlichen Grundlagen und auf vertraglicher Basis.

Sozialdaten der Krankenkassen werden ausschließlich nach den Vorgaben der einschlägigen Vorschriften der Sozialgesetzbücher (SGB) verarbeitet. Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person, die von Sozialleistungsträgern verarbeitet werden (z. B. Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen), sind insoweit Sozialdaten im Sinne des § 67 SGB X und unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). Die Übermittlung solcher Daten an Dritte für Forschungszwecke bedarf neben der Einwilligung der Teilnehmer – soweit deren Einholung nicht unzumutbar ist - (§ 67b SGB X) einer Genehmigung durch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde (§ 75 SGB X).

Die zuständige Ethikkommission hat dieser Studie ein positives Votum erteilt (Landesärztekammer Brandenburg, Bescheide vom 27.01.2020, 21.07.2020 und 23.11.2020).

4. PROZESS DER DATENERHEBUNG UND –VERARBEITUNG, KREIS DER BETROFFENEN: PATIENTEN/ GESETZL. VERTRETER UND ANGEHÖRIGE

4.1 Spezifikation der Daten

Im Rahmen der Prozess- und Wirkungsevaluation werden unterschiedliche Datentypen in den Krankenhäusern für das Forschungsprojekt erhoben (Primärdaten) sowie Sekundärdaten genutzt, die im Folgenden detailliert beschrieben werden. Die Befragungsdaten (Datentyp 4) werden nur in den Interventionskrankenhäusern erhoben. Alle anderen Datentypen 1 bis 3 werden zusätzlich auch in den Kontrollkrankenhäusern erhoben. Durch dieses Verfahren wird ein Vergleich der Wirksamkeit der neuen Versorgungsform ermöglicht.

4.1.1 Daten aus der krankenhausinternen Falldokumentation (IdA-spezifische Dokumentation; Datentyp 1)

In den Krankenhäusern erfolgen für jeden in das Projekt eingeschlossenen Patienten projektspezifische Dokumentationen im digitalen IdA-Portal. Es werden gesundheitsbezogene bzw. versorgungsrelevante Parameter, wie z.B. Auftreten von herausforderndem Verhalten, eingesetzte freiheitsbeschränkende Maßnahmen oder Notfallverlegungen in psychiatrische Abteilungen, die während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten auftreten können, standardisiert dokumentiert. Diese Daten werden in der Prä-Erhebungsphase sowie in den Kontrollkrankenhäusern durch Studienassistenten erhoben, in der Prozess- und Wirkungsevaluation in den Interventionskliniken ausschließlich durch Projektkoordinatoren. Im Rahmen der Prozess- und Wirkungsevaluation erfolgt in den Interventionskrankenhäusern außerdem die Dokumentation der durchgeführten projektspezifischen Versorgung wie Teilnahme an Tagesbetreuungen, Durchführung demenzspezifischer Konsile oder Schulung von Angehörigen. Eine ausführlichere Auflistung der Daten findet sich im Anhang A unter „Erhebungsart - IdA-spezifische Dokumentation“. Die Daten werden zu drei Zeitpunkten (siehe Anhang E) an die AGENON GmbH übermittelt.

4.1.2 Routinedaten der Krankenhäuser (Basis: Daten gemäß § 21 KHEntG; Datentyp 2)

Für jeden Krankenhausaufenthalt sind seitens der Krankenhäuser Daten gemäß § 21 KHEntG zu dokumentieren. Für die Evaluation benötigt die AGENON GmbH einen Extrakt aus diesen Daten. Dieser umfasst die folgenden Stammdaten (vgl. Anlage A, Datentyp 2)

- IK
- Entlassender Standort
- KH-internes-Kennzeichen
- IK-der-Krankenkasse
- Geburtsjahr
- Geschlecht
- PLZ (vgl. Fußnote in Anlage B, Datentyp 3, 1. Stammdaten)
- Aufnahmedatum
- Aufnahmegrund
- Entlassungsdatum

sowie die Datensätze „Entgelt“, „FAB“ und „ICD“.

Die Klar-IK der Krankenkasse wird dabei übermittelt; eine kassenspezifische Auswertung der Daten wird jedoch nicht vorgenommen. Die Daten werden zu drei Zeitpunkten (siehe Anhang E) an die AGENON GmbH übermittelt.

4.1.3 GKV-Routinedaten (Datentyp 3)

Von den am Projekt beteiligten Krankenkassen - AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, BAHN-BKK und KNAPPSCHAFT - werden Stammdaten, Daten zu Krankenhausaufenthalten, zur ambulanten Inanspruchnahme und zu Arzneimitteln der Studienteilnehmer für die Evaluation benötigt. Die Datensatzbeschreibung hierzu findet sich in Anhang B. Die Daten werden für jeden eingeschlossenen Patienten für einen Zeitraum von sechs Monaten vor Start der Erhebungen in den Kliniken und sechs Monaten nach Ende der Erhebungen zu zwei Zeitpunkten (siehe Anhang E) an die AGENON GmbH übermittelt.

4.1.4 Befragungsdaten schriftlich (Datentyp 4)

Anhand von Befragungen von Patienten/gesetzl. Vertretern und den Angehörigen (schriftlich) durch die AGENON GmbH selbst werden Daten zu folgenden Aspekten erfasst:

- Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention
- Soziodemographische Angaben
- Nur für Angehörige, die an einer Angehörigenschulung teilgenommen haben: Einschätzung der Eignung der Schulungen

Die Befragungsdaten sind in Anlage A unter Datentyp 4 (Befragungsdaten schriftlich) aufgeführt. Diese Daten werden an keinen der Konsortialpartner übermittelt.

4.2 Studieninformationen und Einwilligungserklärungen

Im Rahmen des Projekts erfolgt in den Interventions- und Kontrollkrankenhäusern mit Start der Prozess- bzw. Wirkungsevaluation die Durchführung des 6CIT-Tests (kognitives Screening) flächendeckend bei allen Patienten bzw. standardisiert durch Klinikmitarbeitende. Den aufgrund des Alters, der Krankenkassenzugehörigkeit und des Ergebnisses des 6CIT-Tests für das Projekt infrage kommenden Patienten wird in den Interventions- und Kontrollkrankenhäusern eine schriftliche Patienteninformation und Einwilligungserklärung von den Projektkoordinatoren bzw. Studienassistenten vorgelegt (Anhang C und D) und mit ihnen ausführlich besprochen. Dabei werden die Patienten explizit über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme informiert. (In der Präerhebungsphase erfolgt das Einholen der Patienteneinwilligung vor der Durchführung des 6CIT-Tests, wenn dieser nicht standardisiert hausintern, sondern durch externe Studienassistenten vorgenommen wird.) Die Patienteneinwilligung enthält neben Angaben zu Zielen und Inhalten des Projekts Informationen zu den zu erhebenden Daten und ihrer Weiterverarbeitung, zur Freiwilligkeit der Teilnahme am Projekt, zu den Widerrufs- und weiteren Betroffenenrechten sowie Hinweise zum Datenschutz. Die Einwilligungserklärung umfasst die Einwilligung in die Auswertung der IdA-spezifischen Falldokumentationen (Datentyp 1), der Routinedaten des Krankenhauses (Datentyp 2) und der Abrechnungsdaten der Krankenkasse (Datentyp 3). Ausschließlich für Patienten der Interventionskrankenhäuser inkludiert die Einwilligung zusätzlich die Zustimmung zu der Befragung bei Entlassung aus dem Krankenhaus (Datentyp 4). Die Einwilligungserklärungen der Patienten werden in die

Forschungsakten der Krankenhäuser aufgenommen und verschlossen aufbewahrt. Für geeignete IdA-Patienten, die keine Einwilligung erteilt haben, werden keinerlei projektspezifische, personenbezogene oder Gesundheitsdaten erfasst.

Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, wird die Einwilligung des gesetzl. Vertreters eingeholt. Hierzu erhält der gesetzl. Vertreter die Patienteninformation und Einwilligungserklärung. Ist der gesetzl. Vertreter mit der Teilnahme des Patienten am Projekt einverstanden, willigt er mit seiner Unterschrift anstelle des Patienten ein. Ob ein für IdA geeigneter Patient bzw. sein gesetzl. Vertreter eine Einwilligungserklärung unterschrieben hat, wird in der eigens für das Projekt programmierten Softwarelösung (IdA-Portal) hinterlegt.

Zusätzlich sollen auch Angehörige von teilnehmenden Patienten schriftlich befragt werden (Datentyp 4). Da es sich hierbei um eine anonyme Befragung handelt, ist hierzu keine gesonderte Einwilligungserklärung notwendig. Dennoch erhält der Angehörige zusammen mit dem Fragebogen eine Studieninformation, die ihn über den Zweck der Befragung aufklärt. Für die Evaluation ist es dabei unerheblich und anhand des Fragebogens nicht nachvollziehbar, zu welchem Patienten ein Angehöriger gehört. Es werden nur Angehörige von teilnehmenden Patienten in den Interventionskrankenhäusern befragt. Angehörige von teilnehmenden Patienten in den Kontrollkrankenhäusern erhalten keinen Fragebogen. Angehörige von Patienten, die nicht teilnehmen, werden weder in den Interventions- noch in den Kontrollkrankenhäusern befragt.

4.3 Datenerhebungen

4.3.1 Primärdaten

Diese Daten werden direkt beim Patienten/gesetzl. Vertreter bzw. seinem Angehörigen erhoben. Eine genauere Auflistung der zu erhebenden Daten erfolgt in der Tabelle in Anhang A, Datentyp 1 und 4). Eine Übersicht der Erhebungs-, Abzugs- bzw. Übermittlungszeitpunkte der Daten ist dem Anhang E zu entnehmen.

4.3.1.1 Patienten/gesetzlicher Vertreter

Das kognitive Screening erfolgt bei allen Patienten mit Kassenzugehörigkeit der AOK Nordost, BAHN-BKK und KNAPPSCHAFT auf somatischen Stationen, die 70 Jahre oder älter sind. Danach wird weiter eruiert, ob der Patient v. a. hinsichtlich seines Gesundheitszustandes und seiner Sprachkenntnisse für das Projekt geeignet ist. Ist dies der Fall, wird ihm die Einwilligungserklärung vorgelegt. Entscheidet sich der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter für eine Teilnahme am Projekt, werden alle weiteren Daten während seines Aufenthalts im Krankenhaus entsprechend der Beschreibung in Anhang Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. bei ihm erhoben. Scheidet ein eingeschlossener Patient vor seiner Entlassung aus dem Krankenhaus aus dem Projekt aus (vorzeitiger Abbruch), werden ab diesem Zeitpunkt keine weiteren Daten mehr von ihm erfasst (vgl. auch Kapitel 8.5).

4.3.1.2 Befragung von Patienten/gesetzlichen Vertretern

Die schriftlichen Befragungen von Patienten, die an der neuen Versorgungsform teilgenommen haben, erfolgen schriftlich anonym mittels standardisierter Fragebögen in den Interventionskrankenhäusern. Ist ein Patient einwilligungsfähig, wird er persönlich zu seiner Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention bzw. deren Umsetzung befragt. Ist ein Patient nicht einwilligungsfähig, wird zu diesen

Aspekten sein gesetzlicher Vertreter befragt, sofern dieser verfügbar ist. Hierzu händigen die Projektkoordinatoren den Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern während des Aufenthalts, im besten Fall kurz vor der Entlassung, einen Fragebogen mit Kennung des Krankenhauses aus. Die Abfrage erfolgt fast ausschließlich skaliert, lediglich die optionale Frage nach Anmerkungen erfolgt als Freitextfeld. Im Fragebogen werden von den Patienten lediglich Alter (kategorisiert), Geschlecht und Aufenthaltsdauer (kategorisiert) im Krankenhaus erfragt. Weitere personenbezogene Angaben werden mittels des Fragebogens nicht erhoben. Daher kann der Fragebogen nicht in Bezug zu der krankenhausesinternen Falldokumentation eines Patienten gebracht werden.

4.3.1.3 Befragung von Angehörigen

Die schriftliche Befragung von Angehörigen der Patienten, die an der neuen Versorgungsform teilgenommen haben, erfolgt anonym anhand von standardisierten Fragebögen in den Interventionskrankenhäusern. Hierzu erhält der Angehörige den Fragebogen zusammen mit einem frankierten Freiumschlag für die Rücksendung an die AGENON GmbH bei Entlassung eines Patienten. Wenn Angehörige an einer Angehörigenschulung im Rahmen des IdA-Projekts teilnehmen, wird ihnen direkt im Anschluss an diese Schulung vom Schulungsleiter ein weiterer Fragebogen inklusive informierter Einwilligungserklärung ausgehändigt. In beiden Fragebögen werden Alter (kategorisiert), Geschlecht, die Beziehung zum Patienten, die Station auf welcher der Patient lag und sein Anteil an der Pflege des Patienten allgemein erfasst. Anhand der Fragebögen der Angehörigen kann ebenfalls kein Bezug zu einem konkreten Patienten hergestellt werden. Um jedoch eine Zuordnung zu den einzelnen Interventionskrankenhäusern zu ermöglichen, ist das jeweilige Krankenhaus auf den Bögen mittels einer Kennung (z.B. Logo) vermerkt. Die ausgefüllten Bögen werden von den Angehörigen ohne Absenderinformationen postalisch an die AGENON GmbH gesendet.

4.3.2 Sekundärdaten

Für die Evaluation werden von den Krankenkassen Stammdaten, Daten zu den ambulanten Fällen und Diagnosen, Arzneimittel-Verordnungen (inkl. Hilfsmittel), stationäre Fälle und Diagnosen sowie Pflegegrad und Pflegeleistungen sowohl für die in das Projekt eingeschlossenen Patienten aus den Interventionskrankenhäusern als auch aus den Kontrollkrankenhäusern benötigt. Stammdaten werden standardmäßig von den Krankenkassen für ihre Versicherten erhoben, die für die Evaluation erforderlichen versorgungsbezogenen Daten sind auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen für Prüf- und Abrechnungszwecke von den Leistungserbringern an die Krankenkassen zu übermitteln. Eine genaue Beschreibung dieser Daten findet sich in der Datensatzbeschreibung im Anhang B (Datentyp 3).

Von den Krankenhäusern werden für die Zwecke der Evaluation des Weiteren aus den Daten gemäß § 21 KHEntG ein Auszug der Stammdaten, der nicht die Versichertennummer enthält, sowie die kompletten Datensätze „Entgelt“, „FAB“ und „ICD“ benötigt (vgl. Anhang A, Datentyp 2). Diese werden sowohl für eingeschlossene Patienten aus den Interventionskrankenhäusern als auch aus den Kontrollkrankenhäusern routinemäßig im Krankenhausinformationssystem (KIS) erfasst.

4.4 Datenfluss

Die unter Abschnitt 4.1 beschriebenen Datentypen 2 und 3 (Sekundärdaten) werden zusammen mit Daten der IdA-spezifischen Falldokumentation (Datentyp 1) auf unterschiedlichen Wegen an die AGENON GmbH

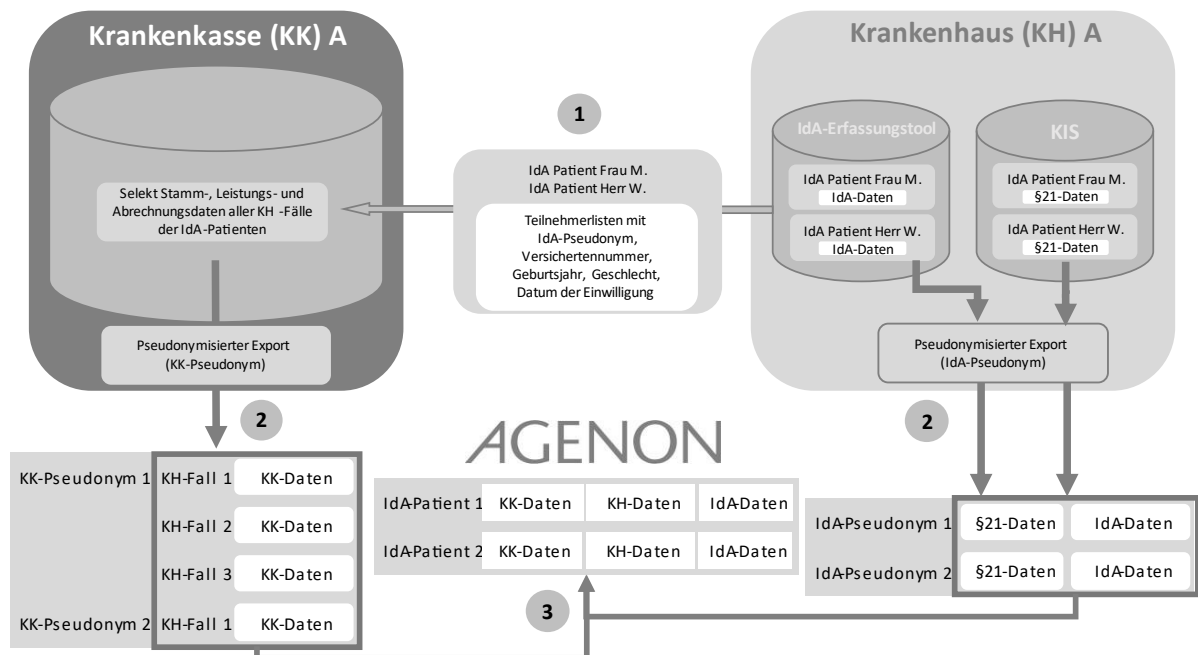


Abbildung 1. Datenflüsse zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und AGENON

übermittelt. Abbildung 1 veranschaulicht hierzu den Datenfluss zwischen den teilnehmenden Krankenhäusern, Krankenkassen und der AGENON GmbH.

4.4.1 Datenfluss vom Krankenhaus zur Krankenkasse

Die Krankenhäuser übermitteln zur Identifikation der IdA-Patienten an die beteiligten Krankenkassen jeweils eine verschlüsselte Teilnehmerliste mit IdA-Pseudonym, Versichertennummer (KV-Nummer), Geburtsjahr, Geschlecht und Einwilligungsdatum in das Projekt eingeschlossener IdA-Patienten. Außerdem erhalten die Krankenkassen eine Kopie der Patienteneinwilligung. Bei AOK NORDOST-Versicherten wird aus Datenverarbeitungsgründen das Originaldokument übermittelt. Die Teilnehmerliste kann je Krankenkasse aus dem IdA-Portal generiert und exportiert werden. Weitere Daten enthält der Export nicht. Die Liste wird verschlüsselt auf einem sicheren Übertragungsweg an einen vorab definierten Ansprechpartner versandt. Die Teilnehmerliste wird temporär auf den Klinikservern verschlüsselt gespeichert und im Anschluss an den Datentransfer gelöscht.

4.4.2 Datenfluss von der Krankenkasse zu AGENON (Sekundärdaten)

Jede Krankenkasse selektiert dann für ihre am IdA-Projekt teilnehmenden Versicherten die Daten wie in der Datensatzbeschreibung (siehe Anhang B, Datentyp 3) festgelegt. Dieser Datensatz wird pseudonymisiert und verschlüsselt an die AGENON GmbH gesendet.

4.4.3 Datenfluss vom Krankenhaus zu AGENON: Primärdaten aus IdA-spezifischer Dokumentation

Im Rahmen des IdA-Projekts werden von den Projektkoordinatoren bzw. Studienassistenten für in das Projekt eingeschlossene Patienten zusätzlich zu den Routinedaten der Krankenhäuser und der Krankenkassen IdA-spezifische Merkmale erhoben (vgl. Kapitel 4.1.1 und Anlage A, Datentyp 1). Diese werden sowohl für Patienten in den Interventions- als auch Kontrollkrankenhäusern erhoben. Die Erfassung erfolgt mithilfe des IdA-Portals auf Standrechnern, Laptops oder Tablets des Krankenhauses. Die Daten werden offline im jeweiligen Intranet erfasst und zunächst auf den Servern in den jeweiligen Krankenhäusern gespeichert. Der Zugang zum IdA-Portal ist kennwortgeschützt. Dem Berechtigungskonzept (vgl. Anlage F) hierfür folgend, können nur die Projektleitung, Projektbeauftragten und Projektkoordinatoren bzw. die für das Projekt beauftragten Studienassistenten das Erfassungsportal nutzen und auf die darin eingetragenen Daten zugreifen bzw. Daten eintragen. Für jeden eingeschlossenen Patienten wird im IdA-Portal ein Pseudonym generiert. Die Daten aus dem IdA-Portal (IdA-Daten) werden verschlüsselt auf einem sicheren Übertragungsweg vom Krankenhaus an einen vorab definierten Ansprechpartner der AGENON GmbH gesendet.

4.4.4 Datenfluss vom Krankenhaus zu AGENON: Sekundärdaten

Für Patienten in den Interventions- und Kontrollkrankenhäusern, die in das Projekt eingeschlossen wurden, sind für die Zwecke der Evaluation weitere Sekundärdaten erforderlich. Dazu wird für die eingeschlossenen Patienten ein Auszug der Daten gemäß § 21 KHEntG (KH-Daten) von den Krankenhäusern verwendet (Datentyp 2). Der Auszug aus dem § 21-Datensatz der Krankenhäuser wird entsprechend der Datensatzbeschreibung unter Kapitel 4.1.2 für die teilnehmenden Patienten manuell selektiert. Die Selektion der teilnehmenden Patienten erfolgt wiederum über eine Teilnehmerliste, die aus dem IdA-Portal generiert wird und folgende Merkmale enthält: IdA-Pseudonym, krankenhausinterne Fallnummer. Für die Evaluation nicht benötigte Daten werden aus dem Datensatz manuell gelöscht. Der aufbereitete Datensatz wird verschlüsselt auf einem sicheren Übertragungsweg vom Krankenhaus an einen vorab definierten Ansprechpartner der AGENON GmbH gesendet. Die Teilnehmerliste wird temporär auf den Klinikservern verschlüsselt gespeichert und im Anschluss an den Datentransfer gelöscht.

4.4.5 Zusammenführung der Daten bei AGENON

In einem dritten Schritt fusioniert die AGENON GmbH anhand des IdA-Pseudonyms die Datensätze der Krankenhäuser und Krankenkassen.

4.5 Pseudonymisierung der zu übermittelnden Daten durch die Krankenhäuser und Krankenkassen

Datentyp 1, IdA-Daten:

Der mit Administratorrechten ausgestattete IdA-Mitarbeiter des Krankenhauses nimmt im IdA-Portal den Export der Daten für AGENON vor. Der Datensatzexport erfolgt bereits pseudonymisiert.

Datentyp 2, Routinedaten des Krankenhauses:

Der mit Administratorrechten ausgestattete IdA-Mitarbeiter des Krankenhauses nimmt im IdA-Portal den Export einer krankenhausinternen Teilnehmerliste vor, die das IdA-Pseudonym und die interne Fallnummer erhält. Über Teilnehmerliste werden IdA-Pseudonym und Routinedaten des Krankenhauses mit einander

verknüpft. Auf die Übermittlung eines Personenpseudonyms der Daten gemäß § 21 KHEntG kann vollständig verzichtet werden. Den pseudonymisierten Datensatz liefert dann das jeweilige Krankenhaus verschlüsselt auf einem sicheren Übertragungsweg an einen vorab definierten Ansprechpartner der AGENON GmbH (siehe Kapitel 4.6).

Datentyp 3, GKV-Routinedaten:

Die Pseudonymisierung der Datensätze gemäß Datensatzbeschreibung (siehe Anlage B), die die AGENON GmbH von den Krankenkassen erhält, wird ebenfalls durch die Kassen selbst vorgenommen. Analog zu dem zuvor beschriebenen Vorgehen bei den Krankenhäusern wird aus dem IdA-Portal eine Teilnehmerliste für die Krankenkassen erzeugt, die u.a. das IdA-Pseudonym und die Versichertennummer enthält. Über Teilnehmerliste werden IdA-Pseudonym und GKV-Routinedaten miteinander verknüpft. Die pseudonymisierten Datensätze liefert dann die jeweilige Krankenkasse auf einem verschlüsselten Übertragungsweg an einen vorab definierten Ansprechpartner der AGENON GmbH.

4.6 Datenübertragung

Entsprechend den verschiedenen für die Evaluation notwendigen Datenquellen ergeben sich unterschiedliche Wege der Datenübertragung:

Die ausgefüllten Fragebögen von Patienten/gesetzlichen Vertretern und Angehörigen werden entweder bei der Entlassung der Patienten in bereitgestellte projektspezifische Briefkästen geworfen und gesammelt von den Projektkoordinatoren postalisch mittels eines verschlossenen Freiumschlags an die AGENON GmbH gesandt oder - sofern die Fragebögen erst nach dem Krankenhausaufenthalt ausgefüllt werden - direkt vom Patienten/gesetzlichem Vertreter bzw. Angehörigen in einem verschlossenen und adressierten Freiumschlag ohne Absenderinformationen postalisch an die AGENON GmbH gesendet. Fragebögen, die von Angehörigen nach einer Schulung ausgefüllt werden, werden ebenfalls gesammelt postalisch vom Schulungsleiter an die AGENON GmbH verschickt oder direkt vom Angehörigen in einem verschlossenen und adressierten Freiumschlag ohne Absenderinformationen postalisch an die AGENON GmbH gesendet. Die Übermittlung der Daten aus dem IdA-Erfassungsportal sowie der Routinedaten von den Krankenhäusern an AGENON erfolgt auf unterschiedlichen sicheren Übertragungswegen z.B. per VPN auf den lokalen Server von AGENON, per Datenplattform Cryptshare oder per verschlüsselter E-Mail.

Die Passwortübermittlung erfolgt jeweils separat. ~~verschlüsselter E-Mail. Das Kennwort zur Entschlüsselung der E-Mail wird den Empfängern telefonisch mitgeteilt.~~

Die Krankenhäuser übermitteln die Teilnehmerlisten zur Identifikation der IdA-Patienten an die Krankenkassen über unterschiedliche sichere Übertragungswege:

- AOK NORDOST: Datenplattform Cryptshare
- BAHN-BKK: verschlüsselter Stick per Post/Einschreiben
- KNAPPSCHAFT: Datenplattform KBS-Mailer

Die erforderlichen Kennwörter werden jeweils separat telefonisch mitgeteilt.

Die einzelne Krankenkasse selektiert die Daten wie in der Datensatzbeschreibung (Anhang B) festgelegt. Dann werden die IdA-Pseudonyme in die selektierten Daten eingebaut (Original-KV-Nummern sind gelöscht). Diese Daten liefert dann die jeweilige Krankenkasse an den Evaluator (AGENON GmbH) auf einem sicheren Übertragungsweg, indem die Daten als Download auf einer von der jeweiligen Krankenkasse

genutzten Datenplattform geladen werden. Der Zugriff auf die Datenplattform ist personenbezogen und passwortgeschützt, sowohl für das Versenden als auch für den Empfang der Daten. Der Empfänger der Daten, die AGENON GmbH, erhält telefonisch eine Nachricht mit der Angabe des Passworts für den Zugriff auf die Plattform.

4.7 Datenlagerung, -auswertung und Bericht

Die ausgefüllten Fragebögen der Patienten/gesetzlichen Vertreter sowie Angehörigen werden bei der AGENON GmbH in einem abschließbaren Schrank, separat von anderen Dokumenten aufbewahrt. Sie werden gesammelt zu zwei Zeitpunkten (April 2021, Oktober 2022) ausgewertet. Die Berichterstattung erfolgt anonym und ausschließlich mit aggregierten Daten. Die Formulierungen lassen keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen zu. Bezüglich der Datenlöschung gelten die unter 6.3. beschriebenen Regelungen.

5. PROZESS DER DATENERHEBUNG UND –VERARBEITUNG, KREIS DER BETROFFENEN: MITARBEITER UND VOR- BZW. NACHSTATIONÄRE AKTEURE

5.1 Spezifikation der Daten

Die AGENON GmbH erhebt zusätzlich selbst Daten von Mitarbeitenden der Krankenhäuser, Projektkoordinatoren sowie vor- und nachstationären Akteuren in Form von Befragungen und Fokusgruppen. Außerdem führt sie Vor-Ort-Begehungen in den Interventionskrankenhäusern durch.

Befragungsdaten (Datentyp 4)

Anhand von Befragungen von Mitarbeitern der Krankenhäuser (online bzw. schriftlich) und der vor- bzw. nachstationären Akteure (online bzw. schriftlich), Interviews mit den Projektbeauftragten sowie Fokusgruppen mit Mitarbeitern der Krankenhäuser und Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung werden Daten zu folgenden Aspekten erfasst:

1) Mitarbeitende der Krankenhäuser:

- Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention
- Orientierung zu Patienten mit demenziellen Erkrankungen
- Arbeitsbelastung
- Demenzorientierung des Krankenhauses
- Verbesserung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit
- Soziodemographische Angaben

2) Projektbeauftragte und IdA-geschultes Personal:

- Durchführung, Qualität und/oder Akzeptanz und Zufriedenheit mit den einzelnen Modulen der neuen Versorgungsform
- Eignung und Zufriedenheit mit IdA-Schulungen
- Demenzorientierung des Krankenhauses
- Soziodemographische Angaben

3) Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung:

- Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention
- Verbesserung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit
- Soziodemographische Angaben

Bei den Vor-Ort-Begehungen in den Interventionskrankenhäusern werden folgende Aspekte erfasst:

- Demenzorientierung des Krankenhauses
- Organisationsspezifische Angaben wie Anzahl Betten/Stationen

Diese Befragungsdaten werden nur in den Interventionskrankenhäusern bzw. bei Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung, die mit einem Interventionskrankenhaus im Rahmen von IdA Kontakt hatten, erhoben.

5.2 Studieninformationen und Einwilligungserklärungen

Um eine einheitliche Grundlage für die Zulässigkeit der Datenerhebung und -verarbeitung zu schaffen, werden von den jeweiligen Zielgruppen (d. h. am IdA-Projekt beteiligten Mitarbeitenden, Projektkoordinatoren und vor- bzw. nachstationären Akteuren) informierte Einwilligungserklärungen eingeholt, sobald personenbezogene Daten von ihnen erhoben und verarbeitet werden (vgl. Anlage H). Die Teilnehmenden erhalten dazu eine auf sie zugeschnittene Studieninformation und werden darin gemäß Artikel 13 DS-GVO über die Datenerhebung informiert und auf ihre Betroffenenrechte hingewiesen.

Die jeweils zu Befragenden erhalten vor jeder Erhebung diese Information und werden um deren Einwilligung zur Teilnahme an der Evaluation im Rahmen des Projekts IdA gebeten. Anhand der Studieninformation werden die Teilnehmer ausführlich über den Verarbeitungszweck und den Umfang der im Rahmen der Evaluation zu erhebenden Daten aufgeklärt.

Die AGENON GmbH schließt gemäß Art. 28 DS-GVO mit dem beauftragten Dienstleister für die Online-Befragungen einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag.

Die Teilnehmer am IdA-Projekt, deren personenbezogene Daten verarbeitet werden, werden über die Freiwilligkeit ihrer Einwilligung informiert und haben jederzeit die Möglichkeit, ihre Rechte gemäß Art. 15 ff. DS-GVO geltend zu machen, z. B. Auskunft über ihre Daten zu erhalten, die Verarbeitung ihrer Daten einzuschränken oder eine Löschung von Daten zu verlangen. Widerrufen die Teilnehmer ihre Einwilligung, werden die personenbezogenen Forschungsdaten gelöscht und vernichtet.

5.2.1 Krankenhausinterne Mitarbeitende und Projektbeauftragte

Von den krankenhausinternen Mitarbeitenden werden durch die AGENON GmbH vor jeder Befragung (online bzw. schriftlich) informierte Einwilligungserklärungen eingeholt (vgl. Anlage H). Sowohl anlässlich der Einladung zur Befragung als auch zu Beginn der Befragung selbst werden die Mitarbeitenden explizit darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme an dieser Befragung freiwillig ist.

Die Projektbeauftragten können zu Beginn der Interviews frei entscheiden, ob diese digital aufgezeichnet oder handschriftlich von einem Mitarbeitenden der AGENON GmbH protokolliert werden. Entscheidet er sich für eine Audioaufnahme, wird er um seine schriftliche Einwilligung in die digitale Aufzeichnung des Gesprächs und die Verarbeitung dieser Daten durch die AGENON GmbH gebeten (vgl. Anlage I). Im Rahmen der Einwilligung wird dargelegt, auf welche Weise personenbezogene Daten erhoben, verwendet, eingesehen oder anderweitig verarbeitet werden und in welchem Umfang und zu welchem Zweck diese Daten verarbeitet werden. Zur Transkription der Interviews wird der Anbieter Mein Transkript gewählt. Alle Teilnehmer haben u.a. das Recht, jederzeit eine Auskunft darüber zu erhalten, welche sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden, und können diese Einwilligung jederzeit gegenüber der AGENON GmbH widerrufen.

Gleiches gilt für diejenigen krankenhausinternen Mitarbeitenden, die an den Fokusgruppen mit den Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung in den Interventionskrankenhäusern teilnehmen.

5.2.2 Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung

Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung, die an den Fokusgruppen mit krankenhausinternen Mitarbeitenden und Projektkoordinatoren in den Interventionskrankenhäusern teilnehmen, können zu Beginn der Fokusgruppenbefragung frei entscheiden, ob diese digital aufgezeichnet oder handschriftlich von einem Mitarbeitenden der AGENON GmbH protokolliert werden. Entscheiden sie sich für eine Audioaufnahme, wird um die schriftliche Einwilligung der Teilnehmenden für die Aufzeichnung des Gesprächs und die Verarbeitung dieser Daten durch die AGENON GmbH gebeten (vgl. Anlage I). Die Transkription erfolgt ebenfalls von Mein Transkript. Lehnt einer der Teilnehmenden die digitale Aufzeichnung ab, wird die gesamte Fokusgruppendifkussion handschriftlich protokolliert und nicht aufgezeichnet. Die Einwilligungserklärung sowie schriftliche Studieninformation umfassen neben Angaben zu Zielen und Inhalten des Projekts Informationen zu den zu erhebenden Daten und ihrer Weiterverarbeitung, zur Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie, zu den Widerrufsrechten sowie Hinweise zum Datenschutz. Die Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung haben das Recht, jederzeit eine Auskunft darüber zu erhalten, welche sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden, und können diese Einwilligung jederzeit gegenüber der AGENON GmbH widerrufen.

Bei der Online-Befragung der vor- bzw. nachstationären Akteure zur Verbesserung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit erfolgt die Aufklärung über die Befragung sowie die Einwilligung in die Befragung und die Verarbeitung der entsprechenden Daten digital (vgl. Anlage H).

5.3 Datenerhebung und Datenfluss

Die Daten werden direkt bei den krankenhausinternen Mitarbeitenden (reguläre Fachkräfte, IdA geschultes Personal, Projektbeauftragte) und Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung erhoben. Eine genauere Auflistung der zu erhebenden Konstrukte für die einzelnen Zielgruppen erfolgt in der Tabelle in Anhang A. Eine Übersicht der Erhebungs-, Abzugs- bzw. Übermittlungszeitpunkte der Daten ist dem Anhang E zu entnehmen.

5.3.1 Befragung der Mitarbeitenden

Die standardisierten Befragungen der am IdA-Projekt beteiligten Mitarbeitenden (d. h. sowohl reguläre Mitarbeitende als auch spezifisch für IdA geschultes Personal) der Interventionskrankenhäuser werden als Online-Befragung durchgeführt. Zur Erstellung und Durchführung der Online-Befragung wird der Anbieter Zask gewählt, der eine Befragung DSGVO-konform gewährleistet. Zask stellt dabei als neutraler Dritter sicher, dass IP-Adressen der Mitarbeitenden anonymisiert und nicht zuordenbar sind. Sie sind der AGENON GmbH zu keinem Zeitpunkt zugänglich. Das Zask-Benutzerkonto und die Datenübertragung innerhalb des Zask-Benutzerkontos sind standardmäßig SSL verschlüsselt. Die Mitarbeitenden erhalten den Link zur Befragung von den Projektbeauftragten, sodass sie die Befragung selbst durchführen können. Die Abfrage erfolgt pseudonymisiert und fast ausschließlich skaliert, lediglich die optionale Frage nach Anmerkungen erfolgt als Freitextfeld. Um eine mögliche Veränderung der Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden sowie der Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Durchführung der neuen Versorgungsform abbilden zu können, werden die Befragten gebeten, einen individuellen Code zu generieren. Zu den insgesamt drei Befragungszeitpunkten soll der Befragte den gleichen Code verwenden, damit die Mitarbeitenden der AGENON GmbH die jeweiligen Angaben einem Individuum zuordnen können. Seinen individuellen Code kennt jedoch ausschließlich der Befragte. Im Rahmen der Befragung werden die Teilnehmer gebeten, Alter (kategorisiert), Geschlecht, Berufsgruppe, Fachabteilung, Arbeitsumfang (Voll- oder Teilzeit) und Krankenhausstandort anzugeben. Weitere personenbezogene Angaben werden nicht erhoben, sodass Mitarbeitende anhand der Befragungsdaten nicht re-identifiziert werden können.

Zusätzlich werden Mitarbeitende, die an einer IdA-spezifischen Schulung teilgenommen haben, gebeten im Anschluss an die Schulung an einer anonymen Online-Befragung zur Eignung der Schulungen teilzunehmen. Die Online-Befragung wird ebenfalls mit Zask erstellt und durchgeführt. Den Link zur Befragung erhalten die Mitarbeitenden von den Projektbeauftragten, sodass sie die Befragung selbst durchführen können. Im Rahmen der standardisierten Befragung werden Alter (kategorisiert), Geschlecht und Berufsabschluss erfragt. Die Abfrage erfolgt überwiegend durch Skalen. Freitextfelder stellen keine Pflichtfelder dar.

5.3.2 Interviews mit Projektbeauftragten

Die Interviews mit Projektbeauftragten in den Interventionskrankenhäusern erfolgen leitfadengestützt und werden von Mitarbeitenden der AGENON GmbH durchgeführt. Die Projektbeauftragten können frei wählen, ob das Interview digital aufgezeichnet und im Nachgang transkribiert wird oder von einem Mitarbeiter von AGENON handschriftlich protokolliert wird. Entscheidet sich der Projektbeauftragte für die digitale Aufzeichnung, wird ihm hierzu eine gesonderte Einwilligungserklärung vorgelegt. Zur Transkription der Interviews wird der Anbieter Mein Transkript gewählt, der eine Transkription DSGVO-konform gewährleistet. Mein Transkript stellt dabei als neutraler Dritter sicher, strikte Vertraulichkeit über die personenbezogenen Daten der Betroffenen auf den Audiodateien zu bewahren. Das Mein Transkript Benutzerkonto und die Datenübertragung innerhalb des Benutzerkontos sind standardmäßig SSL verschlüsselt. Vom Projektbeauftragten werden Alter (kategorisiert), Geschlecht sowie der berufliche Hintergrund abgefragt. Weitere personenbezogene Informationen werden bei den Interviews nicht erhoben.

5.3.3 Fokusgruppen mit Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung, Projektbeauftragten und Mitarbeitenden des Krankenhauses

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen werden von den Projektbeauftragten, anhand der von der AGENON GmbH festgelegten berufsgruppenbezogenen Zusammensetzung, rekrutiert. Die leitfadengestützten Fokusgruppen mit Akteuren der vor- bzw. nachstationären Versorgung, Projektbeauftragten und Mitarbeitenden des Krankenhauses, die an der neuen Versorgungsform beteiligt waren, werden von Mitarbeitenden der AGENON GmbH durchgeführt. Die Teilnehmenden an der Fokusgruppe können frei wählen, ob das Interview digital aufgezeichnet und im Nachgang transkribiert oder von einem Mitarbeiter von AGENON handschriftlich protokolliert wird. Entscheiden sich alle Teilnehmenden für eine digitale Aufzeichnung, wird jedem von ihnen hierzu eine gesonderte Einwilligungserklärung vorgelegt. Die Transkription erfolgt ebenfalls von Mein Transkript. Entscheidet sich ein Teilnehmender gegen eine digitale Aufzeichnung, wird die Fokusgruppe automatisch handschriftlich protokolliert. Von den Teilnehmenden der Fokusgruppen werden lediglich Alter (kategorisiert), Geschlecht, Berufsgruppe sowie Einrichtungsart (vor- bzw. nachstationär /stationär) abgefragt. Weitere personenbezogene Informationen werden nicht erhoben. Dabei ist es für die Evaluation unerheblich und für den Evaluator auch nicht nachzuvollziehen, welcher vor- bzw. nachstationäre Akteur an der Versorgung welches konkreten IdA-Patienten beteiligt war.

5.3.4 Befragung der Akteure der nachstationären Versorgung

Diejenigen nachstationären Akteure (d. h. Hausärzte, Fachärzte, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen), die an der Versorgung eines IdA-Patienten beteiligt sind, werden zudem zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem IdA-Projekt und zur Verbesserung der interdisziplinären, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit online befragt. Dabei ist es für die Evaluation unerheblich und für den Evaluator auch nicht nachzuvollziehen, welcher nachstationäre Akteur an der Versorgung welches konkreten IdA-Patienten beteiligt war. Die Online-Befragung wird ebenfalls mit 2ask erstellt und durchgeführt. Den Link zur Befragung erhalten die nachstationären Akteure von den Projektbeauftragten der jeweiligen Krankenhäuser, sodass sie die Befragung selbst durchführen können. Im Rahmen der standardisierten Befragung werden Alter (kategorisiert), Geschlecht, Berufsgruppe sowie Einrichtungsart erhoben. Der Fragebogen besteht überwiegend aus Skalen. Freitextfelder stellen keine Pflichtfelder dar.

5.4 Datenübertragung

Entsprechend den verschiedenen für die Evaluation notwendigen Datenquellen ergeben sich unterschiedliche Wege der Datenübertragung:

Die von den krankenhausinternen Mitarbeitenden (d. h. sowohl reguläre Mitarbeitende als auch spezifisch für IdA geschultes Personal) und vor- bzw. nachstationären Akteuren ausgefüllten Onlinefragebögen werden nach Ablauf der festgelegten Fristen von einem Mitarbeitenden der AGENON GmbH vom Server des Befragungsanbieters 2ask abgerufen. Die erfassten Daten werden dabei verschlüsselt über SSL übertragen.

Die Audioaufnahmen der Interviews mit den Projektbeauftragten sowie der Fokusgruppen bzw. die im Rahmen dessen angefertigten schriftlichen Protokolle werden von einem AGENON Mitarbeitenden auf direktem Weg in die Räumlichkeiten der AGENON GmbH transportiert. Die Audioaufnahmen werden verschlüsselt über SSL von einem Mitarbeitenden der AGENON GmbH auf das gesicherte Portal des Dienstleisters übertragen und dürfen nur auf diesem Portal transkribiert werden. Über den gleichen

verschlüsselten Weg werden die Transkripte von einem Mitarbeitenden der AGENON GmbH vom Portal des Dienstleisters abgerufen.

5.5 Datenlagerung, -auswertung und Bericht

Die durch die Onlinebefragung der krankenhausinternen Mitarbeitenden und vor- bzw. nachstationären Akteure erfassten Daten werden auf dem Server der AGENON GmbH in einem projektspezifischen Ordner, getrennt von anderen Projektdaten, gespeichert. Zugriff auf diesen Ordner haben ausschließlich Projektmitarbeitende der AGENON GmbH.

Die Audioaufnahmen der Interviews mit den Projektbeauftragten sowie der Fokusgruppen werden nach der Übertragung auf den Server der AGENON GmbH und erfolgter Transkription unmittelbar und datenschutzkonform vollständig von den Audioaufnahmegeräten sowie dem Server der AGENON GmbH gelöscht. Die schriftlichen Protokolle werden ebenfalls auf einem Server der AGENON GmbH, in einem projektspezifischen Ordner, zu dem ausschließlich Projektmitarbeitende der AGENON GmbH Zugriff haben, bzw. in einem abschließbaren Schrank, separat von anderen Dokumenten, gespeichert bzw. aufbewahrt.

Die Auswertung der Onlinebefragungen der krankenhausinternen Mitarbeitenden und vor- bzw. nachstationären Akteure erfolgt gesammelt zu zwei Zeitpunkten (April 2021, Oktober 2022). Zu denselben Zeitpunkten erfolgt zudem die Auswertung der leitfadengestützten Interviews mit den Projektbeauftragten und der leitfadengestützt durchgeführten Fokusgruppen. Die Onlinebefragungen der regulären krankenhausinternen Mitarbeitenden und die leitfadengestützten Interviews mit den Projektbeauftragten werden zusätzlich zu einem dritten Zeitpunkt (Juli 2020) als Baseline ausgewertet.

Die Berichterstattung erfolgt anonym und ausschließlich mit aggregierten Daten. Die Formulierungen lassen keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen zu. Bezüglich der Datenlöschung gelten die unter 6.3. beschriebenen Regelungen.

6. DATENWEITERGABE

6.1 Hausärzte / Vor- und Nachbehandler

Ein zentraler Ansatz des Projekts IdA ist die strukturierte Vernetzung mit Akteuren der vor- und nachstationären Versorgung. Zum einen bauen die Projektbeauftragten ein ambulant bzw. vor- und nachstationäres Netzwerk auf, indem sie niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen und Pflegedienste aufsuchen und über das Projekt informieren mit dem Ziel das Projekt bekannt zu machen und Teilnehmer zu akquirieren.

Darüber hinaus wird der behandelnde Haus- oder Facharzt noch während des Krankenhausaufenthalts über die Projektteilnahme seines Patienten informiert und er erhält entweder im Rahmen des Entlassbriefs oder separat einen IdA-Bericht. Inhalt des IdA-Berichts ist ein Extrakt (Test- und Screening-Ergebnisse, durchgeführte Maßnahmen, Empfehlungen zur Weiterbehandlung) der unter 4.1.1 beschriebenen Daten (IdA-spezifische Dokumentation, Datentyp 1).

Außerdem erfragen die Projektkoordinatoren mündlich beim behandelnden Arzt/Hausarzt bekannte projektrelevante Behandlungsdaten und Befunde (z.B. bestehenden kognitive Beeinträchtigungen, Sturzneigungen, neurologische Befunde), soweit diese für die Erstellung des Maßnahmeplans und die IdA-

spezifische Versorgung des Patienten erforderlich sind. Abschließend wird noch während des Krankenhausaufenthalts ein Nachsorgetermin für den Patienten beim Hausarzt/Nachbehandler vereinbart.

Die oben beschriebenen Abläufe werden auf Grundlage der Patienteneinwilligung (vgl. Anlage C) gemäß Art. 6 Abs. 1a DS-GVO i. V. m. Art. 9 Abs. 2a DS-GVO durchgeführt. Zweck der Vernetzung mit den Hausärzten/Nachbehandlern ist die Optimierung der Nach- und Weiterbehandlung, um einer Wiedereinweisung des Patienten entgegenzuwirken, seine Nachsorge zu optimieren und eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten zu verhindern bzw. zu verlangsamen. Der IdA-Bericht wird per Fax oder Post an den Arzt gesendet und auf einem gesicherten Laufwerk des Krankenhauses mit beschränkten Zugangsrechten für 10 Jahre gespeichert und dann gelöscht. Der IdA-Bericht in Papierform, Faxvorlagen/-berichte sowie Mitschriften von Telefonaten werden in der analogen IdA-Akte des Patienten abgelegt, in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt und ebenfalls nach 10 Jahren datenschutzkonform vernichtet.

Die Vernetzung mit den Hausärzten wird lediglich qualitativ im Rahmen der o.g. Fokusgruppen durch die AGENON GmbH ausgewertet. Der beschriebene Datenaustausch zwischen Hausarzt und Krankenhaus erfolgt aus rein medizinischen Zwecken und wird nicht statistisch verarbeitet.

6.2 Angehörige

Ein weiterer zentraler innovativer Ansatz der neuen Versorgungsform IdA ist der strukturierte Einbezug von Angehörigen. Mit vom Patienten benannten Angehörigen werden regelhaft Aufklärungs- und Beratungsgespräche geführt. Inhalt dieser Gespräche sind die unter 4.1.1 beschriebenen Daten (IdA-spezifische Dokumentation, Datentyp 1). Ziel ist es die Angehörigen für den Grad der festgestellten kognitiven Beeinträchtigung des Patienten zu sensibilisieren, über die durchgeführten IdA-spezifischen Maßnahmen aufzuklären sowie Anregungen und Empfehlungen für die weitere nachstationäre Betreuung und Versorgung zu geben. Außerdem werden Schulungs- und Beratungsangebote unterbreitet.

Sofern es nicht möglich oder medizinisch nicht indiziert ist das Angehörigengespräch im Beisein des Patienten zu führen, bedarf es hierfür einer gesonderten (mündlichen) Zustimmung (vgl. Anlage C.1). Zweck der Einbindung der Angehörigen ist es, die nachstationäre Versorgung und Betreuung im häuslichen Umfeld zu optimieren und damit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten sowie letztlich einer Wiedereinweisung entgegenzuwirken. Die Angehörigengespräche werden lediglich anonym im IdA-Portal dokumentiert und durch die AGENON GmbH ausgewertet. Es wird dokumentiert, ob ein Angehörigengespräch stattgefunden hat, ob der Angehörige regelhaft in Form regelmäßiger Besuche einbezogen werden konnte und ob der Angehörige das Angebot einer Angehörigenschulung angenommen hat. Inhalte der Gespräche werden nicht dokumentiert.

Die schriftliche Dokumentation der Zustimmung des Patienten, die auch den Namen und die Telefonnummer des Angehörigen enthält, sowie ggf. Mitschriften von Gesprächen werden in der analogen IdA-Akte des Patienten abgelegt, in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt und ebenfalls nach 10 Jahren datenschutzkonform vernichtet.

7. VERANTWORTLICHKEITEN

Die beteiligten Partner haben gemeinsam über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung der Studiendaten im Innovationsfondsprojekt „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung -sektorübergreifend“

entschieden. Sie sind hinsichtlich der im Projekt zu verarbeitenden Betroffenenaten gemeinsam Verantwortliche gemäß Art. 26 Abs. 1 Satz 1 DSGVO. Jeder beteiligte Partner gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Rechtmäßigkeit der durch ihn durchgeführten Datenverarbeitungen. Sie sind jedoch gleichermaßen für die Rechtmäßigkeit der gemeinsamen Verarbeitungen verantwortlich.

Eine Zuteilung der jeweiligen Verantwortlichkeiten insbesondere hinsichtlich der Pflichten gegenüber den betroffenen Personen ist in den Anlagen G1 und G2 dargestellt. Die Aufstellungen berücksichtigen, dass den betroffenen Personen das Wesentliche der Vereinbarung bzgl. gemeinsam Verantwortliche insbesondere hinsichtlich der Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner für die Ausübung seiner Betroffenenrechte zur Verfügung gestellt wird. Ungeachtet der beschriebenen Verantwortlichkeiten kann eine betroffene Person ihre in der DSGVO genannten Rechte gemäß Art. 26 Abs. 3 DSGVO gegenüber jedem einzelnen der Verantwortlichen geltend machen. In den o.g. Kapiteln 4 und 5 des Datenschutzkonzeptes wurde der Prozess der Datenerhebung und -verarbeitung für die Patienten/-gesetzlichen Vertreter und Angehörige sowie für die Mitarbeiter und Akteure der nachstationären Versorgung und die damit verbundenen Zuständigkeiten beschrieben. Die Verantwortlichen für die Funktionen der Verarbeitung sind in Anlage G3 dargestellt. Eine übergreifende Zusammenarbeit zur Erreichung des Zweckes erfolgt in keinem Teil der gesamten Verarbeitung.

8. PFLICHTEN BEI DER VERARBEITUNG

8.1 Allgemeine Pflichten

1. Die beteiligten Partner informieren sich unverzüglich und vollständig, wenn sie bei der Prüfung der Verarbeitungstätigkeiten und/oder der Auftragsergebnisse Fehler oder Unregelmäßigkeiten bzgl. datenschutzrechtlicher Bestimmungen feststellen.
2. Soweit ein Betroffener sich unmittelbar an einem der Partner zwecks Wahrnehmung seiner Betroffenenrechte, insbesondere wegen Berichtigung und Löschung, seiner Daten wenden sollte, wird dieses Ersuchen unverzüglich unabhängig von der Pflicht zur Gewährleistung des Betroffenenrechtes an die anderen betroffenen Partner weitergeleitet.
3. Jeder Partner ist verpflichtet, für die Verarbeitung ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten im Sinne des Art. 30 Abs. 1 DSGVO zu führen. Das Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten liegt dem Datenschutzkonzept als Anlage G4 bei.
4. Allen Partnern obliegen die aus Art. 33, 34 DS-GVO resultierenden Informationspflichten gegenüber der Aufsichtsbehörde bzw. den von einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten Betroffenen gleichermaßen.
5. Ist eine Datenschutzfolgenabschätzung gemäß Art. 35 DS-GVO erforderlich, so wird diese von allen Partnern gemeinsam durchgeführt.
6. Alle Partner sind verpflichtet, alle im Rahmen des Vertragsverhältnisses erlangten Kenntnisse von Betriebsgeheimnissen und Datensicherheitsmaßnahmen der jeweils anderen Partei vertraulich zu behandeln.
7. Dokumentationen, die dem Nachweis der ordnungsgemäßen Datenverarbeitung dienen, sind von jedem Partner entsprechend der jeweiligen Aufbewahrungsfristen über das Vertragsende hinaus aufzubewahren.

8. Jeder Partner benennt einen Datenschutzbeauftragten. Sollte eine gesetzliche Pflicht zur Benennung nicht bestehen, wird ein Ansprechpartner mit entsprechenden Rechten und Pflichten benannt. Ein Wechsel des Datenschutzbeauftragten resp. Ansprechpartners ist den anderen Partnern unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die zum Abschluss dieser Vereinbarung gültigen Kontaktdaten des oder Datenschutzbeauftragten resp. Ansprechpartners sind in Anlage G1 dieser Vereinbarung aufgeführt.

8.2 Gewährleistung der Vertraulichkeit

1. Die Partner erklären rechtsverbindlich, dass alle mit der Datenverarbeitung beauftragten Personen vor Aufnahme der Tätigkeit zur Vertraulichkeit verpflichtet wurden, oder diese einer angemessenen gesetzlichen Verschwiegenheitsverpflichtung unterliegen.
2. Da von der Verarbeitung etwaige durch § 203 StGB geschützte Berufsgeheimnisse von der Verarbeitung betroffen sind, erklären beide Parteien rechtsverbindlich, dass alle mit der Datenverarbeitung beauftragten Personen vor Aufnahme der Tätigkeit zur Verschwiegenheit nach § 203 StGB verpflichtet wurden. Alle mit der Verarbeitung beauftragten Personen wurden darüber informiert, dass die Verschwiegenheitsverpflichtung auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit und Ausscheiden bestehen bleibt.

8.3 Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung

Alle Partner verpflichten sich, in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich die innerbetriebliche Organisation so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird. Jede Partei wird technische und organisatorische Maßnahmen zur angemessenen Sicherung der Daten vor Missbrauch und Verlust treffen, die den Anforderungen der entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechen. Diese Maßnahmen werden von den Partnern abgesprochen und vor Beginn der Verarbeitung abgestimmt. Die diesbezüglich abgestimmten zu ergreifenden bzw. bereits getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen sind im Punkt 11 des Datenschutzkonzeptes festgehalten. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen dem technischen Fortschritt und der Weiterentwicklung. Insoweit ist es jedem Partner gestattet, alternative, nachweislich adäquate Maßnahmen umzusetzen. Dabei muss sichergestellt sein, dass das vertraglich vereinbarte Schutzniveau nicht unterschritten wird. Wesentliche Änderungen sind zu dokumentieren.

8.4 Berichtigung, Beschränkung von Verarbeitung, Löschung und Rückgabe von Datenträgern

1. Während der Gültigkeit der Vereinbarung berichtigt, löscht oder sperrt ein Partner die vertragsgegenständlichen Daten nur in Abstimmung mit der jeweils anderen Partnern.
2. Sofern eine Vernichtung während der laufenden Verarbeitung vorzunehmen ist, übernimmt die Oberhavel Kliniken GmbH die nachweislich datenschutzkonforme Vernichtung von Datenträgern und sonstiger Materialien.

8.5 Datenlöschung

Automatisiert verarbeitete Projektdaten werden gelöscht, sobald sie für die Evaluationszwecke nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Abschluss des Forschungsprojekts. Betroffene können eine Löschung (Artikel 17 DS-GVO) oder eine Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Wird eine Einwilligung durch einen Betroffenen widerrufen, werden ab diesem Zeitpunkt keine weiteren Daten des Betroffenen erfasst. Schließt der Widerruf explizit Zeiten in der Vergangenheit ein, werden auch alle bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten datenschutzgerecht gelöscht bzw. vernichtet. Aufgrund eindeutiger Synonyme lassen sich auch bereits transferierte Datensätze ermitteln und löschen. Für jeden Löschvorgang bzw. Vernichtungsvorgang werden Löschungsprotokolle angefertigt.

Generell gelten für die Löschung von Daten aufgrund eines Widerrufs der Einwilligung, eines Widerspruchs in die Datenverarbeitung oder des geltend Machens des Rechts auf Datenlöschung durch einen Betroffenen folgende Fristen:

1. Datenschutzgerechte Löschung gemäß aktuellem Stand der Technik sämtlicher personenbezogener inkl. pseudonymisierter Forschungsdaten des Teilnehmers am IdA-Projekt bei den Krankenhäusern, den Krankenkassen und der AGENON GmbH unmittelbar nach Eingang des Widerrufs – spätestens innerhalb eines Monats.
2. Vernichtung personenbezogener Papierakten, die bei den Krankenhäusern und bei der AGENON GmbH für das Forschungsprojekt angelegt wurden, sind unmittelbar, spätestens innerhalb eines Monats nach Eingang des Widerrufs datenschutzgerecht gemäß DIN 66399 nach Schutzklasse 3 und Sicherheitsstufe 4 zu vernichten.

Für die Datenlöschung nach Ablauf des IdA-Projektes gelten folgende Fristen:

1. Die pseudonymisierten GKV-Routinedaten sollen gem. der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) in unveränderter Form über den gesamten Zeitraum der Sekundärdatenanalyse verfügbar sein. Somit werden die Daten mit Abgabe des Evaluationsberichts durch die AGENON GmbH gelöscht.
2. Die zusammengeführten pseudonymisierten Daten der Teilnehmer (Daten IdA-Dokumentationen der Patienten verknüpft mit GKV-Routinedaten) werden gemäß guter wissenschaftlicher Praxis nach Abschluss des Forschungsprojektes 10 Jahre lang durch die AGENON GmbH aufbewahrt (Analysedatensatz) und anschließend gelöscht.
3. Die Befragungsdaten von AGENON werden nach Abgabe des Evaluationsberichts gemäß guter wissenschaftlicher Praxis 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht. Die Fragebögen sind datenschutzgerecht gemäß DIN 66399 nach Schutzklasse 3 und Sicherheitsstufe 4 gemäß aktuellem Stand der Technik zu vernichten.
4. Die datenschutzgerechte Löschung gemäß dem jeweils aktuellem Stand der Technik sämtlicher personenbezogener inkl. pseudonymisierter Forschungsdaten aller Teilnehmer am IdA-Projekt bei den Krankenhäusern, den Krankenkassen und der AGENON GmbH erfolgt spätestens nach 10 Jahren, gerechnet ab dem Abgabezeitpunkt des Evaluationsberichtes.
5. Personenbezogene Papierakten, die bei den Krankenhäusern für das Forschungsprojekt angelegt wurden, werden ebenfalls 10 Jahre lang verschlossen aufbewahrt und anschließend datenschutzgerecht gemäß DIN 66399 nach Schutzklasse 3 und Sicherheitsstufe 4 vernichtet.

9. AUFTRAGSVERARBEITUNG

1. Jeder Partner verpflichtet sich, beim Einsatz von Auftragsverarbeitern mit diesen einen Vertrag nach Art. 28 DS-GVO abzuschließen. Vor Abschluss des Vertrages sind die anderen Partner zu informieren.
2. Jeder Partner hat das Recht, die Beauftragung eines bestimmten Auftragsverarbeiters bei Vorliegen wichtiger Gründe zu untersagen. Insbesondere die Hinzuziehung eines Markt-Wettbewerbers einer der Partner kann als wichtiger Grund in diesem Sinne verstanden werden und einen wichtigen Untersagungsgrund darstellen.
3. Ein Auftragsverarbeiter muss vertraglichen Leistungen in der Europäischen Union (EU) oder im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erbringen. Erfolgt eine Leistungserbringung durch einen Unterauftragnehmer in einem Drittland, so müssen alle Partner ihre Zustimmung hierzu erteilt haben.
4. Beim Einsatz von Auftragsverarbeitern muss der jeweilige Auftragsverarbeiter zur Gewährleistung der sich aus diesem Datenschutzkonzept ergebenden Pflichten von der den Auftragsverarbeiter beauftragenden Partei vertraglich verpflichtet werden.
5. Jeder Auftragsverarbeiter muss gewährleisten, dass beim Einsatz von Unterauftragnehmern die sich aus diesem Datenschutzkonzept ergebenden Pflichten auch bei Unterauftragnehmern erfüllt werden.
6. Jeder Auftragsverarbeiter muss einen Datenschutzbeauftragten benannt haben. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten werden allen Partnern zur Verfügung gestellt.

10. HAFTUNG

1. Alle Partner und jeder evtl. vorhandene Auftragsverarbeiter haften für den Schaden, der durch eine nicht der DS-GVO entsprechende Verarbeitung verursacht wird im Außenverhältnis gemeinsam gegenüber der jeweiligen betroffenen Person.
2. Soweit die Partner zum Schadensersatz gegenüber dem Betroffenen gemeinsam verpflichtet sind, bleibt jedem Partner der Rückgriff auf einen Auftragsverarbeiter vorbehalten.
3. Im Innenverhältnis haftet jeder Partner gegenüber den anderen Partnern für den Schaden, welcher durch die von ihm zu verantwortende Verarbeitung entstand.
4. Im Innenverhältnis zwischen den Partnern und evtl. eingesetztem Auftragsverarbeiter haftet der Auftragsverarbeiter für den durch eine Verarbeitung verursachten Schaden jedoch nur, wenn er
 - a. seinen ihm speziell durch die DS-GVO auferlegten Pflichten nicht nachgekommen ist oder
 - b. unter Nichtbeachtung der rechtmäßig erteilten Anweisungen des Auftraggebers oder gegen diese Anweisungen gehandelt hat.
5. Weitergehende Haftungsansprüche nach den allgemeinen Gesetzen bleiben unberührt. Jeder Auftragsverarbeiter muss einen Datenschutzbeauftragten benannt haben. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten werden allen Partnern zur Verfügung gestellt.

11. BESCHREIBUNG DER TECHNISCHEN UND ORGANISATORISCHEN MAßNAHMEN ZUM DATENSCHUTZ

Entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Art. 5 in Verbindung mit Art. 32 DS-GVO) werden folgende Maßnahmen getroffen, die geeignet sind, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten; diese Maßnahmen schließen gegebenenfalls unter anderem Folgendes ein:

1. die Pseudonymisierung und die Verschlüsselung personenbezogener Daten;
2. die Fähigkeit, die Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung auf Dauer sicherzustellen;
3. die Fähigkeit, die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und den Zugang zu ihnen bei einem physischen oder technischen Zwischenfall rasch wiederherzustellen;
4. ein Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung.

Grundsätzlich finden die für alle Datenverarbeitungsprozesse bei den Konsortial- und Kooperationspartnern geltenden Datenschutzkonzepte mit den darin beschriebenen technisch-organisatorischen Maßnahmen entsprechende Anwendung. Für Körperschaften des öffentlichen Rechts gelten zudem die Regelungen des Sozialgesetzbuches.

11.1 Technische und organisatorische Maßnahmen der AGENON GmbH

Die AGENON GmbH erhält und verarbeitet ausschließlich pseudonymisierte Daten der Patienten, anonymisierte Daten der Angehörigen, pseudonymisierte Daten der Mitarbeitenden bzw. Audioaufnahmen der Mitarbeitenden, Projektbeauftragten und vor- bzw. nachstationären Akteure. Eine Verknüpfung dieser Daten (Datentyp 4) mit den Datentypen 1 bis 3 erfolgt nicht.

Einwilligungserklärungen: Die Einwilligungserklärungen zur Audioaufzeichnung des Interviews mit den Projektbeauftragten sowie den Teilnehmern der Fokusgruppen werden bei der AGENON GmbH in einem abschließbaren Schrank aufbewahrt.

Evaluationsdaten: Im Rahmen der Datenverarbeitung werden alle für die Evaluation notwendigen Daten bei der AGENON GmbH auf einem gesicherten Laufwerk, auf dem die projektbezogenen Daten separat und mandantenfähig gespeichert werden, abgelegt. Den Zugang zu dem projektbezogenen Ordner auf dem Laufwerk ist nur den am Projekt beteiligten Mitarbeitern der AGENON GmbH möglich. Die zugesandten papierbasierten Fragebögen von Patienten (gesetzl. Betreuern) und Angehörigen werden bei der AGENON GmbH in einem abschließbaren Schrank aufbewahrt.

11.1.1 Vertraulichkeit

11.1.1.1 Zutrittskontrolle

Die Räumlichkeiten der AGENON GmbH sind nur deren Mitarbeitern zugänglich. Das Gebäude sowie die Räumlichkeiten der AGENON GmbH sind durch eine Schließanlage gesichert. Auch bei der AGENON GmbH haben Gäste nur nach vorheriger Anmeldung Zutritt zu den Räumlichkeiten.

11.1.1.2 Zugangskontrolle

Unbefugte werden an der Nutzung der Datenverarbeitungsanlage der AGENON GmbH durch die Authentisierung der Nutzer mittels Benutzername und Passwort gehindert. Der elektronische Zugang zu den IT-Systemen ist durch Firewall-Technologien geschützt. Zugangsdaten zur Administration und Wartung der Firewall-Dienste sind für die AGENON GmbH den verantwortlichen Mitarbeitern des Vertragspartners FS-IT Service bekannt, die jeweils als Administrator fungieren. Die Passwörter werden regelmäßig nach definierten Passwortroutinen geändert.

11.1.1.3 Mitarbeiterschulungen

Den Mitarbeitern der AGENON GmbH wird in regelmäßig stattfindenden Datenschutzschulungen der gesetzkonforme Umgang mit personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, vermittelt.

11.1.1.4 Zugriffskontrolle

Der Datenzugriff ist ausschließlich über die Softwarelösungen der AGENON GmbH möglich und nach Projekten getrennt. Die Projektdaten sind logisch und organisatorisch voneinander getrennt und unterliegen jeweils einer eigenständigen Benutzer- und Zugriffsverwaltung für die Vergabe individueller Zugriffsberechtigungen. Auf Basis eines mandantenspezifischen Rollenkonzepts werden Zugriffsberechtigungen definiert, damit personenbezogene Daten nach ihrer Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

11.1.1.5 Trennungsgebot

Bei der AGENON GmbH werden projektbezogene Daten getrennt von sonstigen Verwaltungs- und/oder anderen Projektdaten gespeichert und verarbeitet. Personenbezogene Daten aus projektbezogenen Datenerhebungen liegen im Projektordner in einem speziell gesicherten Unterordner, auf den nur autorisierte Mitarbeitende Zugriff haben. Daten mit einem besonders hohen Schutzniveau liegen auf einem eigenen virtuellen Server in jeweils separaten kryptographisch verschlüsselten Ordnern.

11.1.1.6 Weitergabekontrolle

Alle personenbezogenen Daten sind bei der AGENON GmbH auf einer verschlüsselten Festplatte gespeichert, die von einem virtuellen Server verwaltet wird. Zugriff auf die verschlüsselte Festplatte ist nur von den physischen Rechnern der mit dem Projekt betrauten Mitarbeiter möglich. Für jedes Projekt gibt es einen eigenen Container mit eigenem Passwort. Das jeweilige Passwort ist nur den am Projekt beteiligten Mitarbeitern bekannt. Für die Rohdaten bestehen nur Leserechte auf diese Daten. Die Kopie der Rohdaten zur Weiterverarbeitung kann nur der Administrator vornehmen. Der virtuelle Server ist vom Internet getrennt.

11.1.2 Integrität

11.1.2.1 Eingabekontrolle

Anwendungsseitig ist gewährleistet, dass nur autorisierte Benutzer (i.d.R. Administratoren) nachträglich feststellen können, wann und von wem personenbezogene Daten erfasst, verändert oder entfernt worden sind. Die Dokumentation erfolgt je Datensatz. Die Erfassung, Veränderung und Löschung der Datensätze sind über eine Versionsverwaltung nachvollziehbar.

11.1.2.2 Auftragskontrolle

Sowohl innerhalb des Projektes als auch in Bezug auf die innerbetrieblichen Systemadministratoren ist sichergestellt, dass alle Beteiligten über die notwendige Fachkenntnis und Sensibilisierung in Bezug auf den Datenschutz verfügen und auf das Datengeheimnis verpflichtet wurden und die technisch-organisatorischen Maßnahmen schriftlich konkret beschrieben sind. Hinsichtlich der Einschaltung sog. Auftragsverarbeiter gelten die Bestimmungen in § 7 der „Vereinbarung über eine gemeinsame Verantwortung für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 26 DS-GVO im Rahmen der Projektevaluation“.

11.1.3 Verfügbarkeit und Belastbarkeit

11.1.3.1 Verfügbarkeitskontrolle

Bei der AGENON GmbH werden zum Schutz aller personenbezogenen Daten gegen zufällige und mutwillige Zerstörung oder Verlust auf einem Backup-Server gespeichert. Die Speicherung erfolgt täglich. Über eine Archivierung ist eine Wiederherstellung der letzten sieben Tage möglich. Bei Problem oder Fehlern im Backup-Verfahren erfolgt eine automatische Benachrichtigung der Administratoren. Die implementierten Sicherungs- und Wiederherstellungsverfahren werden regelmäßig getestet. Somit wird eine schnelle Wiederverfügbarkeit der Daten gewährleistet.

11.1.4 Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung

11.1.4.1 Organisationskontrolle

Die interne Datenschutz-Organisation erfolgt durch den Leiter der IT-Abteilung und die Datenschutzbeauftragte. Die Verantwortung trägt die Geschäftsführung.

Die Standard Operation Procedures enthalten folgende Inhalte:

- Dienstanweisungen für die Mitarbeitenden zum Umgang mit personenbezogenen Daten
- Vorgehen zum Erkennen und zur unverzüglichen Meldung bei Datenschutzverletzungen
- Dienstanweisung zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Datenschutzmaßnahmen
- Verantwortlichkeit und Vorgehen bei der Führung des Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten nach Art. 30 Abs. 1 und 2 DSGVO
- Notwendigkeit und Vorgehen bei einer Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA)

Der Leiter der IT-Abteilung ist durch die Geschäftsführung angewiesen, die interne IT-Infrastruktur im Sinne datenschutzfreundlicher Voreinstellungen (Art. 25 Abs. 2 DSGVO) auszurichten. Der Nachweis der Wirksamkeit der getroffenen Datenschutz-Maßnahmen erfolgt durch die Kontrolle der Geschäftsführung und der betrieblichen Datenschutzbeauftragten und wird dokumentiert.

11.1.4.2 Verpflichtung zur Vertraulichkeit und zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen

Alle Mitarbeitenden der AGENON GmbH werden schriftlich zur Vertraulichkeit und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der DSGVO verpflichtet. Die Verpflichtung erfolgt schriftlich als Anlage zum Arbeitsvertrag und spätestens zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses eines Mitarbeitenden. Sie wird in der Personalakte verwahrt.

11.1.4.3 Transparenz

Im Rahmen einer Studieninformation und -einwilligung für Patienten und Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung zur Evaluation wird dem Transparenzgebot dadurch entsprochen, dass dargelegt wird, auf welche Weise personenbezogene Daten erhoben, verwendet, eingesehen oder anderweitig verarbeitet werden und in welchem Umfang und zu welchem Zweck diese Daten verarbeitet werden. Alle Teilnehmer haben das Recht, jederzeit eine Auskunft darüber zu erhalten, welche sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Für die Aufzeichnung der Interviews mit Projektkoordinatoren bzw. der Fokusgruppen mit den Mitarbeitenden des Krankenhauses bzw. den vor- bzw. nachstationären Akteuren sowie der Verarbeitung dieser Daten wird eine separate Einwilligungserklärung von jedem Teilnehmer eingeholt. Diese legen dar, auf welche Weise personenbezogene Daten erhoben, verwendet, eingesehen oder anderweitig verarbeitet werden und in welchem Umfang und zu welchem Zweck diese Daten verarbeitet werden. Alle Teilnehmer haben das Recht, jederzeit eine Auskunft darüber zu erhalten, welche sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Die Patienteninformation und -einwilligung wird den Patienten bzw. Betreuern vom Projektkoordinator im Krankenhaus überreicht und ist somit leicht zugänglich. Des Weiteren ist diese Patienteninformation und -einwilligung verständlich und in klarer und einfacher Sprache formuliert und klärt die Patienten bzw. die Betreuer darüber auf, wie sie ihre Rechte geltend machen können. Auch die Information und Einwilligung für die anderen Teilnehmer an der Evaluation (Mitarbeitende des Krankenhauses und Akteure der vor- bzw. nachstationären Versorgung) werden von den Mitarbeitern der AGENON GmbH in Papierform oder online übermittelt und klären über den Umgang mit den zu erhebenden Daten sowie die diesbezüglichen Rechte der Teilnehmer auf.

11.2 Technische und organisatorische Maßnahmen der Krankenhäuser

11.2.1 Vertraulichkeit

11.2.1.1 Zutrittskontrolle

Die Krankenhäuser führen für jeden am Forschungsprojekt eingeschlossenen Patienten und Angehörigen jeweils eine Papierakte. Die Papierakte umfasst die Einwilligungserklärungen, die Assessments (MMST, Barthel, CAM), die Maßnahmenpläne und die zugehörige Maßnahmendokumentation sowie ggf. Schriftverkehr. Die Akten werden in einem verschlossenen Schrank im Büro des zuständigen Projektkoordinators aufbewahrt. Einen Schlüssel zum Schrank besitzen nur die zuständigen Mitarbeiter für das Forschungsprojekt. Das Büro ist bei Abwesenheit stets verschlossen. Es gilt die Schlüsselregelung des jeweiligen Krankenhauses.

Einzelne Forschungsdaten werden digital geführt. Neben der IdA-spezifischen Dokumentation betrifft dies insbesondere Maßnahmenpläne, Protokolle von Fallbesprechungen und IdA-Abschlussberichte. Zum Zweck des Forschungsprojekts wird ein IdA-Erfassungsportal sowie ein Verzeichnis auf einem Laufwerk des Krankenhauses eingerichtet, zu dem nur die für das Projekt zuständigen Mitarbeiter des Krankenhauses sowie die Berechtigten gemäß Berechtigungskonzept einen Zugriff haben. Bezüglich des Zutritts zu den Räumlichkeiten in denen die Studiendaten digital verarbeitet werden und zu den EDV-Daten gelten die allgemeinen technischen und organisatorischen Maßnahmen des jeweiligen Krankenhauses.

11.2.1.2 Zugangskontrolle

Für den Zugang zu den digitalen Forschungsdaten gelten die allgemeinen technischen und organisatorischen Maßnahmen des Krankenhauses mit Berechtigungskonzept und Kennwortschutz.

Darüber hinaus gelten die projektspezifischen Regeln des Berechtigungskonzepts für den Zugang zu den digitalen Daten im IdA-Erfassungsportal enthaltenden Forschungsdaten (vgl. Anhang F).

11.2.1.3 Mitarbeiterschulungen

Die Mitarbeiter werden vor ihrem Dienstantritt im gesetzeskonformen Umgang mit personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, geschult.

11.2.1.4 Zugriffskontrolle

Durch die gezielte Vergabe von Benutzerrechten ist sichergestellt, dass ein Zugriff auf die digitalen Daten nur durch Berechtigte erfolgt.

Für die projektspezifische Dokumentation erhalten die Projektkoordinatoren bzw. die Studienassistenten eine Leseberechtigung für projektrelevante Informationen aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) sowie der digital oder analog geführten Patientenakten von Patienten, die in die Teilnahme am Projekt eingewilligt haben. Bezüglich des Zugangs zu diesen personenbezogenen Daten sowie den EDV-Daten gelten die allgemeinen technischen und organisatorischen Maßnahmen des jeweiligen Krankenhauses.

Der Zugriff auf die gesondert verschlossenen Papierunterlagen ist nur den befugten Mitarbeitern möglich. Es gilt die Regelung des jeweiligen Hauses. Eine datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen erfolgt über das Entsorgungssystem der jeweiligen Krankenhäuser mit speziellen Datenschutzmülltonnen oder geeignete Aktenvernichter.

11.2.1.5 Trennung

Die digitalen Forschungsdaten und die Forschungsakten werden von den stationären Patientenakten getrennt geführt.

11.2.1.6 Pseudonymisierung & Verschlüsselung

Der Datenexport aus dem IdA-Erfassungsportal erfolgt ausschließlich pseudonymisiert. Listen über Teilnehmer am Projekt und deren Pseudonym werden im Verzeichnis auf dem Laufwerk des Krankenhauses stets verschlüsselt gespeichert.

11.2.2 Integrität

11.2.2.1 Eingabekontrolle

Die papierhaften Forschungsakten sowie die digitalen Forschungsdateien werden nur von wenigen autorisierten Mitarbeitern des Krankenhauses geführt. Eintragungen in die Papierakten werden vom jeweiligen Mitarbeiter mit Datum versehen und abgezeichnet.

Bei allen Eintragungen in das IdA-Erfassungsportal werden der Nutzer und das Erfassungsdatum protokolliert.

11.2.2.2 Weitergabekontrolle

Das Krankenhaus übermittelt eine Teilnehmerliste über einen nach dem aktuellen Stand der Technik gesicherten Übertragungsweg an die Krankenkassen. Das Krankenhaus gibt die Forschungs- und Klinikdaten pseudonymisiert über einen sicheren Übertragungsweg an die AGENON GmbH weiter.

11.2.3 Verfügbarkeit und Belastbarkeit

Die digitalen Daten werden entsprechend des Sicherheitsstandards des Krankenhauses täglich gesichert. Die Papierakten lagern in Büros und Gebäuden, die mit einer Feuer- und Rauchmeldeanlage ausgestattet sind.

11.2.4 Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung

Die Krankenhäuser verfügen über ein Datenschutzkonzept mit Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung. Sämtliche Beschäftigte werden bei ihrer Einstellung auf die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datengeheimnisses verpflichtet. Die Krankenhäuser haben einen Datenschutzbeauftragten bestellt und Dienstanweisungen für Beschäftigte zum Umgang mit personenbezogenen Daten erstellt. Eine Dienstanweisung regelt, das Erkennen und die unverzügliche Meldung von Datenschutzverletzungen. Es ist ein Prozess zur Durchführung von Datenschutz-Folgenabschätzungen (DSFA) etabliert an dem u.a. der Datenschutzbeauftragte und ein Mitarbeiter der IT-Abteilung teilnehmen. Etablierte und dokumentierte Prozesse stellen sicher, dass Anfragen von Betroffenen fristgemäß bearbeitet werden. Es gibt ein Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten i.S.d. Art. 30 Abs. 1 und 2 DSGVO, das dem Datenschutzkonzept als Anlage G4 beiliegt. Ein Datenschutzmanagementsystem (DSMS) ist implementiert.

11.3 Maßnahmen der Krankenkassen

11.3.1 Vertraulichkeit

Zugriffsrechte auf die Daten (Teilnehmerliste, Sozialdaten) werden für jeden Mitarbeiter in Abhängigkeit von der Arbeitsaufgabe vergeben. Es ist ein restriktiver Datenzugriff entsprechend der einzelnen Verarbeitungsschritte sichergestellt.

Es werden nur Funktionalitäten und Daten zur Verfügung gestellt, die für die Erfüllung der jeweiligen Arbeitsaufgabe erforderlich sind: Die Teilnehmerliste wird datenschutzkonform über einen gesicherten Übertragungsweg an die jeweilige Krankenkasse übermittelt. Der Empfang der Teilnehmerliste erfolgt durch eine entsprechend autorisierte Person. Die Pseudonymisierung der KV-Nummern erfolgt über eine interne Vertrauensstelle bzw. maschinell/manuell über den zuständigen Mitarbeiter. Bei der Pseudonymisierung wird die strikte Trennung der pseudonymisierten Daten von den identifizierenden Angaben gewährleistet. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist nur der Vertrauensstelle bzw. dem zuständigen Mitarbeiter bekannt. Der für die Datenselektion autorisierte Mitarbeiter nimmt den Datenabzug in der Datenbank auf Basis dieser Pseudonyme vor. Die Original-KV-Nummern sind aus dieser Datenbank entfernt.

Die Teilnehmerlisten werden nach Beendigung des Projektes gelöscht. Das sichere Löschen der Teilnehmerliste nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist wird gewährleistet.

Die Sozialdaten werden so lange aufbewahrt, wie die Krankenkasse diese Daten zur Sicherstellung und Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags benötigt.

Es gilt ferner der Grundsatz aus §84 Abs 2 SGB X, nach dem Sozialdaten dann zu löschen sind, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen von Betroffenen beeinträchtigt werden.

11.3.2 Integrität

Die interne Weitergabe von Daten erfolgt nur auf der Grundlage eindeutiger Weisungen des für die Verarbeitungstätigkeit Verantwortlichen an berechnigte Empfänger

Die Weitergabe von Daten an externe Datennehmer (hier: Evaluator) erfolgt ausschliesslich pseudonymisiert und nur auf der Grundlage eindeutiger gesetzlicher und vertraglicher Regelungen an berechnigte Empfänger.

Rechtsgrundlage sind die durch den Innovationsfonds verpflichtende Auswertung und Begleitung des Vorhaben (§§ 92a und 92b SGB V), der Selektivvertrag der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V sowie die durch die Krankenkassen zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Sozialdaten, die für die Evaluation erforderlich sind, werden ausschließlich in pseudonymisierter Form der AGENON GmbH und nur nach vorheriger Einwilligung des jeweiligen Versicherten zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wird vor Umsetzung einer Datenübermittlung die Genehmigung zur Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung gemäß § 75 SGB X für das Projekt IdA bei den zuständigen Aufsichtsbehörden (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) bzw. Bundesamt für soziale Sicherung (BAS)) eingeholt.

Für jede Weitergabe werden Kommunikationspartner, Wege und Verfahren der Übermittlung eindeutig festgelegt.

Die Weiterleitung der Daten zum Evaluator erfolgt unter Verwendung von geeigneten kryptographischen Sicherheitsmechanismen (Verschlüsselung) nach dem Stand der Technik entsprechend vorab abgestimmter und datenschutzkonformer Vorgaben über einen gesicherten Übermittlungsweg.

11.3.3 Weitere allgemeine Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes

Organisationskontrolle: Jeder Mitarbeitende wird vor Aufnahme seiner Tätigkeit unter anderem gemäß den geltenden Datenschutzregelungen und Regularien des SGB V auf die Einhaltung des Datenschutz verpflichtet. Darüber hinaus sind alle Mitarbeitenden verpflichtet, einmal jährlich eine Weiterbildung zum Thema Datenschutz durchzuführen.

Zutrittskontrolle: Der Zutritt zu den Dienstgebäuden ist, mit Ausnahme der explizit dazu vorgesehenen Räumlichkeiten für Kunden, ausschließlich Mitarbeitenden gestattet. Die Zugangskontrolle wird dabei über entsprechende Schließkonzepte sichergestellt. Jeglicher weitere Zutritt ist nur nach vorheriger Einladung und in Begleitung gestattet.

Zugangskontrolle: Unbefugte werden an der Nutzung der Datenverarbeitungsanlage durch die Authentisierung der Nutzer mittels Benutzername und Passwort gehindert. Der elektronische Zugang zu den IT-Systemen ist durch Firewall-Technologien geschützt. Zugangsdaten zur Administration und Wartung

der Firewall-Dienste sind den verantwortlichen Mitarbeitern des Vertragspartners gkvi bekannt, die jeweils als Administrator fungieren. Die Passwörter werden regelmäßig nach definierten Passwortroutinen geändert. Darüber hinaus erhält jeder Mitarbeitende nur die Zugriffsrechte, die für die Umsetzung seiner Tätigkeit zwingend erforderlich sind.

Zugriffskontrolle: Ein Zugriff auf die Daten ist ausschließlich über entsprechend zertifizierte und berechtigte Softwarelösungen möglich. Auf Basis eines spezifischen Rollenkonzepts werden Zugriffsberechtigungen definiert, damit personenbezogene Daten nach ihrer Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

Weitergabekontrolle: Daten werden ausschließlich in pseudonymisierter Form und nach vorheriger Aufklärung und Einwilligung durch den Versicherten weitergegeben. Eine Weitergabe von Sozialdaten an Dritte zu wissenschaftlichen Zwecken erfolgt nur nach vorheriger Anzeige gemäß § 75 SGB X und Genehmigung der Weitergabe durch die zuständige Behörde. Die jeweils für die Weiterverarbeitung der Daten eingebundenen Dritten werden darüber hinaus hinsichtlich der Gewährleistung des Datenschutzes im notwendigen Umfang geprüft.

12. MITGELTENDE UNTERLAGEN

- Konzept IdA-Erfassungsportal
- Evaluationskonzept
- Konzeptuelle Risikobetrachtung DSFA (Datenschutzfolgeabschätzung)
- Selektivvertrag AOK nebst Anlagen

Anlage 23

Konzept IdA-Erfassungsportal

Konzeptionierung des Portals zur Erfassung der projekt-spezifischen Dokumentation im Projekt „IdA - interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung-sektorübergreifend“ (IdA)

Erstellungsdatum 06.01.2020

Letzte Änderung..... 03.03.2025

Version..... 3.0

Version

Bearbeiter	Datum	Version	Kommentar
Roman Wackernagel	06.01.2020	1.0	Erstellung
Roman Wackernagel	11.03.2020	1.0.1	Überarbeitung nach Implementation Version 1.0.0
Roman Wackernagel	02.04.2020	2.0	Beschreibung Anforderungen Version 2.0
Roman Wackernagel	31.08.2020	2.1	Beschreibung Anforderungen Version 2.1
Roman Wackernagel	24.03.2021	3.0	Beschreibung Anforderungen Version 3.0

Freigabe

Freigeber/Abteilung	Version	Datum	Kommentar	Unterschrift
Roman Wackernagel Klinikum Niederlausitz	1.0	28.01.2020	Freigabe	
Simone Freitag Oberhavel Kliniken GmbH	1.0	28.01.2020	Freigabe	
Roman Wackernagel Klinikum Niederlausitz	2.0	08.05.2020	Freigabe Version 2.0	
Simone Freitag Oberhavel Kliniken GmbH	2.0	13.05.2020	Freigabe Version 2.0	
Roman Wackernagel Klinikum Niederlausitz	2.1	12.10.2020	Freigabe Version 2.1	
Simone Freitag Oberhavel Kliniken GmbH	2.1			
Roman Wackernagel Klinikum Niederlausitz	3.0	23.04.2021	Freigabe Version 3.0	
Simone Freitag Oberhavel Kliniken GmbH	3.0	23.04.2021	Freigabe Version 3.0	

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung und Ziele	7
1.1	Ist-Zustand	7
1.2	Fachliche Aufgabenstellung	7
1.3	Technische Einflussfaktoren	7
1.4	Zieldefinition, Abgrenzungen und Gründe des Projekts	7

2	Definitionen.....	8
2.1	Stakeholder	8
2.2	Beteiligte Akteure.....	8
2.3	Begriffsdefinitionen	8
3	Prozessbeschreibung	9
4	Nicht-Funktionale Anforderungen.....	9
5	Funktionale Anforderungen	10
5.1	Authentifizierung und Berechtigung.....	10
5.1.1	AD-Gruppen.....	10
5.2	Status.....	10
5.2.1	Offen	10
5.2.2	Entlassen	10
5.2.3	Abgeschlossen	10
5.2.4	Abgelehnt	10
5.2.5	Abgebrochen	10
5.3	Vergabe des internen Kennzeichens.....	11
5.4	Startseite	11
5.5	Erhebungsdaten erfassen	11
5.5.1	Formular für die Erfassung der Stammdaten	12
5.5.2	Formular für das IdA-Eingangsassessment	14
5.5.3	Formular für die Bedarfsermittlung.....	17
5.5.4	Formular für die Bedarfsanpassung	20
5.5.5	Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte)	21
5.5.6	Formular für die Entlassung.....	30
5.5.7	Formular für den vorzeitigen Abbruch.....	32
5.5.8	Formular für die Verlegung	33
5.6	Änderungshistorie	33
5.7	Reports.....	33
5.7.1	Monitoring der Fallzahlen	33
5.7.2	Monitoring der Konsile	34
5.7.3	Monitoring der Gründe „Patient nicht für IdA geeignet“	34
5.8	Import	34
5.8.1	Import der Medikamente	34
5.9	Export.....	35
5.9.1	Export der Zuordnung Fallnummer – interne Kennzeichen.....	35
5.9.2	Export für AGENON	35
5.9.3	Export für Krankenkasse.....	44
5.10	Navigation	44
5.11	Listenansichten	44
5.11.1	Anzahl der Beiträge/Paging.....	44

5.11.2	Sortierung.....	44
5.11.3	Filterung.....	45
5.11.4	Suche	45
6	Design.....	45
7	Berechtigungen.....	45
8	Abbildungen	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erfassungsprozess.....	46
Abbildung 2: Entwurf Startseite	47
Abbildung 3: Entwurf Erfassung Stammdaten	47
Abbildung 4: Farbwerte	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht technische Einflussfaktoren.....	7
Tabelle 2: Übersicht Beteiligte Akteure	8
Tabelle 3: Übersicht Begriffsdefinitionen.....	9
Tabelle 4: Übersicht der AD-Gruppen.....	10
Tabelle 5: Übersicht der Präfixe der Kennzeichen	11
Tabelle 6: Felder für die Übersicht auf der Startseite	11
Tabelle 7: Felder für das Formular für die Erfassung der Stammdaten	14
Tabelle 8: Schaltflächen für das Formular für die Erfassung der Stammdaten	14
Tabelle 9: Felder für das Formular des IdA-Eingangsassessments	16
Tabelle 10: Schaltflächen für das Formular des IdA-Eingangsassessments.....	17
Tabelle 11: Felder für das Formular der Bedarfsermittlung	20
Tabelle 12: Schaltflächen für das Formular der Bedarfsermittlung.....	20
Tabelle 13: Felder für das Formular der Bedarfsanpassung.....	21
Tabelle 14: Schaltflächen für das Formular der Bedarfsanpassung.....	21
Tabelle 15: Felder für das Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte).....	29
Tabelle 16: Felder für das Formular für die Erfassung der Medikation	30
Tabelle 17: Schaltflächen für das Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte)	30
Tabelle 18: Felder für das Formular für die Entlassung	31
Tabelle 19: Schaltflächen für das Formular für die Entlassung.....	31
Tabelle 20: Felder für das Formular für den vorzeitigen Abbruch	32
Tabelle 21: Schaltflächen für das Formular für den vorzeitigen Abbruch.....	33
Tabelle 22: Felder für das Formular für die Verlegung.....	33
Tabelle 23: Schaltflächen für das Formular für die Verlegung	33
Tabelle 24: Felder für das Formular der Änderungshistorie	33
Tabelle 25: Felder für das Formular des Exports	35
Tabelle 26: Schaltflächen für das Formular des Exports.....	35
Tabelle 27: Übersicht der exportieren Daten bei abgelehnten Fällen	36
Tabelle 28: Übersicht der exportieren Daten bei abgebrochenen Fällen	36
Tabelle 29: Übersicht der exportieren Daten bei abgeschlossenen Fällen	37
Tabelle 30: Übersicht Berechtigungen	45

1 Einführung und Ziele

Dieses Dokument beschreibt die funktionalen Anforderungen an das Portal für die Erfassung der IdA-Daten im Rahmen dieses Projekts. Das Portal soll gekapselt in mehreren Kliniken eingesetzt werden. Es soll den Projektkoordinatoren und Projektbeauftragten dienen, erhobene Daten zu dokumentieren und zu kontrollieren. Es soll für Administratoren die Möglichkeit bestehen, einen pseudonymisierten Export zu erzeugen.

1.1 Ist-Zustand

Gesundheitsdaten werden in den Krankenhausinformationssystemen erfasst. Eine besondere Erfassung der Daten von demenzerkrankten Patienten erfolgt bisher nicht im erforderlichen Umfang. Darüber hinaus ist eine Trennung und separate Löschung dieser Daten im KIS nicht umsetzbar. Auf Grundlage der „IT-Anforderungen“-Excel vom 21.01.2020 und dem „2020-04-06 Anforderungskatalog“-Word wurde die Konzeptionierung erstellt.

1.2 Fachliche Aufgabenstellung

Die wichtigsten funktionalen Anforderungen an das IdA-Portal sind:

- Erfassung von Stammdaten
- Erfassung von Daten bei der Patientenaufnahme
- Erfassung von Daten während des Aufenthalts
- Entlassung oder vorzeitiger Abbruch des Falls
- Bedarfsermittlung
- pseudonymisierten Export der Daten
- Berechtigungsvergabe über AD-Gruppen (Active Directory)

1.3 Technische Einflussfaktoren

Folgende technische Einflussfaktoren wirken auf den Bedarfsantrag:

Einflussfaktor	Beschreibung
Server-Infrastruktur	min. Windows Server 2012 R2, IIS 8, .NET Framework 4.7, Web-Deploy-Tool
Client-Infrastruktur	Internet Explorer 11
Umsetzung	MVC-Anwendung
Datenhaltung	min. MSSQL-Datenbank 2014
Active Directory	Benutzerverwaltung, IIS Application Pool Nutzer muss lesenden Zugriff auf das AD haben

Tabelle 1: Übersicht technische Einflussfaktoren

1.4 Zieldefinition, Abgrenzungen und Gründe des Projekts

Es soll ein Portal zur Erfassung von IdA-Daten bereitgestellt werden, in denen die Projektkoordinatoren Daten zu den Patienten erfassen. Jeder Patient/Eintrag soll auch nach dem Export im System für die Auswertbarkeit erfasst bleiben.

Folgende Anforderungen sind nicht Bestandteil des Portals/Systems/Konzepts:

- revisionssichere Archivierung
- Umstrukturierung der Eingabeformulare aus der Oberfläche heraus
- Datenübertragung an Krankenkassen oder AGENON
- Datenschutzkonzept

-

2 Definitionen

2.1 Stakeholder

Folgende Stakeholder wurden definiert.

Beteiligte Kliniken:

- Oberhavel Kliniken GmbH
- Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
- Klinikum Niederlausitz GmbH

Evaluation:

- AGENON GmbH

Projektmanagement:

- Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH

Projektleitung:

- Frau Dr. Freitag – Oberhavel Kliniken GmbH

Qualifizierung:

- Klinikum Campus GmbH

Krankenkassen:

- Bahn-BKK
- AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
- Knappschaft

Alle eindeutig authentifizierten Projektkoordinatoren und Projektbeauftragten der Kliniken und berechnigte Mitarbeiter sollen mit dem System arbeiten. Die Klinikum Campus GmbH arbeitet als Schulungsanbieter mit dem System. Die AGENON GmbH steht nicht im direkten Bezug zum System. Ihr werden die Daten als Export aus dem System zur Verfügung gestellt. Durch die AGENON GmbH in den beteiligten Kliniken eingesetzte Studynurses arbeiten nur mit dem Portal in der Version 1.0.1 und sind daher nicht weiter Bestandteil dieses Konzepts.

2.2 Beteiligte Akteure

Innerhalb des Portals wurden folgende Akteure identifiziert.

Die Konzeption meint Frauen und Männer gleichermaßen, auf Grund von Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet.

Akteur	Beschreibung
Administrator	Mitarbeiter einer Klinik mit erhöhten Berechtigungen.
Projektkoordinator	Authentifizierter Mitarbeiter einer Klinik.
Projektbeauftragter	Authentifizierter Mitarbeiter einer Klinik.

Tabelle 2: Übersicht Beteiligte Akteure

2.3 Begriffsdefinitionen

Folgende Begrifflichkeiten werden definiert:

Begriff	Erläuterung
AD	Active Directory - Benutzerverwaltungssystem
Visual Studio	Entwicklungsumgebung/-tool
Team Foundation Server	Quellcodeverwaltungs- und Anforderungsmanagement-System
IdA	interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

Tabelle 3: Übersicht Begriffsdefinitionen

3 Prozessbeschreibung

Zuerst muss angegeben werden, ob der Patient für IdA geeignet ist. Danach wird der 6CIT erfasst und anschließend die Patienteneinwilligung hinterlegt. Folglich ist es möglich, einen Fall vorzeitig abzubrechen. Dazu muss der Fall nach der Eingabe von „Geeignet für IdA“, „6CIT“ und „Patienteneinwilligung“ zwischengespeichert werden.

Nach der Eingabe der oben stehenden Informationen wird der Patient im Portal manuell mit den Stammdaten erfasst (keine Synchronisation aus dem KIS). Sobald die Daten eingegeben wurden, kann das Eingangsassessment erfasst werden.

Erst nachdem das Eingangsassessment abgeschlossen wurde, findet die Bedarfsermittlung statt. Während der Bedarfsermittlung kann der Fall vom System vorzeitig abgebrochen werden. Über die Bedarfsanpassung können einzelne Daten der Bedarfsermittlung neu erfasst werden.

Ebenso kann die IdA-Akte mit den wiederkehrenden Eingaben/Merkmalen erfasst werden. Anhand des Datums werden die benötigten Merkmale eingetragen.

Nach der vollständigen Erfassung des Eingangsassessments kann der Patient entlassen, somit der Fall abgeschlossen werden.

Nach einem Abbruch, einer Ablehnung oder Entlassung kann ein Fall auch wieder aufgenommen (reaktiviert) werden und anschließend können alle erfassten Merkmale wieder bearbeitet werden.

Eine kurze, grafische Darstellung ist in Abbildung 1: Erfassungsprozess zu finden.

4 Nicht-Funktionale Anforderungen

Das Portal muss nicht hochverfügbar sein und von der Geschwindigkeit dem heutigen Standard entsprechen. Daher reicht es aus, das Portal auf einem Server zu betreiben. Damit die Wartbarkeit und Updatefähigkeit gegeben sind, muss das Portal parallel auf einem Testserver eingerichtet werden. Es findet keine revisionssichere Archivierung statt.

Durch die AD-Anbindung ist eine eindeutige Berechtigungsvergabe über AD-Gruppen möglich und soll so umgesetzt werden.

Die Mitarbeiter der Kliniken arbeiten mit dem Internet Explorer 11, die Funktionalitäten müssen für diesen Browser optimiert sein. Um eindeutige und richtige Daten zu speichern, müssen Pflichtfelder validiert/überprüft werden.

Als Entwicklungsumgebung soll Visual Studio mit der Programmiersprache C# in Verbindung mit dem Team Foundation Server genutzt werden.

Das Portal soll in den Kliniken zwei Mal betrieben werden, um die Datenerfassung von Studynurses und Projektkoordinatoren getrennt zu erfassen. Dabei wird die Version 1.0.1 der Konzeption für die Studynurses als Portal bereitgestellt und bestehende Daten nicht migriert. Weitere Versionen werden nur in dem Portal der Projektkoordinatoren installiert. Daten, die vor der Version 2.0 des Konzepts erhoben wurden, werden nicht migriert. Der Datenbestand des Portals der Projektkoordinatoren wird mit Start der Version 2.0 manuell von den einzelnen Kliniken zurückgesetzt.

Für die Version 3.0 muss ein neues Portal (Url, Datenbank) zur Verfügung gestellt werden, damit keine bestehenden Daten aus den vorherigen Versionen beeinträchtigt werden.

5 Funktionale Anforderungen

5.1 Authentifizierung und Berechtigung

Die Authentifizierung erfolgt als Single Sign-on durch die Integration der Windowsanmeldedaten. Berechtigungen für die einzelnen Akteure werden anhand AD-Gruppen (5.1.1 AD-Gruppen) vorgenommen und können im AD verwaltet werden. Die AD-Gruppen sind im System fest hinterlegt. Öffnet der Mitarbeiter das Portal, muss geprüft werden, welchen AD-Gruppen er angehört und auf welche Funktionen er damit Zugriff hat.

5.1.1 AD-Gruppen

In der folgenden Übersicht ist die Zuordnung der im Portal beteiligten Akteure zur AD-Gruppe hinterlegt.

Akteur	AD-Gruppe
Administrator	IdA-Administrator
Projektkoordinator, Projektbeauftragter	IdA-Projektmitarbeiter

Tabelle 4: Übersicht der AD-Gruppen

5.2 Status

Der Fall kann folgende Status besitzen:

- Offen
- Entlassen
- Abgeschlossen
- Abgelehnt
- Abgebrochen

5.2.1 Offen

Der Fall wurde im Portal erfasst und noch nicht abgeschlossen oder abgelehnt. „Offen“ ist der Eingangsstatus nach der Erfassung des Patienten.

5.2.2 Entlassen

Der Fall wurde durch die Entlassung des Patienten abgeschlossen. Daten können aber weiterhin erfasst werden. Fälle können erst entlassen werden, wenn das Eingangsassessment und die Bedarfsermittlung vollständig durchgeführt wurden.

5.2.3 Abgeschlossen

Fälle in diesem Status können nicht mehr bearbeitet werden und müssen erst für die Bearbeitung reaktiviert werden. Fälle können nur im Status „Entlassen“ abgeschlossen werden.

5.2.4 Abgelehnt

Der Fall wurde abgelehnt, beispielweise weil der Patient nicht für IdA geeignet ist. Fälle können in diesem Status nicht mehr bearbeitet werden und müssen erst für die Bearbeitung reaktiviert werden.

5.2.5 Abgebrochen

Der Patient beendet die Projektteilnahme nicht per Entlassung, sondern aufgrund sonstiger, definierter Gründe. Fälle können erst abgebrochen werden, nachdem die Felder „Geeignet für IdA“, „6CIT“ und „Patienteneinwilligung“ ausgefüllt wurden. Fälle in diesem Status können nicht mehr bearbeitet werden und müssen erst für die Bearbeitung reaktiviert werden.

5.3 Vergabe des internen Kennzeichens

Jeder Eintrag bekommt im Portal ein eindeutiges, fortlaufendes Kennzeichen. Das Kennzeichen wird automatisch durch das Portal beim Absenden der Stammdaten gesetzt. Werden Einträge aus dem System/Datenbank gelöscht, werden die Kennzeichen nicht aufgefüllt.

Das interne Kennzeichen ist wie folgt definiert: [Präfix]-[fünfstellige, fortlaufende Nummer]

Beispiel: 01-00001

Dabei ist das Präfix ein Konfigurationsparameter in der Datenbank, welches sich für jede Klinik unterscheidet.

Präfix	Klinik
01	Oberhavel Kliniken GmbH
02	Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
03	Klinikum Niederlausitz GmbH

Tabelle 5: Übersicht der Präfixe der Kennzeichen

5.4 Startseite

Die Startseite ist der Einstieg ins Portal (Abbildung 2: Entwurf Startseite). Die Koordinatoren sehen eine tabellarische Übersicht der erfassten Patienten. Die Seite verfügt über eine Such-, Sortier- und Filterfunktion, die alle Patienten nach den ausgewählten Kriterien darstellt.

Feldbezeichnung	Beschreibung
Fallnummer mit Link auf die Detailseite	eindeutige Fallnummer aus dem KIS
Kennzeichen	internes IdA-Kennzeichen des Falls absteigend nach Kennzeichen sortiert
Name, Vorname	Name und Vorname des Patienten
Aufnahmedatum	Aufnahmedatum des Patienten
Standort	Klinikstandort des Patienten
Stationsnummer	Station des Patienten
Fachbereich	Fachbereich des Patienten
Status	Aktueller Status des Falls

Tabelle 6: Felder für die Übersicht auf der Startseite

5.5 Erhebungsdaten erfassen

Das Portal muss dem Koordinator die Möglichkeit bieten, ein Erhebungsdatum zum Patienten zu erfassen. Die Erfassung besteht aus folgenden Schritten:

1. Formular für die Erfassung der Stammdaten
2. Formular für das IdA-Eingangsassessment
3. Formular für Formular für die Bedarfsermittlung
4. Formular für die Bedarfsanpassung
5. Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte)
6. Formular für die Entlassung
7. Formular für den vorzeitigen Abbruch

8. Formular für die Verlegung

Die Formulare sollen ergonomisch und platzsparend aufgebaut sein. Das heißt, dass nicht alle Felder flach untereinanderstehen müssen, sondern auch sinnvoll nebeneinander angeordnet sein können. Die Inhalte der Felder der Formulare können bearbeitet werden, solange der Status nicht „abgeschlossen“, „abgelehnt“ oder „abgebrochen“ ist.

Wichtig:

Das Datum der Erhebung wird vom Koordinator hinterlegt und ist mit dem aktuellen Datum vorausgefüllt. Das Datum der Dokumentation wird beim Speichern der Formulare vom System gesetzt.

Beim Verlassen einer Seite über den „Zurück“-Button soll eine Sicherheitsabfrage angezeigt werden, damit eingegebene Werte nicht „ausversehen“ gelöscht werden. Es wird beim Speichern/Ändern eines Falls immer der aktuelle Nutzer in einer Historie gespeichert.

5.5.1 Formular für die Erfassung der Stammdaten

In Form eines Formulars werden die folgenden Angaben vom Koordinator abgefragt (Abbildung 3: Entwurf Erfassung Stammdaten).

Das Formular wird in folgender Reihenfolge ausgefüllt:

- Der Koordinator klickt auf Fall erfassen und die Seite wird angezeigt. Er muss angeben, ob der Patient für IdA geeignet ist. Wenn der Koordinator einträgt, dass der Patient nicht geeignet ist, wird der Fall abgelehnt. Wenn er geeignet ist, wird das Formular weiter ausgefüllt.
- Der Wert und das Erhebungsdatum des 6CIT müssen eingegeben werden. Ist der Wert kleiner 8, wird der Fall abgelehnt. Ist er größer oder gleich 8, wird das Formular weiter ausgefüllt.
- Es muss die Patienteneinwilligung eingegeben werden. Hat der Patient nicht zur Teilnahme an IdA eingewilligt, wird der Fall abgelehnt. Hat der Patient oder der sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt, werden die restlichen Felder der Stammdaten ausgefüllt.

Sobald die Erfassung der Stammdaten erfolgreich abgeschlossen wurde, kann das Eingangsassessment aufgerufen werden.

Nachdem die Stammdaten und das Eingangsassessment erfolgreich abgeschlossen wurden, können die IdA-Akte und die Bedarfsermittlung erfasst werden. In einer Übersicht werden alle erfassten Daten mit Datum aufgelistet. Mit dem Klick auf ein Datum wird die IdA-Akte des Datums geöffnet.

Daten der Bedarfsanpassung werden als Übersicht anhand des Datums aufgelistet. Mit dem Klick auf ein Datum wird die jeweilige Bedarfsanpassung geöffnet.

Das Formular soll nach dem „Prüfen und Speichern“ nur noch für Administratoren bearbeitbar sein. Andere Rollen können das Formular nicht mehr bearbeiten.

Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Institutskennzeichen	Text - readonly	IK der Klinik, in Datenbank konfigurierbar	ja
Internes Kennzeichen	Text - nicht sichtbar	wird vom System beim Speichern ausgefüllt	ja
Patient ist für IdA geeignet	Auswahl	(1) Ja (2) Nein Wenn „Nein“ wird nur noch das Feld „Ausschlussgründe“ ausgefüllt und dann der Fall nach dem Speichern abgelehnt. Alle nachfolgenden Felder werden ausgeblendet.	ja
Warum ist der Patient nicht für IdA geeignet? (Ausschlussgründe)	Auswahl	Sichtbar, wenn „Nein“ bei „geeignet für IdA“ ausgewählt wurde. (1) unzureichende Deutschkenntnisse	ja

		(2) geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt (3) kritischer Gesundheitszustand (prefinal oder infektiös) (4) Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie (5) Corona-bedingter Ausschluss (6) Patient mehrfach nicht angetroffen (7) kein Kontakt zu gesetzlichem Vertreter möglich (8) 72h Frist kann nicht eingehalten werden (9) 6CIT verweigert (10) Verlegung aus anderem Krankenhaus (11) Sonstiges	
Sonstige Ausschlussgründe	Text	Freitextfeld Sichtbar, wenn Sonstiges bei Auswahlgründe ausgewählt wurde	nein
Erhebungsdatum geeignet für IdA	Datum	Datum der Erhebung der Eignung von IdA und Ausschlussgründe	ja
Ergebnis 6CIT	Zahl	Wert kleiner 8 – Fall ablehnen Wert ab 8 bis 29 – Weitere Daten werden angezeigt Wert = 29 – kognitive Einschränkungen zu groß	ja
Erhebungsdatum 6CIT	Datum	Datum der Erhebung des 6CIT	ja
Hat der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter in die Teilnahme am IdA-Projekt eingewilligt?	Auswahl	(1) Ja, Patient hat selbst eingewilligt. (2) Ja, gesetzlicher Vertreter hat eingewilligt. (3) Nein Wenn „nein“, wird der Fall nach dem Speichern abgelehnt. Alle nachfolgenden Felder werden ausgeblendet.	ja
Erhebungsdatum Patienteneinwilligung	Datum	- Datum der Erhebung der Patienteneinwilligung - Einwilligungsdatum für den Export für die Krankenkasse	ja
Name der Krankenkasse	Auswahl	in Datenbank konfigurierbar	ja
Fallnummer	Text		ja
Geschlecht	Auswahl	weiblich, männlich, divers	ja
Name	Text		ja
Vorname	Text		ja
Geburtsjahr	Zahl		ja
PLZ	Text		ja
Aufnahmedatum und Aufnahmezeit	Datum und Uhrzeit		ja
Aufnahmedatum teilnehmende Station	Datum		ja
Standort	Auswahl	in Datenbank konfigurierbar	ja
Stationsnummer	Text		ja

Fachbereich	Text		ja
Versichertennummer	Text		ja

Tabelle 7: Felder für das Formular für die Erfassung der Stammdaten

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Zwischenspeichern	Speichert die Daten zwischen.	Erfassung Stammdaten
Prüfen und Speichern	Validiert die Daten, prüft den weiteren Verlauf des Falls und speichert die Daten.	Erfassung Stammdaten
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Startseite
Eingangsassess- ment erfassen/ einsehen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status/Prozessstand	Eingangsassess- ment
IdA-Akte erfassen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status/Prozessstand	IdA-Akte
Bedarfsermittlung erfassen/einsehen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status/Prozessstand	Bedarfsermittlung
Bedarfsanpassung erfassen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status/Prozessstand	Bedarfsanpassung
Entlassen/Entlassung einsehen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status/Prozessstand	Entlassung
Verlegung	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status/Prozessstand	Verlegung
Fall löschen	Löscht alle Daten des ausgewählten Falls. Vorher erscheint eine Sicherheitsabfrage. Nur für Administratoren.	Startseite
Reaktivieren	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status (abgelehnt, abgebrochen, abgeschlossen) /Prozessstand Setzt den Status des Falls auf offen. Vorher erscheint eine Sicherheitsabfrage.	Erfassung Stammdaten
vorzeitiger Abbruch/ vorzeitiger Abbruch einsehen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status (offen/abgebrochen) /Prozessstand Öffnet das Formular für den Abbruch.	Vorzeitiger Abbruch
Abschließen	ein-/ausgeblendet in Abhängigkeit vom Status (entlassen) /Prozessstand Setzt den Status auf abgeschlossen. Vorher erscheint eine Sicherheitsabfrage.	Startseite

Tabelle 8: Schaltflächen für das Formular für die Erfassung der Stammdaten

5.5.2 Formular für das IdA-Eingangsassess- ment

Nachdem die Stammdaten erfasst wurden, werden in Form eines Formulars die folgenden Angaben vom Koordinator abgefragt.

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Erhebungs- datum Bar- thel-Index	Erhebungsdatum Bar- thel-Index	Datum	Datum der Erhebung des Barthel-Index	ja

Barthel-Index durchgeführt	Konnte der Barthel-Index durchgeführt werden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, aufgrund des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung nicht möglich (3) Nein, Mitwirkung verweigert Wurde (2) oder (3) ausgewählt, werden nachfolgende Felder zum Barthel-Index nicht angezeigt.	ja
Barthel-Index	Ergebnis des Barthel-Index	Zahl	Sichtbar, wenn „Ja“ bei „Barthel-Index durchgeführt“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „Ja“ bei Barthel-Index durchgeführt
Vollständigkeit Barthel-Index	Konnte der Barthel-Index vollständig ausgeführt werden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, nur unvollständig Sichtbar, wenn „Ja“ bei „Barthel-Index durchgeführt“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „Ja“ bei Barthel-Index durchgeführt
Barthel-Index ausgelassene Aufgaben	Welche Aufgaben wurden ausgelassen?	Text	Sichtbar, wenn „Nein, nur unvollständig“ bei „Vollständigkeit Barthel-Index“ ausgewählt wurde. Hinweis: Eingabe von Zahlen, durch Semikolon (;) getrennt	ja, wenn „nein“ bei „Vollständigkeit Barthel-Index“
Störungsfreiheit der Durchführung Barthel-Index	Barthel-Index konnte störungsfrei durchgeführt werden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, musste unterbrochen werden (3) Nein, mit Störung durchgeführt Sichtbar, wenn „Ja“ bei „Barthel-Index durchgeführt“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „Ja“ bei Barthel-Index durchgeführt
Erhebungsdatum MMST	Erhebungsdatum MMST	Datum	Datum der Erhebung MMST	ja
MMST durchgeführt	Konnte der MMST durchgeführt werden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, aufgrund des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung nicht möglich (3) Nein, Mitwirkung verweigert Wurde (2) oder (3) ausgewählt, werden nachfolgende Felder zum MMST nicht angezeigt.	ja
MMST	Ergebnis des MMST	Zahl	Sichtbar, wenn „Ja“ bei „MMST durchgeführt“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „Ja“ bei MMST

				durchgeführt“
Vollständigkeit MMST	Konnte MMST vollständig ausgeführt werden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, nur unvollständig Sichtbar, wenn „Ja“ bei „MMST durchgeführt“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „Ja“ bei MMST durchgeführt“
MMST ausgelassene Aufgaben	Wie viele Aufgaben wurden ausgelassen?	Zahl	Sichtbar, wenn „Nein, nur unvollständig“ bei „Vollständigkeit MMST“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „nein“ bei „Vollständigkeit MMST“
Störungsfreiheit der Durchführung MMST	MMST konnte störungsfrei durchgeführt werden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, musste unterbrochen werden (3) Nein, mit Störung durchgeführt Sichtbar, wenn „Ja“ bei „MMST durchgeführt“ ausgewählt wurde.	ja, wenn „Ja“ bei MMST durchgeführt“
Delir	Ergebnis des CAM - Ist ein Delir vorhanden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein (3) Eventuell Hinweis: „Eventuell“ wird ausgewählt, wenn 1a oder 1b und 2 und 3 oder 4 angekreuzt sind	ja
Erhebungsdatum CAM	Erhebungsdatum CAM	Datum	Datum der Erhebung CAM	ja
Wohnsituation	Aus welcher Wohnsituation kommt der Patient in die Klinik?	Auswahl	(1) alleine im eigenen Haushalt lebend (2) mit Partner/Partnerin und/oder Familienangehörigen im Haushalt lebend (3) in Wohngemeinschaft/ im betreuten Wohnen lebend (4) im Altenwohnheim/ Pflegeheim lebend (5) Sonstiges (6) Unbekannt	ja
Erhebungsdatum Wohnsituation	Erhebungsdatum Wohnsituation	Datum	Datum der Erhebung der Wohnsituation	ja

Tabelle 9: Felder für das Formular des IdA-Eingangsassessments

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Zwischenspeichern	Speichert die Daten zwischen.	Eingangsassessment
Prüfen und Speichern	Validiert die Daten, prüft den weiteren Verlauf des Falls und speichert die Daten.	Erfassung Stammdaten

Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Erfassung Stammdaten
--------	---	----------------------

Tabelle 10: Schaltflächen für das Formular des IdA-Eingangsassessments

5.5.3 Formular für die Bedarfsermittlung

Parallel zur IdA-Akte kann das Formular für die Bedarfsermittlung bearbeitet werden. Es werden in Form eines Formulars die folgenden Angaben abgefragt. Der Fall kann nicht vorzeitig abgebrochen oder abgeschlossen werden, wenn die u.s. Pflichtfelder nicht ausgefüllt sind.

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Spezifische Betreuung	Ist eine IdA-spezifische Betreuung des Patienten nötig?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein Abbruch, wenn „Nein“ ausgewählt wurde, mit dem Abbruchgrund „Spezifische Betreuung nicht notwendig“.	ja
Erhebungsdatum Spezifische Betreuung	Datum der Erhebung	Datum	Datum der Erhebung der spezifischen Betreuung	ja
Patientengespräch	Fand ein Patientengespräch statt?	Auswahl	(1) Ja, mit Patient (2) Ja, mit gesetzlichem Betreuer (3) Ja, mit Patient und gesetzlichem Betreuer (4) Nein, allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten (5) Nein, Ausmaß kognitiver Einschränkungen zu stark (6) Nein, vom Patienten/ gesetzlichen Vertreter nicht gewünscht (7) Nein, organisatorische/ ressourcenbezogene Gründe (8) Nein, Corona-bedingte Gründe (9) Nein, keine Notwendigkeit gesehen (10) Nein, Sonstiges	ja
Erhebungsdatum Patientengespräch	Datum des Patientengesprächs	Datum	Datum der Erhebung des Patientengesprächs	ja
Erstgespräch Angehörige	Fand ein erstes Gespräch mit den Angehörigen des Patienten statt?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein, Patient hat keine Angehörigen (3) Nein, Patient/gesetzlicher Vertreter möchte nicht (4) Nein, Angehöriger kann oder möchte nicht (4) Nein, Corona-bedingte Gründe (5) Nein, sonstige Gründe (z. B. Terminprobleme, keine Notwendigkeit gesehen)	ja

Erhebungsdatum Erstgespräch Angehörige	Datum des Erstgesprächs mit Angehörigen	Datum	Datum der Erhebung des Angehörigengesprächs	ja
Einbindung des Angehörigen als strukturierender Faktor mit fester Terminstruktur	Wird ein Angehöriger des Patienten als strukturierender Faktor während des Aufenthaltes im Krankenhaus eingebunden?	Auswahl	(1) Ja, Angehöriger kommt regelmäßig (2) Nein, Angehöriger kann oder möchte nicht eingebunden werden (3) Nein, Corona-bedingte Gründe (4) Nein, sonstige Gründe (z.B. Terminprobleme, keine Notwendigkeit gesehen) Sichtbar, wenn bei Angehörigengespräch „Ja“ ausgewählt wurde	ja
Erhebungsdatum Einbindung des Angehörigen	Datum Einbindungsgespräch Angehörige	Datum	Datum der Erhebung der Einbindung des Angehörigen	ja
Erstgespräch mit dem Pflege-team	Fand ein Erstgespräch mit dem Pflegeteam auf Station statt?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein	ja
Erhebungsdatum Erstgespräch mit dem Pflege-team	Datum Erstgespräch Pflegeteam	Datum	Datum der Erhebung des Erstgesprächs mit dem Stationsteam	ja
Abstimmung mit ambulanten Diensten/ Leistungserbringern	Erfolgte eine Kontaktaufnahme und Abstimmung mit den ambulanten Leistungserbringern? Wenn ja, mit welchem?	Mehrfachauswahl	(1) Ja, Hausarzt (2) Ja, Facharzt (3) Ja, Pflegedienst/Pflegeeinrichtung (4) Ja, Sonstige (5) Nein, organisatorische Gründe (6) Kein Bedarf	ja
Erhebungsdatum Abstimmung mit ambulanten Diensten/ Leistungserbringern	Erhebungsdatum Abstimmungsgespräch mit ambulanten Dienstleistern	Datum	Für jeden ausgewählten Dienstleister ist es möglich, das Erhebungsdatum einzugeben.	ja
Empfehlung zur Anforderung eines Konsils	Wurde die Empfehlung zur Anforderung eines oder mehrerer Konsile gegeben? Wenn ja, für welche?	Mehrfachauswahl	(1) Empfehlung für Anforderung eines pharmakologischen Konsils (2) Empfehlung für Anforderung eines geriatrischen Konsils (3) Empfehlung für Anforderung eines psychiatrischen Konsils (4) Empfehlung für Anforderung eines neurologischen Konsils (5) kein Konsil empfohlen	ja
Erhebungsdatum Empfehlung zur	Datum Empfehlung zur Anforderung eines Konsils	Datum	Für jede ausgewählte Empfehlung ist es möglich, das Erhebungsdatum einzugeben.	ja

Anordnung eines Konsils				
Erhebungsdatum Maßnahmenplan	Datum Erhebung des Maßnahmenplans	Datum	Datum der Erhebung des Maßnahmenplans	ja
Bestandteile des Maßnahmenplans	Welche Bestandteile beinhaltet der Maßnahmenplan?	Mehrfachauswahl	(1) Einzelbetreuung (2) Gruppenbetreuung (3) Angehörigenberatung (4) Angehörigenschulung	ja
Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung	Welche Spezifizierungen beinhaltet die Einzelbetreuung?	Mehrfachauswahl	(1) Kognitiv aktivierende Maßnahmen (2) Kognitiv beruhigende Maßnahmen (3) Mobilisierende Maßnahmen (4) Abendritual (5) Mahlzeitenbegleitung (6) Sonstiges (zusätzliches Textfeld) Sichtbar wenn „Einzelbetreuung“ bei Bestandteile des Maßnahmenplans ausgewählt wurde	ja
Sonstiges für Bestandteile der Einzelbetreuung	Welche Sonstigen Bestandteile beinhaltet die Einzelbetreuung?	Text	Sichtbar, wenn „Sonstiges“ bei Bestandteile der Einzelbetreuung ausgewählt wurde.	ja
Erhebungsdatum Bestandteile der Einzelbetreuung	Datum Erhebung der Bestandteile der Einzelbetreuung	Datum	Datum der Erhebung der Bestandteile des Maßnahmenplans der Einzelbetreuung	ja
Spezifizierung der Maßnahmen der Gruppenbetreuung	Welche Spezifizierungen beinhaltet die Gruppenbetreuung?	Mehrfachauswahl	(1) Kognitiv aktivierende Maßnahmen (2) Kognitiv beruhigende Maßnahmen (3) Mobilisierende Maßnahmen (4) Sonstiges (zusätzliches Textfeld) Sichtbar wenn „Gruppenbetreuung“ bei Bestandteile des Maßnahmenplans ausgewählt wurde	ja
Sonstiges für Bestandteil der Gruppenbetreuung	Welche Sonstigen Bestandteile beinhaltet die Gruppenbetreuung?	Text	Sichtbar, wenn „Sonstiges“ bei Bestandteile des Maßnahmenplans der Gruppenbetreuung ausgewählt wurde	ja
Erhebungsdatum Bestandteile der Gruppenbetreuung	Datum Erhebung der Bestandteile der Gruppenbetreuung	Datum	Datum der Erhebung der Bestandteile des Maßnahmenplans der Gruppenbetreuung	ja
Abstimmung Maßnahmenplan mit fallführendem Arzt	Wurde der Maßnahmenplan mit dem fallführenden Arzt des Patienten abgestimmt?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein	ja

Erhebungsdatum Abstimmung Maßnahmenplan mit fallführendem Arzt	Datum der Abstimmung Maßnahmenplan mit fallführendem Arzt	Datum	Datum der Abstimmung Maßnahmenplan mit fallführendem Arzt	ja
--	---	-------	---	----

Tabelle 11: Felder für das Formular der Bedarfsermittlung

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Zwischenspeichern	Speichert die Daten zwischen.	Bedarfsermittlung
Prüfen und Speichern	Validiert und speichert die Daten.	Stammdaten
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Stammdaten

Tabelle 12: Schaltflächen für das Formular der Bedarfsermittlung

5.5.4 Formular für die Bedarfsanpassung

Nachdem die Bedarfsermittlung gespeichert wurde, kann die Bedarfsanpassung aufgerufen werden. Es soll die Möglichkeit bestehen, die untenstehenden Felder der Bedarfsermittlung anzupassen. Wird das Formular aufgerufen, werden keine Daten aus der Bedarfsermittlung übernommen. Das ganze Formular muss ausgefüllt werden. Die Bedarfsanpassung darf nicht vor der Bedarfsermittlung erfolgen.

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Erhebungsdatum	Datum der Erhebung	Datum	Datum der Erhebung	ja
Empfehlung zur Anforderung eines Konsils	Wurde die Empfehlung zu Anforderung eines oder mehrerer weiterer Konsile gegeben? Wenn ja, für welche? (Unter „Bedarfsermittlung“ bereits angegebene Konsile bitte nicht nennen, außer sie wurden ein weiteres Mal empfohlen)	Mehrfachauswahl	(1) Empfehlung für Anforderung eines pharmakologischen Konsils (2) Empfehlung für Anforderung eines geriatrischen Konsils (3) Empfehlung für Anforderung eines psychiatrischen Konsils (4) Empfehlung für Anforderung eines neurologischen Konsils (5) kein Konsil empfohlen	ja
Maßnahmenplan angepasst (Filter)	Erfolgte eine Anpassung des Maßnahmenplans?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein Wenn „Ja“, weiter mit Bestandteile des Maßnahmenplans. Wenn „Nein“, Bedarfsanpassung speichern und schließen.	ja
Bestandteile des Maßnahmenplans	Welche Bestandteile beinhaltet der Maßnahmenplan?	Mehrfachauswahl	(1) Einzelbetreuung (2) Gruppenbetreuung (3) Angehörigenberatung (4) Angehörigenschulung	ja

Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung	Welche Spezifizierungen beinhaltet die Einzelbetreuung?	Mehrfachauswahl	(1) Kognitiv aktivierende Maßnahmen (2) Kognitiv beruhigende Maßnahmen (3) Mobilisierende Maßnahmen (4) Abendritual (5) Mahlzeitenbegleitung (6) Sonstiges (zusätzliches Textfeld) Sichtbar wenn „Einzelbetreuung“ bei Bestandteile des Maßnahmenplans ausgewählt wurde	ja
Sonstiges für Bestandteile der Einzelbetreuung	Welche Sonstigen Bestandteile beinhaltet die Einzelbetreuung?	Text	Sichtbar, wenn „Sonstiges“ bei Bestandteile der Einzelbetreuung ausgewählt wurde.	ja
Spezifizierung der Maßnahmen der Gruppenbetreuung	Welche Spezifizierungen beinhaltet die Gruppenbetreuung?	Mehrfachauswahl	(1) Kognitiv aktivierende Maßnahmen (2) Kognitiv beruhigende Maßnahmen (3) Mobilisierende Maßnahmen (4) Sonstiges (zusätzliches Textfeld) Sichtbar wenn „Gruppenbetreuung“ bei Bestandteile des Maßnahmenplans ausgewählt wurde	ja
Sonstiges für Bestandteil der Gruppenbetreuung	Welche Sonstigen Bestandteile beinhaltet die Gruppenbetreuung?	Text	Sichtbar, wenn „Sonstiges“ bei Bestandteile des Maßnahmenplans der Gruppenbetreuung ausgewählt wurde	ja
Abstimmung Maßnahmenplan mit fallführendem Arzt	Wurde der Maßnahmenplan mit dem fallführenden Arzt des Patienten erneut abgestimmt?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein Sichtbar, wenn „Ja“ bei „Maßnahmenplan angepasst“ ausgewählt wurde.	ja

Tabelle 13: Felder für das Formular der Bedarfsanpassung

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Speichern	Validiert und speichert die Daten.	Stammdaten
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Stammdaten

Tabelle 14: Schaltflächen für das Formular der Bedarfsanpassung

5.5.5 Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte)

Nachdem das Eingangsassessment abgeschlossen ist, werden in Form eines Formulars die folgenden Angaben zur Erfassung der Daten während des Aufenthalts des Patienten vom Koordinator abgefragt. Es wird zwischen täglicher und zweitägiger Erfassung unterschieden. Das Formular kann erst erfolgreich gespeichert werden, wenn alle Pflichtfelder ausgefüllt wurden.

Die IdA-Akte kann auch für vergangene Daten erfasst werden. Dabei muss aber beachtet werden, dass der CAM erst angezeigt wird, wenn dieser erstmalig durch die Erfassung im Eingangsassessment dokumentiert wurde. Die Einzel-/Gruppenbetreuung darf nur bei Auswahl aus der Bedarfsermittlung/-anpassung erfolgen. Wurde noch keine Bedarfsermittlung vorgenommen, werden die Felder nicht angezeigt, dabei ist das Datum der Bedarfsermittlung und Einwilligungsdatum zu beachten.

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Erhebungsdatum	Datum der Erhebung	Datum	Datum der Erhebung	ja
Zwischenaufenthalt ITS/IMC	Befindet sich der Patient auf der ITS/IMC?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein Wenn „Ja“, keine weiteren Felder anzeigen.	ja
CAM	Ergebnis des CAM – Ist ein Delir vorhanden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein (3) Eventuell (4) Feiertag/Wochenende (5) Unbekannt zweitägige Erfassung Wird anhand des Erhebungsdatums des CAM, beim Eingangsassessments, jeden zweiten Tag eingeblendet. Wenn Auswahl „Feiertag/Wochenende“ in IdA-Akte, dann nächsten Tag abfragen.	ja
Sturz	Ist der Patient heute gestürzt?	Auswahl	tägliche Erfassung (1) Ja (2) Nein (3) Unbekannt	ja
Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?	Auswahl	tägliche Erfassung (1) Bettgitter komplett unten (2) Bettgitter teilweise hochgezogen (3) Bettgitter vollständig hochgezogen (4) Unbekannt	ja
Bettgitter hochgezogen	Warum war das Bettgitter vollständig hochgezogen?	Auswahl	Anzeigen, wenn „Bettgitter vollständig hochgezogen“ bei Freiheitsbeschränkende Maßnahmen ausgewählt wurde. (1) Auf Anordnung (2) Auf eigenen Wunsch (3) unbekannt, nicht dokumentiert	ja
Herausforderndes Verhalten	Zeigte der Patient heute herausforderndes Verhalten?	Auswahl	tägliche Erfassung (1) Ja, einmal am Tag. (2) Ja, mehrmals am Tag.	ja

			(3) Nein (4) Unbekannt	
Tagesbetreuung / Einzelbetreuung: Kognitiv aktivierende Maßnahmen	Einzelbetreuung: Kognitiv aktivierende Maßnahmen	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Einzelbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine Kapazitäten (6) Nein, weil Sonntag/Feiertag (7) Nein, bedarfsorientiert angepasst (8) Nein, Sonstiges	ja
Tagesbetreuung / Einzelbetreuung: Einzelbetreuung: Kognitiv beruhigende Maßnahmen	Einzelbetreuung: Kognitiv beruhigende Maßnahmen	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Einzelbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine Kapazitäten (6) Nein, weil Sonntag/Feiertag (7) Nein, bedarfsorientiert angepasst (8) Nein, Sonstiges	ja
Tagesbetreuung / Einzelbetreuung: Mobilisierende Maßnahmen	Einzelbetreuung: Mobilisierende Maßnahmen	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Einzelbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine Kapazitäten (6) Nein, weil Sonntag/Feiertag (7) Nein, bedarfsorientiert angepasst (8) Nein, Sonstiges	ja

Tagesbetreuung / Einzelbetreuung: Abendritual	Einzelbetreuung: Abendritual	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Einzelbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine Kapazitäten (6) Nein, weil Sonntag/Feiertag (7) Nein, bedarfsorientiert angepasst (8) Nein, Sonstiges	ja
Tagesbetreuung / Einzelbetreuung: Mahlzeitenbegleitung	Einzelbetreuung: Mahlzeitenbegleitung	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Einzelbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine Kapazitäten (6) Nein, weil Sonntag/Feiertag (7) Nein, bedarfsorientiert angepasst (8) Nein, Sonstiges	ja
Tagesbetreuung / Einzelbetreuung: Sonstiges	Einzelbetreuung: Sonstiges	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Einzelbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Einzelbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine Kapazitäten (6) Nein, weil Sonntag/Feiertag (7) Nein, bedarfsorientiert angepasst (8) Nein, Sonstiges	ja
Tagesbetreuung / Gruppenbetreuung: Kognitiv	Gruppenbetreuung: Kognitiv aktivierende Maßnahmen	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Gruppenbetreuung“ ausgewählt	ja

aktivierende Maßnahmen			(1) Ja, Gruppenbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine personellen Kapazitäten (6) Nein, nicht ausreichend Teilnehmer vorhanden (7) Nein, kein Gruppenraum vorhanden/Gruppenraum belegt (8) Nein, weil Sonntag/Feiertag (9) Nein, bedarfsorientiert angepasst (10) Nein, wird Corona-bedingt nicht angeboten (11) Nein, Sonstiges	
Tagesbetreuung / Gruppenbetreuung: Einzelbetreuung: Kognitiv beruhigende Maßnahmen	Gruppenbetreuung: Kognitiv beruhigende Maßnahmen	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Gruppenbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Gruppenbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine personellen Kapazitäten (6) Nein, nicht ausreichend Teilnehmer vorhanden (7) Nein, kein Gruppenraum vorhanden/Gruppenraum belegt (8) Nein, weil Sonntag/Feiertag (9) Nein, bedarfsorientiert angepasst (10) Nein, wird Corona-bedingt nicht angeboten (11) Nein, Sonstiges	ja
Tagesbetreuung / Gruppenbetreuung: Mobilisierende Maßnahmen	Gruppenbetreuung: Mobilisierende Maßnahmen	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Gruppenbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Gruppenbetreuung fand statt	ja

			(2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine personellen Kapazitäten (6) Nein, nicht ausreichend Teilnehmer vorhanden (7) Nein, kein Gruppenraum vorhanden/Gruppenraum belegt (8) Nein, weil Sonntag/Feiertag (9) Nein, bedarfsorientiert angepasst (10) Nein, wird Corona-bedingt nicht angeboten (11) Nein, Sonstiges	
Tagesbetreuung / Gruppenbetreuung: Sonstiges	Gruppenbetreuung: Sonstiges	Auswahl	tägliche Erfassung, wenn bei der Bedarfsermittlung/-anpassung „Spezifizierung der Maßnahmen der Gruppenbetreuung“ ausgewählt (1) Ja, Gruppenbetreuung fand statt (2) Nein, wurde vom Patienten abgelehnt (3) Nein, passte nicht in den Behandlungsplan (4) Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu (5) Nein, keine personellen Kapazitäten (6) Nein, nicht ausreichend Teilnehmer vorhanden (7) Nein, kein Gruppenraum vorhanden/Gruppenraum belegt (8) Nein, weil Sonntag/Feiertag (9) Nein, bedarfsorientiert angepasst (10) Nein, wird Corona-bedingt nicht angeboten (11) Nein, Sonstiges	ja
Angehörigenberatung	Wurde dem Angehörigen des Patienten das Angebot für eine Angehörigenberatung gemacht?	Auswahl	tägliche Erfassung, bis einmal mit (1) oder (2) geantwortet wurde (1) Ja, und wurde vom Angehörigen angenommen (2) Ja, aber wurde vom Angehörigen nicht angenommen (3) Nein, weil Angebot nicht sinnvoll/notwendig erschien (4) Nein, weil keine Angehörigen zugegen/erreichbar waren (5) Nein, weil Sonntag/Feiertag	ja

			Nur anzeigen, wenn bei der Bedarfsermittlung „Bestandteile des Maßnahmenplans“ mit „Angehörigenberatung“ beantwortet wurde.	
Angebot für Angehörigen-schulung	Wurde dem Angehörigen des Patienten das Angebot für eine Angehörigen-schulung gemacht?	Auswahl	tägliche Erfassung, bis einmal mit (1), (2), (3) oder (4) geantwortet wurde (1) Ja, wurde vom Angehörigen angenommen (2) Ja, aber Angehöriger hat kein Interesse/keinen Bedarf 3) Ja, aber Teilnahme an Online-Schulung aus technischen Gründen nicht möglich 4) Ja, aber Teilnahme an Präsenzschi- schulung aus Mobilitätsgründen nicht möglich (5) Nein, weil Angebot nicht sinnvoll erschien (6) Nein, weil Angehörige nicht zu- gegen/erreichbar waren (7) Nein, weil Wochenende/Feier- tag Nur anzeigen, wenn bei der Bedarfsermittlung „Bestandteile des Maßnahmenplans“ mit „Angehörigen-schulung“ beantwortet wurde.	ja
Austausch Pflegedienst	Fand heute ein Austausch mit dem Pflegepersonal auf Station über den Patienten statt?	Auswahl	tägliche Erfassung (1) Ja (2) Nein	ja
Durchführung von pharmakologischen Konsils	Wurde heute das im Maßnahmenplan empfohlene pharmakologische Konsil durchgeführt?	Auswahl	(1) Ja, Konsil wurde durchgeführt (2) Nein, ärztliche Anforderung NOCH nicht erfolgt (3) Nein, Konsil wurde NOCH nicht durchgeführt (4) Nein, da Patient bereits entlassen oder verlegt (5) Nein, da ärztliche Einschätzung abweichend Nur anzeigen, wenn bei der Bedarfsermittlung oder -anpassung „Empfehlung zur Anforderung eines pharmakologischen Konsils“ beantwortet wurde. Solange nicht „Ja, Konsil wurde durchgeführt“ ausgewählt und gespeichert wurde, erscheint bei der nächsten Erfassung das Feld „Erst	ja

			wieder sichtbar, wenn bei der Bedarfsanpassung das Konsil empfohlen wurde.	
Durchführung von geriatrischen Konsils	Wurde heute das im Maßnahmenplan empfohlene geriatrische Konsil durchgeführt?	Auswahl	(1) Ja, Konsil wurde durchgeführt (2) Nein, ärztliche Anforderung NOCH nicht erfolgt (3) Nein, Konsil wurde NOCH nicht durchgeführt (4) Nein, da Patient bereits entlassen oder verlegt (5) Nein, da ärztliche Einschätzung abweichend Nur anzeigen, wenn bei der Bedarfsermittlung oder -anpassung „Empfehlung zur Anforderung eines geriatrischen Konsils“ beantwortet wurde. Solange nicht „Ja, Konsil wurde durchgeführt“ ausgewählt und gespeichert wurde, erscheint bei der nächsten Erfassung das Feld „Erst wieder sichtbar, wenn bei der Bedarfsanpassung das Konsil empfohlen wurde.“	ja
Durchführung von psychiatrischen Konsils	Wurde heute das im Maßnahmenplan empfohlene psychiatrische Konsil durchgeführt?	Auswahl	(1) Ja, Konsil wurde durchgeführt (2) Nein, ärztliche Anforderung NOCH nicht erfolgt (3) Nein, Konsil wurde NOCH nicht durchgeführt (4) Nein, da Patient bereits entlassen oder verlegt (5) Nein, da ärztliche Einschätzung abweichend Nur anzeigen, wenn bei der Bedarfsermittlung oder -anpassung „Empfehlung zur Anforderung eines psychiatrischen Konsils“ beantwortet wurde. Solange nicht „Ja, Konsil wurde durchgeführt“ ausgewählt und gespeichert wurde, erscheint bei der nächsten Erfassung das Feld „Erst wieder sichtbar, wenn bei der Bedarfsanpassung das Konsil empfohlen wurde.“	ja
Durchführung von neurologischen Konsils	Wurde heute das im Maßnahmenplan empfohlene neurologische Konsil durchgeführt?	Auswahl	(1) Ja, Konsil wurde durchgeführt (2) Nein, ärztliche Anforderung NOCH nicht erfolgt (3) Nein, Konsil wurde NOCH nicht durchgeführt (4) Nein, da Patient bereits entlassen oder verlegt (5) Nein, da ärztliche Einschätzung abweichend	ja

			Nur anzeigen, wenn bei der Bedarfsermittlung oder -anpassung „Empfehlung zur Anforderung eines neurologischen Konsils“ beantwortet wurde. Solange nicht „Ja, Konsil wurde durchgeführt“ ausgewählt und gespeichert wurde, erscheint bei der nächsten Erfassung das Feld „Erst wieder sichtbar, wenn bei der Bedarfsanpassung das Konsil empfohlen wurde.“	
Abgeleitete Maßnahmen aus Konsilen	Wurden Maßnahmen aus den Konsilen abgeleitet?	Mehrfachauswahl	tägliche Erfassung (1) Empfehlung zur Anpassung Arzneimittel (2) Empfehlung für weiterführende Diagnostik (3) Sonstige (zusätzliches Textfeld) (4) keine Maßnahmen abgeleitet Sichtbar, wenn „Ja“ bei mindestens einem Feld für die Durchführung von Konsilen ausgewählt wurde.	ja
Sonstige für abgeleitete Maßnahmen aus Konsilen	Welche sonstigen Maßnahmen wurden aus dem Konsil abgeleitet?	Text	tägliche Erfassung Sichtbar, wenn „Sonstige“ bei Abgeleitete Maßnahmen aus Konsilen	ja
Durchführung von IdA-Fallbesprechungen	Wurde heute eine IdA-Fallbesprechung durchgeführt?	Auswahl	tägliche Erfassung (1) Ja (2) Nein (3) Nein, Wochenende/Feiertag	ja
Besonderheiten	Sollte es heute Corona-bedingte Besonderheiten in der Versorgung des Patienten gegeben haben, teilen Sie uns diese hier gern mit.	Freitext	tägliche Erfassung	nein

Tabelle 15: Felder für das Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte)

Folgende Merkmale (Medikation) können in einer Akte mehrmals erfasst werden. Sie werden zusammenhängend angeordnet und dargestellt:

Beispiel

Medikationstyp: Bedarfsmedikation

Handelsname: IbuHEXAL | 400 mg Tablette

Tagesdosierung: 2

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
---------	-------------	---------	--------------	---------

Medikations- typ	Medikationstyp	Auswahl	(1) Bedarfsmedikation (2) Standardmedikation	ja
Handels- name	Handelsname	Auswahl – als Picker	tägliche Erfassung des Han- delsnamen, Wirkstoffkon- zentration und der Darrei- chungsform des Medika- ments z. B. IbuHEXAL Auswahl wird durch Import der Medikation befüllt.	ja
Applikations- form	Applikationsform	Auswahl	(1) Augentropfen (2) Inhalation (3) Intravenös (4) Oral (5) Rektal (6) Salbe (7) Subkutan (8) Pflaster (9) Intramuskulär	ja
Tagesdosis	Tagesdosierung	Zahl	tägliche Erfassung summierte Tagesdosis - dezimal Tagesdosierung summiert, z. B. 2 oder 1,5	ja

Tabelle 16: Felder für das Formular für die Erfassung der Medikation

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Medikation aus letzter Speiche- rung übernehmen	Die Medikation kann über den Button vom Tag der letzten Speicherung übernommen werden.	-
Löschen	Nur für Administratoren Löscht die IdA-Akte	Erfassung Stammdaten
Speichern	Validiert und speichert die Daten.	Erfassung Stammdaten
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Erfassung Stammdaten

Tabelle 17: Schaltflächen für das Formular für die Erfassung während des Aufenthalts (IdA-Akte)

5.5.6 Formular für die Entlassung

In Form eines Formulars werden die folgenden Angaben zur Entlassung des Patienten vom Koordinator abgefragt. Der Fall kann nur entlassen werden, wenn die Bedarfsermittlung erfasst wurde.

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Entlassungs- datum	Entlassungsdatum und Entlassungszeit	Datum und Uhr- zeit		ja
Entlassender Standort	Entlassender Standort	Auswahl	kann in Datenbank konfigu- riert werden	ja

IdA-Bericht abschließend erstellt	Ist ein abschließender IdA-Bericht erstellt worden?	Auswahl	(1) Ja (2) Nein	ja
Erhebungsdatum IdA-Bericht	Erhebungsdatum IdA-Bericht	Datum		ja
Austausch mit Nachsorgern stattgefunden	Hat ein Austausch mit den Nachsorgern stattgefunden (z. B. Übermittlung IdA-Bericht, Terminvergabe, Besprechung IdA-Bericht, Vor-diagnosen, Suchtmittel, kognitive Beeinträchtigung, ...)?	Mehrfachauswahl	(1) Ja, IdA-Bericht wurde übermittelt (2) Ja, weiterführender Austausch hat stattgefunden (3) Nein, Austausch von Patienten/gesetzlichem Vertreter nicht erwünscht (4) Nein, sonstige Gründe	Ja
Art der Nachsorger	Mit welchem Nachsorger hat der Austausch stattgefunden?	Mehrfachauswahl	(1) Hausarzt (2) Facharzt (3) Pflegedienst/Pflegeeinrichtung (4) Sonstige (zusätzliches Textfeld) Sichtbar, wenn „Ja“ bei Austausch mit Nachsorgern stattgefunden	ja
Sonstige für Art der Nachsorger	Mit welchen sonstigen Nachsorgern hat der Austausch stattgefunden?	Text	Sichtbar, wenn „Sonstige“ bei Art der Nachsorger	ja
Erhebungsdatum weiterer Nachsorger	Erhebungsdatum Nachsorger	Datum	Für jeden ausgewählten Nachsorger ist es möglich, das Erhebungsdatum einzugeben.	ja
Strukturierte Überleitung für die Epikrise	Hat im Rahmen der Entlassung ein Austausch mit Klinikmitarbeitern stattgefunden?	Mehrfachauswahl	(1) Ja, mit fallführendem Arzt (2) Ja, mit Patientenkoordinator (3) Ja, mit Pflegepersonal (4) Nein	ja
Erhebungsdatum Überleitung Entlassmanagement	Erhebungsdatum Überleitung Entlassmanagement	Datum		ja

Tabelle 18: Felder für das Formular für die Entlassung

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Speichern	Speichert die Daten.	Startseite
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Erfassung Stammdaten

Tabelle 19: Schaltflächen für das Formular für die Entlassung

5.5.7 Formular für den vorzeitigen Abbruch

In Form eines Formulars werden die folgenden Angaben für den vorzeitigen Abbruch des Falls vom Koordinator abgefragt. Wurde als Abbruchgrund „Patient/gesetzlicher Vertreter zieht Einverständniserklärung zurück“ ausgewählt, erscheint eine Sicherheitsabfrage beim Speichern, da die Daten des Falls gelöscht werden (bis auf geeignet für Ida, 6CIT, Kennzeichen). Der Fall wird anschließend abgelehnt. Nach dem Speichern des Abbruchs ist der Fall abgebrochen und kann nicht mehr bearbeitet werden.

Merkmal	Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Abbruchgrund	Warum wurde die Projektteilnahme abgebrochen?	Auswahl	(1) Verlegung auf die Geriatrie (2) Verlegung auf andere nicht-teilnehmende Station (3) Verlegung in ein anderes Krankenhaus (4) vorzeitige Entlassung (Aufenthaltsdauer < 4 Tage) (5) Verschlechterung des Gesundheitszustands (6) Patient/gesetzlicher Vertreter zieht Einverständniserklärung zurück (7) Notfallverlegung in psychiatrische Abteilungen (8) Verstorben (9) Corona-bedingter Abbruch (10) Sonstiges (zusätzliches Textfeld) Wurde „Patient/gesetzlicher Vertreter zieht Einverständniserklärung zurück“ ausgewählt, muss eine Sicherheitsabfrage beim Speichern erfolgen, da die Daten des Falls gelöscht werden (bis auf geeignet für Ida, 6CIT, Kennzeichen). Der Fall wird anschließend abgelehnt.	ja
Sonstiges für Abbruchgrund	Welcher sonstige Abbruchgrund führte zum Abbruch?	Text	Sichtbar, wenn „Sonstiges“ bei Abbruchgrund	ja
Erhebungsdatum Abbruchgrund	Erhebungsdatum Abbruchgrund	Datum	Datum der Erhebung Abbruchgrund	ja

Tabelle 20: Felder für das Formular für den vorzeitigen Abbruch

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Speichern	Speichert die Daten.	Startseite
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Erfassung Stammdaten

Tabelle 21: Schaltflächen für das Formular für den vorzeitigen Abbruch

5.5.8 Formular für die Verlegung

In Form eines Formulars werden die folgenden Angaben für die Verlegung des Falls abgefragt. In der Übersicht auf der Startseite werden die u.s. Felder angezeigt. Es soll auch gespeichert werden, wann die Verlegung dokumentiert wurde. Ein Fall kann mehrfach verlegt werden. Unter dem Formular ist die Übersicht als Tabelle aller Verlegungsdaten zu dem Fall zu finden. Diese können nur von Administratoren gelöscht werden.

Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Erhebungsdatum	Datum	Erhebungsdatum für die Verlegung	ja
Verlegungsdatum	Datum	Datum der Verlegung	ja
Standort	Auswahl	Standort wohin die Verlegung erfolgt ist	ja
Stationsnummer	Text	Stationsnummer wohin die Verlegung erfolgt ist	ja
Fachbereich	Text	Fachbereich wohin die Verlegung erfolgt ist	ja

Tabelle 22: Felder für das Formular für die Verlegung

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung	Ziel
Speichern	Speichert die Daten.	Erfassung Stammdaten
Zurück	Bricht die Eingaben ohne zu speichern ab.	Erfassung Stammdaten

Tabelle 23: Schaltflächen für das Formular für die Verlegung

5.6 Änderungshistorie

In Form einer Tabelle wird die Änderungshistorie, also wann, welcher Akteur, welche Interaktion vorgenommen hat, angezeigt. Es wird nicht angezeigt, welche Felder bearbeitet wurden. Die Historie wird über den Button „weitere Aktionen“ aufgerufen.

Feldbezeichnung	Beschreibung
Bearbeiter	Bearbeiter des Falls
Datum	Datum der Interaktion
Aktion	Art der Interaktion (erstellt, bearbeitet, ...)

Tabelle 24: Felder für das Formular der Änderungshistorie

5.7 Reports

Die Reports sollen als Übersicht auf einer Seite dargestellt werden. Zu jedem Report gibt es Datumsfilter, d.h. es kann ein „Datum von“ und „Datum bis“ ausgewählt werden und der Report zeigt nur Daten innerhalb des ausgewählten Zeitraums an.

Es muss möglich sein, jeden Report als Excel-Datei zu exportieren.

Es wird in der Navigation ein Menüpunkt für die Reports angezeigt. Es dürfen alle berechtigten Nutzer des Portals Reports erzeugen.

5.7.1 Monitoring der Fallzahlen

In einer Übersicht in Tabellenform soll angezeigt werden, wie viele Fälle pro Status existieren.

Die Tabelle zeigt den Status und die Anzahl der Fälle an.
Der Datumsfilter erfolgt anhand des Erstellungsdatums und Bearbeitungsdatums.

Folgende Status sollen ausgewertet werden:

- Offen
- Entlassen
- Abgeschlossen
- Abgelehnt (alle inklusive „Einwilligung widerrufen“)
- Abgelehnt wegen „Einwilligung widerrufen“
- Abgebrochen

5.7.2 Monitoring der Konsile

In zwei Übersichten in Tabellenform sollen die Anzahl der angeforderten bzw. durchgeführten Konsile dargestellt werden.

Die Tabellen zeigen als Überschrift „angeforderte Konsile“ oder „durchgeführte Konsile“, das Konsil und die Anzahl an.

Der Datumsfilter erfolgt anhand des Erhebungsdatums.

Folgende Konsile sollen ausgewertet werden:

- pharmakologisches Konsil
- geriatrisches Konsil
- psychiatrisches Konsil
- neurologisches Konsil

5.7.3 Monitoring der Gründe „Patient nicht für IdA geeignet“

In einer Übersicht in Tabellenform sollen die Gründe, warum der Patient nicht für IdA geeignet ist ausgewertet werden. Dazu muss der Grund und die jeweilige Anzahl angezeigt werden.

Der Datumsfilter erfolgt anhand des Erstellungsdatums und Bearbeitungsdatums.

Folgende Gründe sollen ausgewertet werden:

- unzureichende Deutschkenntnisse
- geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt
- kritischer Gesundheitszustand
- Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie
- Corona-bedingter Ausschluss
- Patient mehrfach nicht angetroffen
- 72h Frist kann nicht eingehalten werden
- 6CIT konnte nicht vor OP durchgeführt werden
- 6CIT verweigert
- Sonstiges (Freitextgründe Semikolon separiert hinter Anzahl anzeigen)

5.8 Import

In diesem Abschnitt werden die Funktionalitäten für den Import von Daten für das Portal beschrieben.

5.8.1 Import der Medikamente

Die Medikamente sollen importiert werden. Dazu wird eine CSV-Datei eingelesen die folgendes Format aufweist:

Kopfzeile: Id;Handelsname | Darreichungsform

Beispiel der CSV-Datei:

```
Id;Handelsname | Darreichungsform
1;Ibuprofen | 400 mg Tablette
2;Ibuprofen | 200 mg Tablette
3;Ibuprofen | 100 mg Tablette
4;IbuHEXAL | 400 mg Tablette
5;IbuHEXAL | 200 mg Tablette
```

Der Import soll automatisch nächtlich oder manuell ausgeführt werden. Beim Import werden keine Medikamente aus der Datenbank entfernt. Durch die eindeutige Id ist es möglich, Medikamente zu korrigieren.

5.9 Export

Aus dem Portal können Daten für die Krankenkassen und AGENON exportiert werden. Es sollen generell sprechende Werte exportiert werden, z. B. bei ja/nein-Fragen soll auch „ja“ oder „nein“ oder bei Auswahlfeldern ebenfalls der angezeigte Wert exportiert werden. Es erfolgt keine automatische Übertragung der Daten an die Krankenkassen oder AGENON. Die Übertragung des Exportes ist nicht Bestandteil des Portals und dieses Konzepts. In der Datenbank soll gespeichert werden, wann, welcher Administrator einen Export durchgeführt hat. Die Exporte werden im UTF-8-Format kodiert.

Bezeichnung	Feldtyp	Beschreibung	Pflicht
Name der Krankenkasse	Auswahlfeld	Vor dem Export an die Krankenkasse muss der Name der Krankenkasse, für die der Export durchgeführt werden soll, ausgewählt werden.	ja

Tabelle 25: Felder für das Formular des Exports

Folgende Schaltflächen stehen zur Verfügung:

Bezeichnung	Beschreibung
Export AGENON	exportiert die Daten für AGENON
Export Krankenkasse	exportiert die Daten für die ausgewählte Krankenkasse
Export Zuordnungstabelle Krankenhaus	exportiert die Daten für die Zuordnung Fallnummer und internes Kennzeichen

Tabelle 26: Schaltflächen für das Formular des Exports

5.9.1 Export der Zuordnung Fallnummer – interne Kennzeichen

Der Administrator kann für die Zuordnung der Fallnummer zu dem internen Kennzeichen einen Export über die erhobenen Daten durchführen. Bereits exportierte Daten sollen immer mit exportiert werden. Es werden nur Fälle exportiert, die bereits abgeschlossen, abgelehnt oder abgebrochen sind. Offene und entlassene Fälle werden nicht berücksichtigt. So wird verhindert, dass weitere Daten aus dem §21-Datensatz zu den abgelehnten Fällen zugeordnet werden können. Das interne Kennzeichen wird beim Export, wie unter 5.9.2, gehashed.

Für den Export wird eine CSV-Datei erzeugt und zum Herunterladen angeboten, die wie folgt definiert ist:

Kopfzeile: Fallnummer;internes Kennzeichen

5.9.2 Export für AGENON

Der Administrator kann einen Export über die erhobenen Daten durchführen. Es sollen immer auch schon exportierte Fälle exportiert werden. Es werden nur Fälle exportiert, die bereits abgeschlossen, abgelehnt oder abgebrochen sind. Offene und entlassene Fälle werden nicht berücksichtigt. Das interne Kennzeichen (lk) muss für den Export gehashed (HMAC) werden. Dazu wird das Kennzeichen mit SHA256 und einem Schlüssel gehashed. Der Schlüssel kann in der Datenbank für jedes Krankenhaus individuell konfiguriert werden und darf AGENON nicht bekannt sein.

5.9.2.1 Abgelehnte Fälle

Ein Fall kann durch verschiedene Aktion abgelehnt werden. Im Folgenden ist beschrieben, welche Daten mit welcher Aktion in dem Status exportiert werden.

Aktion/Merkmal	Exportierte Daten
Patient ist nicht für IdA geeignet	- Internes Kennzeichen - Krankenhauskennzeichen - Patient ist für IdA geeignet und Datum - Ausschlussgrund und Datum
Ergebnis des 6CIT kleiner 8	- Internes Kennzeichen - Krankenhauskennzeichen - Patient ist für IdA geeignet und Datum - Wert und Datum des 6CIT
Patient hat nicht am IdA-Projekt eingewilligt	- Internes Kennzeichen - Krankenhauskennzeichen - Patient ist für IdA geeignet und Datum - Wert und Datum des 6CIT - Ablehnung der Einwilligung und Datum
Patient/gesetzlicher Vertreter zieht Einverständniserklärung zurück	- Internes Kennzeichen - Krankenhauskennzeichen - Patient ist für IdA geeignet und Datum - Wert und Datum des 6CIT - Ablehnung der Einwilligung und Datum

Tabelle 27: Übersicht der exportierten Daten bei abgelehnten Fällen

5.9.2.2 Abgebrochene Fälle

Ein Fall kann durch verschiedene Aktion vorzeitig abgebrochen werden. Im Folgenden ist beschrieben, welche Daten mit welcher Aktion in dem Status exportiert werden.

Aktion/Merkmal	Exportierte Daten
Spezifische Betreuung nicht notwendig	Es werden bis dahin alle erhobenen Daten exportiert, u.a.: - alle Stammdaten - alle Daten aus dem Eingangsassessment - alle Daten aus der IdA-Akte - Abbruchgrund „Spezifische Betreuung nicht notwendig“ mit Datum
Vorzeiger Abbruch aus dem eigenständigen Formular	Es werden bis dahin alle erhobenen Daten exportiert, u.a.: - alle Stammdaten - alle Daten aus dem Eingangsassessment - alle Daten aus der IdA-Akte - alle Daten aus der Bedarfsermittlung - alle Daten aus der Bedarfsanpassung - alle Daten aus den Verlegungen - Abbruchgrund mit Datum

Tabelle 28: Übersicht der exportierten Daten bei abgebrochenen Fällen

5.9.2.3 Abgeschlossene Fälle

Ein Fall kann nach der Entlassung abgeschlossen werden. Im Folgenden ist beschrieben, welche Daten mit welcher Aktion in dem Status exportiert werden.

Aktion/Merkmal	Exportierte Daten
Fall abschließen	- alle Stammdaten - alle Daten aus dem Eingangsassessment - alle Daten aus der IdA-Akte - alle Daten aus der Bedarfsermittlung - alle Daten aus der Bedarfsanpassung - alle Daten aus den Verlegungen - alle Daten aus der Entlassung

Tabelle 29: Übersicht der exportierten Daten bei abgeschlossenen Fällen

5.9.2.4 Aufbau des Exports

Für den Export wird eine XML-Datei erzeugt und zum Herunterladen angeboten, die wie folgt definiert ist. Gibt es Felder, die keine Pflichtfelder sind und nicht ausgefüllt wurden, kann die kurze Schreibweise, z. B. <Projektabbruch /> verwendet oder ggf. der Tag weggelassen werden.

```
<Ida>
  <Fall>
    <Stammdaten>
      <Ik></Ik>
      <KrankenhausKennzeichen></KrankenhausKennzeichen>
      <Krankenkasse></Krankenkasse>
      <Geburtsjahr></Geburtsjahr>
      <Geschlecht></Geschlecht>
      <Plz></Plz>
      <Aufnahmedatum></Aufnahmedatum>
      <AufnahmedatumStation></AufnahmedatumStation>
      <AufnahmeStandort></AufnahmeStandort>
      <AufnahmeStation></AufnahmeStation>
      <AufnahmeFachbereich></AufnahmeFachbereich>
    </Stammdaten>
    <Merkmale>
      <Geeignet>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </Geeignet>
      <Patienteneinwilligung>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </Patienteneinwilligung>
      <Cit>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </Cit>
      <BarthelEingangDurchfuehrung>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </BarthelEingangDurchfuehrung>
      <BarthelEingang>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </BarthelEingang>
      <BarthelEingangVollstaendig>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </BarthelEingangVollstaendig>
      <BarthelEingangAusgelassen>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </BarthelEingangAusgelassen>
      <BarthelEingangStoerungsfrei>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
      </BarthelEingangStoerungsfrei>
      <MmstDurchfuehrung>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </Merkmale>
  </Fall>
</Ida>
```

```

</MmstDurchfuehrung>
<Mmst>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</Mmst>
<MmstVollstaendig>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</MmstVollstaendig>
<MmstAusgelassen>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</MmstAusgelassen>
<MmstStoerungsfrei>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</MmstStoerungsfrei>
<Wohnsituation>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</Wohnsituation>
<DelirListe>
  <Delir>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Delir>
  <Delir>
    ...
  </Delir>
  ...
</DelirListe>
<SturzListe>
  <Sturz>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Sturz>
  <Sturz>
    ...
  </Sturz>
  ...
</SturzListe>
<FbMassnahmenListe>
  <FbMassnahmen>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </FbMassnahmen>
  <FbMassnahmen>
    ...
  </FbMassnahmen>
  ...
</FbMassnahmenListe>
<FbMassnahmenBettgitterListe>
  <FbMassnahmenBettgitter>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </FbMassnahmenBettgitter>
  <FbMassnahmenBettgitter>
    ...
  </FbMassnahmenBettgitter>
  ...

```

```

</FbMassnahmenBettgitterListe>
<HerausforderndesVerhaltenListe>
  <HerausforderndesVerhalten>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </HerausforderndesVerhalten>
  <HerausforderndesVerhalten>
    ...
  </HerausforderndesVerhalten>
  ...
</HerausforderndesVerhaltenListe>
<MedikationListe>
  <Medikation>
    <Typ></Typ>
    <Handelsname></Handelsname>
    <Applikationsform></Applikationsform>
    <Tagesdosierung></Tagesdosierung>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Medikation>
  <Medikation>
    ...
  </Medikation>
  ...
</MedikationListe>
<EinzelbetreuungListe>
  <EinzelbetreuungKognitivAktivierend>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EinzelbetreuungKognitivAktivierend>
  <EinzelbetreuungKognitivBeruhigend>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EinzelbetreuungKognitivBeruhigend>
  <EinzelbetreuungMobilisierende>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EinzelbetreuungMobilisierende>
  <EinzelbetreuungAbendritual>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EinzelbetreuungAbendritual>
  <EinzelbetreuungMahlzeitenbegleitung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EinzelbetreuungMahlzeitenbegleitung>
  <EinzelbetreuungSonstiges>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EinzelbetreuungSonstiges>
  ...
</EinzelbetreuungListe>
<GruppenbetreuungListe>
  <GruppenbetreuungKognitivAktivierend>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </GruppenbetreuungKognitivAktivierend>
  <GruppenbetreuungKognitivBeruhigend>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>

```

```

</GruppenbetreuungKognitivBeruhigend>
<GruppenbetreuungMobilisierende>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</GruppenbetreuungMobilisierende>
<GruppenbetreuungSonstiges>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</GruppenbetreuungSonstiges>
...
</GruppenbetreuungListe>
<AlternativangebotGruppenbetreuungListe>
  <AlternativangebotGruppenbetreuung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </AlternativangebotGruppenbetreuung>
  <AlternativangebotGruppenbetreuung>
    ...
  </AlternativangebotGruppenbetreuung>
  ...
</AlternativangebotGruppenbetreuungListe>
<AngehorigenschulungListe>
  <Angehorigenschulung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Angehorigenschulung>
  <Angehorigenschulung>
    ...
  </Angehorigenschulung>
  ...
</AngehorigenschulungListe>
<AngehorigenberatungListe>
  <Angehorigenberatung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Angehorigenberatung>
  <Angehorigenberatung>
    ...
  </Angehorigenberatung>
  ...
</AngehorigenberatungListe>
<AustauschPflegeStationListe>
  <AustauschPflegeStation>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </AustauschPflegeStation>
  <AustauschPflegeStation>
    ...
  </AustauschPflegeStation>
  ...
</AustauschPflegeStationListe>
<KonsileDurchgefuehrtListe>
  <PharmakologischesKonsilDurchgefuehrt>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </PharmakologischesKonsilDurchgefuehrt>
  <GeriatrischesKonsilDurchgefuehrt>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </GeriatrischesKonsilDurchgefuehrt>
  <PsychiatrischesKonsilDurchgefuehrt>

```

```

        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </PsychiatrischesKonsilDurchgefuehrt>
    <NeurologischesKonsilDurchgefuehrt>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </NeurologischesKonsilDurchgefuehrt>
    ...
</KonsileDurchgefuehrtListe>
<AbgeleiteteMassnahmenListe>
    <AbgeleiteteMassnahmen>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </AbgeleiteteMassnahmen>
    <AbgeleiteteMassnahmen>
        ...
    </AbgeleiteteMassnahmen>
    ...
</AbgeleiteteMassnahmenListe>
<SonstigeAbgeleiteteMassnahmenListe>
    <SonstigeAbgeleiteteMassnahmen>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </SonstigeAbgeleiteteMassnahmen>
    <SonstigeAbgeleiteteMassnahmen>
        ...
    </SonstigeAbgeleiteteMassnahmen>
    ...
</SonstigeAbgeleiteteMassnahmenListe>
<DurchfuehrungIdaFallbesprechungenListe>
    <DurchfuehrungIdaFallbesprechungen>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </DurchfuehrungIdaFallbesprechungen>
    <DurchfuehrungIdaFallbesprechungen>
        ...
    </DurchfuehrungIdaFallbesprechungen>
    ...
</DurchfuehrungIdaFallbesprechungenListe>
<SpezifischeBetreuung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</SpezifischeBetreuung>
<Patientengespraech>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</Patientengespraech>
<Angehorigengespraech>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</Angehorigengespraech>
<EinbindungAngehorigen>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</EinbindungAngehorigen>
<ErstgesraechStationsteam>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</ErstgesraechStationsteam>

```

```

<AbstimmungDienstleistern>
  <Wert></Wert>
  <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</AbstimmungDienstleistern>
<EmpfehlungKonsilListe>
  <EmpfehlungKonsil>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </EmpfehlungKonsil>
  <EmpfehlungKonsil>
    ...
  </EmpfehlungKonsil>
  ...
</EmpfehlungKonsilListe>
<MassnahmenplanAngepasstListe>
  <MassnahmenplanAngepasst>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </MassnahmenplanAngepasst>
  <MassnahmenplanAngepasst>
    ...
  </MassnahmenplanAngepasst>
  ...
</MassnahmenplanAngepasstListe>
<BestandteileMassnahmenplanListe>
  <BestandteileMassnahmenplan>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </BestandteileMassnahmenplan>
  <BestandteileMassnahmenplan>
    ...
  </BestandteileMassnahmenplan>
  ...
</BestandteileMassnahmenplanListe>
<SonstigeBestandteileMassnahmenplanListe>
  <SonstigeBestandteileMassnahmenplan>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </SonstigeBestandteileMassnahmenplan>
  <SonstigeBestandteileMassnahmenplan>
    ...
  </SonstigeBestandteileMassnahmenplan>
  ...
</SonstigeBestandteileMassnahmenplanListe>
<SpezifizierungEinzelbetreuungListe>
  <SpezifizierungEinzelbetreuung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </SpezifizierungEinzelbetreuung>
  <SpezifizierungEinzelbetreuung>
    ...
  </SpezifizierungEinzelbetreuung>
  ...
</SpezifizierungEinzelbetreuungListe>
<SpezifizierungGruppenbetreuungListe>
  <SpezifizierungGruppenbetreuung>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </SpezifizierungGruppenbetreuung>
  <SpezifizierungGruppenbetreuung>
    ...
  </SpezifizierungGruppenbetreuung>

```

```

...
</SpezifizierungGruppenbetreuungListe>
<AbstimmungMassnahmenplanListe>
  <AbstimmungMassnahmenplan>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </AbstimmungMassnahmenplan>
  <AbstimmungMassnahmenplan>
    ...
  </AbstimmungMassnahmenplan>
  ...
</AbstimmungMassnahmenplanListe>
<ZwischenaufenthaltItsListe>
  <ZwischenaufenthaltIts>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </ZwischenaufenthaltIts>
  <ZwischenaufenthaltIts>
    ...
  </ZwischenaufenthaltIts>
  ...
</ZwischenaufenthaltItsListe>
<BesonderheitenListe>
  <Besonderheiten>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Besonderheiten>
</BesonderheitenListe>
<VerlegungListe>
  <Verlegung>
    <Standort></Standort>
    <Fachbereich></Fachbereich>
    <Stationsnummer></Stationsnummer>
    <Verlegungsdatum></Verlegungsdatum>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </Verlegung>
</VerlegungListe>
<Entlassung>
  <Standort></Standort>
  <Entlassdatum></Entlassdatum>
  <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  <IdaBerichtErstellt>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </IdaBerichtErstellt>
  <AustauschNachsorger>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </AustauschNachsorger>
  <SonstigeNachsorger>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
  </SonstigeNachsorger>
  <ArtNachsorgerListe>
    <ArtNachsorger>
      <Wert></Wert>
      <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
      <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </ArtNachsorger>
  </ArtNachsorgerListe>
  <UeberleitungEpikrise>
    <Wert></Wert>

```

```

        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </UeberleitungEpikrise>
</Entlassung>
<Projekt ablehnung>
    <Geeignet>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </Geeignet>
    <Ausschlussgruende>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </Ausschlussgruende>
    <Patienteneinwilligung>
        <Wert></Wert>
        <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
        <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
    </Patienteneinwilligung>
</Projekt ablehnung>
<Projekt abbruch>
    <Wert></Wert>
    <Erhebungsdatum></Erhebungsdatum>
    <Dokumentationsdatum></Dokumentationsdatum>
</Projekt abbruch>
</Merkmale>
</Fall>
</Ida>

```

5.9.3 Export für Krankenkasse

Der Administrator kann für die Krankenkassen einen Export über die erhobenen Daten durchführen. Bereits exportierte Daten sollen immer nochmal exportiert werden. Es werden nur Fälle exportiert, die abgeschlossen, abgelehnt (außer „Patienteneinwilligung widerrufen“) und abgebrochene sind. Entlassene und offene Fälle werden nicht berücksichtigt. Es muss vorab ausgewählt werden, welche Krankenkasse für den Export beachtet werden soll. Das interne Kennzeichen wird wie unter 5.9.1 gehashed und mit exportiert.

Für den Export wird eine CSV-Datei erzeugt und zum Herunterladen angeboten, die wie folgt definiert ist.

Kopfzeile: Versichertennummer;Einwilligungsdatum;Geburtsjahr;Geschlecht;internes Kennzeichen

5.10 Navigation

Die Navigation wird rollenabhängig angezeigt. Berechtigte, authentifizierte Benutzer, wie z. B. Projektkoordinatoren, sehen im Portal den Navigationspunkt „Startseite“, „Fall erfassen“ und „Reports“. Nur Administratoren sehen zusätzlich den Navigationspunkt „Export“.

5.11 Listenansichten

Die Darstellung bzw. Auflistung erfolgt an mehreren Stellen und soll daher in einem einheitlichen Layout und einer homogenen Funktionalität erfolgen. Spezifische Abweichungen bzw. Funktionen werden in den jeweiligen Kapiteln zusätzlich beschrieben. Im Folgenden ist das Minimalset definiert. Für Tabellen und Listen wird das jQuery Datatable-Plugin im Bootstrap-Design verwendet.

5.11.1 Anzahl der Beiträge/Paging

Es werden initial 10 Elemente angezeigt. Weitere Elemente werden über das Paging dargestellt. Die Anzahl der Seiten wird angezeigt, dabei wird die aktuelle Seite gekennzeichnet. Über ein Auswahlfeld kann die Anzahl der anzuzeigenden Beiträge (10, 25, 50, 100) verwaltet werden.

5.11.2 Sortierung

Es soll möglich sein, über den Tabellenkopf, ab-/aufsteigend und nach anderen Spalten zu sortieren.

5.1.1.3 Filterung

Es soll eine Filterung über alle Spalten möglich sein. Die Filterung soll über den Tabellenkopf als Dropdown verfügbar sein.

5.1.1.4 Suche

Es wird eine Suche angeboten, die Elemente über alle Eigenschaften filtert. Die Suche reagiert „as you type“. Dabei werden immer alle Elemente gefiltert, also nicht nur die innerhalb der aktuellen Seite angezeigten Elemente.

6 Design

Es wird ein schlichtes Layout des Portals verwendet. Es wird das Logo von IdA angezeigt. Text wird in der Farbe Schwarz (RGB 0 0 0) und Hervorhebungen können in der Farbe Türkis (RGB 48 183 188) und Blau (RGB 19 56 120) dargestellt werden. Es können auch Herabstufungen der Farbwerte verwendet werden (siehe Abbildung 4: Farbwerte). Als Schriftart wird „Open Sans“ verwendet. Die Navigation befindet sich im oberen Bereich des Portals. Der restliche Bereich ist für den Inhalt bestimmt. Es wird das Framework „Bootstrap“ verwendet, um beispielsweise Eingabefelder modern darzustellen.

7 Berechtigungen

In der folgenden Übersicht ist die Berechtigung der Rollen genauer definiert.

Akteur/Rolle	Berechtigung auf
Administrator	- Zugriff auf alle Funktionalitäten im System - Zugriff auf den Export - kann einen Fall löschen - alle Funktionen des Projektbeauftragten
Projektkoordinator, Projektbeauftragter	- kann die Startseite sehen und über die Tabelle sortieren und suchen - kann Fall, Eingangsassessment, IdA-Akte, Bedarfsermittlung, Bedarfsanpassung, vorzeitiger Abbruch und Entlassung erfassen und bearbeiten - kann einen Fall abschließen und reaktivieren - Reports

Tabelle 30: Übersicht Berechtigungen

8 Abbildungen

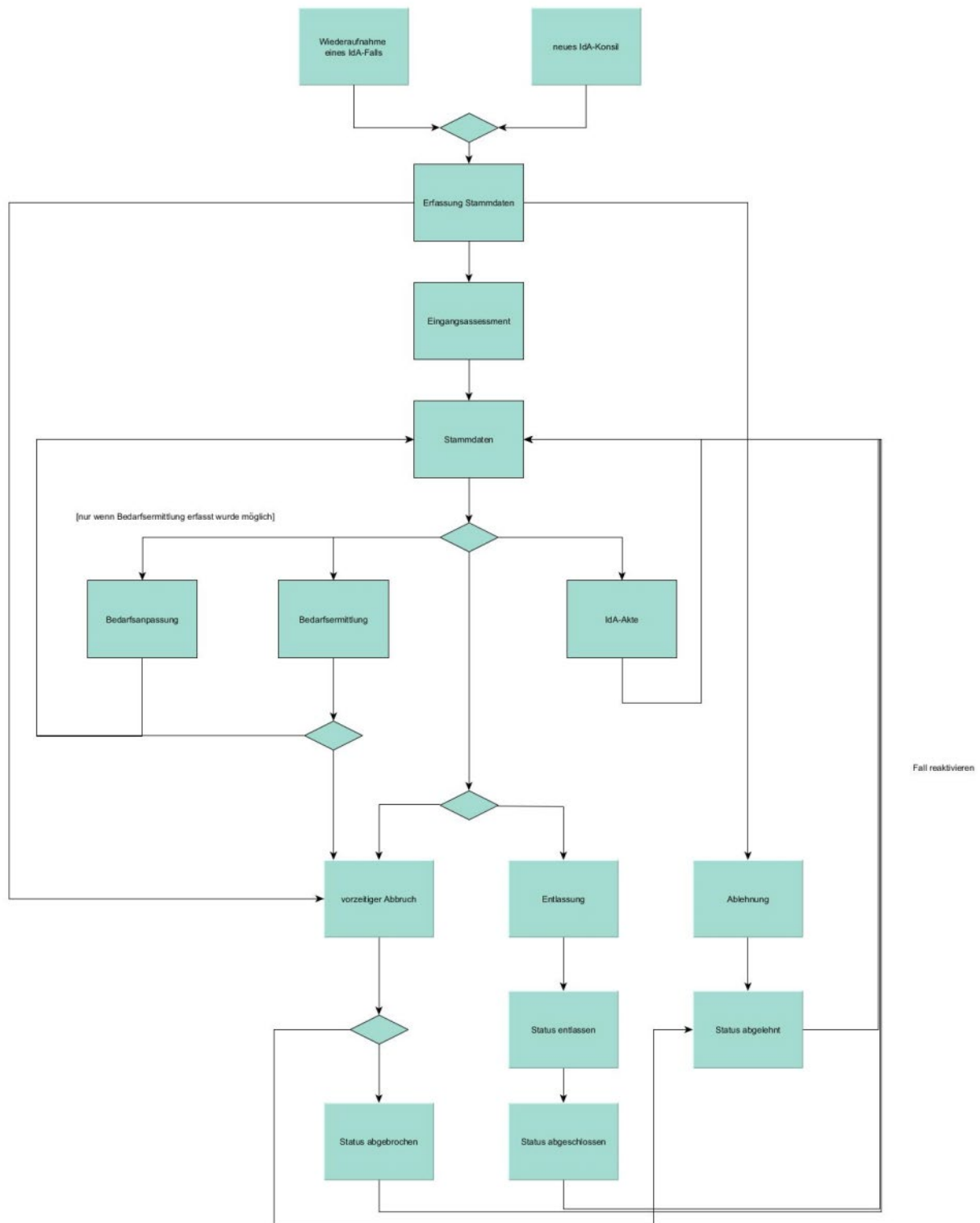


Abbildung 1: Erfassungsprozess

Übersicht der erfassten Fälle

10

Fallnummer	Name	Aufnahmedatum	Standort	Status
2000003	Mustermann, Hans	06.01.2020	Berlin	offen
2000002	Mustermann, Katrin	06.01.2020	Berlin	abgeschlossen
2000001	Mustermann, Jürgen	02.01.2020	Berlin	abgelehnt

← 1 →

Anzahl Anträge: 3

Abbildung 2: Entwurf Startseite

Erfassung Stammdaten und Kurzscreening

Erfassung Eingangsassessment

Name:

Vorname:

6CIT:

Zurück

Prüfen und Speichern

Abbildung 3: Entwurf Erfassung Stammdaten



Abbildung 4: Farbwerte



**Schulungskonzept für die Durchführung
der Wirkungsevaluation des Innovationsfondsprojekts
„IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung -
sektorübergreifend“**

Schulung der Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren

Stand 9. August 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Das Projekt IdA.....	4
2. Wirkungsevaluation	8
3. IdA-Aufnahme	11
3.1 Einstieg in IdA.....	11
3.1.1 Vorgehen.....	11
3.1.2 Dokumentation im IdA-Portal	11
3.2 Grundsätzliche Eignung für IdA-Betreuung.....	12
3.2.1 Vorgehen.....	12
3.2.2 Dokumentation im IdA-Portal	13
3.3 Kurzscreening 6CIT	14
3.3.1 Vorgehen 6CIT	14
3.3.2 Dokumentation im IdA-Portal	17
3.4 Patienteneinwilligung	18
3.4.1 Vorgehen.....	18
3.4.2 Dokumentation im IdA-Portal	19
3.5 Stammdaten.....	19
3.5.1 Vorgehen.....	19
3.5.2 Dokumentation im IdA-Portal	19
3.6 Vorzeitiger Abbruch	20
3.6.1 Vorgehen.....	20
3.6.2 Dokumentation im IdA-Portal	20
4. IdA-Eignung-Eingangsassessment	22
4.1 Barthel-Index.....	22
4.1.1 Vorgehen Barthel-Index	22
4.1.2 Dokumentation im IdA-Portal	28
4.2 MMST	29
4.2.1 Vorgehen MMST	29
4.2.2 Dokumentation im IdA-Portal	33
4.3 Short-CAM.....	33
4.3.1 Vorgehen Short CAM	33
4.3.2 Dokumentation im IdA-Portal	35
4.4 Wohnsituation und Hilfsmittel.....	35
4.4.1 Vorgehen.....	35
4.4.2 Dokumentation im IdA-Portal	35
5. IdA-Bedarfsermittlung und -Bedarfsanpassung	36

5.1 Bedarfsermittlung	36
5.1.1 IdA-spezifische Betreuung notwendig	36
5.1.2 Patientengespräch und Angehörigengespräch	36
5.1.3 Erstgespräch Pflegeteam & Abstimmung ambulante Dienste	37
5.1.4 Empfehlung zur Anforderung von Konsilen	37
5.1.5 Maßnahmenplan und Abstimmung	38
5.2 Bedarfsanpassung	39
6. IdA-Durchführung – die IdA-Akte.....	41
6.1 Vorgehen.....	41
6.2 Dokumentation im IdA-Portal	41
6.2.1 Zwischenaufenthalt auf der ITS/IMC.....	41
6.2.2 Medikamente	42
6.2.3 Short-CAM.....	44
6.2.4 Sturz, Bettgitter und Herausforderndes Verhalten.....	45
6.2.5 Tagesbetreuung (Einzel- und Gruppenbetreuung)	46
6.2.6 Angehörigenberatung & Angehörigenschulung.....	46
6.2.7 Austausch Pflegedienst	47
6.2.8 Durchführung von Konsilen.....	47
6.2.9 Abgeleitete Maßnahmen aus Konsilen	48
6.2.10 Durchführung von Fallbesprechungen.....	48
6.2.11 Besonderheiten.....	48
6.3 Reaktivieren von abgebrochenen Fällen.....	48
6.4 Verlegung	49
6.5 Historie	50
6.6 Reports.....	51
7. IdA-Abschluss	53
7.1 Entlassung	53
8. Patienten- und Angehörigenbefragung.....	55
9. Gesprächsführung	56
9.1 Kommunikationsregeln	56
9.2 Ablauf	58
9.3 Herausforderungen	60

1. DAS PROJEKT IDA

Hintergrund:

- Anteil der über 65Jährigen auf somatischen Abteilungen in Krankenhäusern steigt, v.a. im ländlichen Raum (2006: 53%, 2018: 62%)
- Ca. 40% aller über 65Jährigen im Allgemeinkrankenhaus weisen kognitive Beeinträchtigungen auf (GHOSt-Studie 2016)
 - von diesen hat ca. die Hälfte eine Demenz
 - kognitiven Beeinträchtigungen oft nicht bekannt (< 40% der Patienten ist die Demenz bekannt)
 - Versorgung im Krankenhaus nicht auf diese Beeinträchtigungen angepasst
 - Problematisch für Patienten, Krankenhauspersonal etc.
- Frage: Wie kann die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Krankenhaus verbessert werden?
 - Special Care Units oder Anpassung der Versorgungsroutinen auf somatischen Stationen insgesamt

Rahmen des Projektes IdA:

- IdA = Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - Optimierung der stationären Versorgung von älteren Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis und kognitiven Einschränkungen unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung
- Projekt („Neue Versorgungsformen“) im Rahmen des Innovationsfonds des G-BA mit einer Laufzeit von 01.10.2019 bis 31.03.2023
- Konsortialpartner:
 - Kliniken: Oberhavelkliniken (Oranienburg, Hennigsdorf), Klinikum Niederlausitz (Senftenberg, Lauchhammer), Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH (Potsdam)
 - Krankenkassen: AOK Nordost, Bahn-BKK, Knappschaft
 - Klinikum Campus GmbH
 - Jäger Gesundheitsmanagement – JGM GmbH
 - AGENON GmbH

Zielgruppe:

- Menschen ab 70 Jahren
- Krankenhausaufenthalt auf einer somatischen Station, voraussichtliche Mindestverweildauer: vier Tage
- Versicherte einer der drei beteiligten Krankenkassen (AOK Nordost, Bahn-BKK, Knappschaft)
- Vorliegen kognitiver Beeinträchtigungen
 - unterschiedlichen Ausmaßes
 - unterschiedlicher Bekanntheit
 - → breites Spektrum
- Kontinuum zwischen „gesund“ mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen („Mild Cognitive Impairment“, MCI) und „krank“ mit manifesten demenziellen Erkrankungen
- Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung:
 - kommt es zunehmenden Gedächtnisstörungen, die vor allem die jüngste Vergangenheit betreffen

- kann es zu gestörter zeitlicher oder örtlicher Orientierung kommen (Dinge verlegen, Weg nicht mehr finden etc.)
- fällt das Behalten neuer Inhalte schwerer und ggf. nicht mehr möglich (Merkspanne wird immer kürzer, wiederholt dasselbe fragen etc.)
- wird das Erkennen einer Mitteilung, das Verstehen von Konzepten (was bedeutet ein Wort, eine Phrase) schwieriger

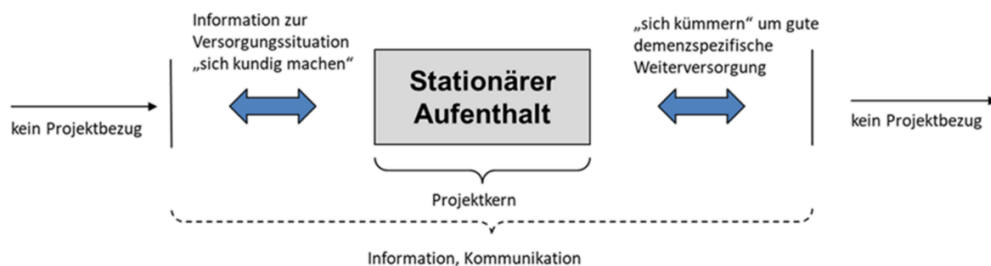
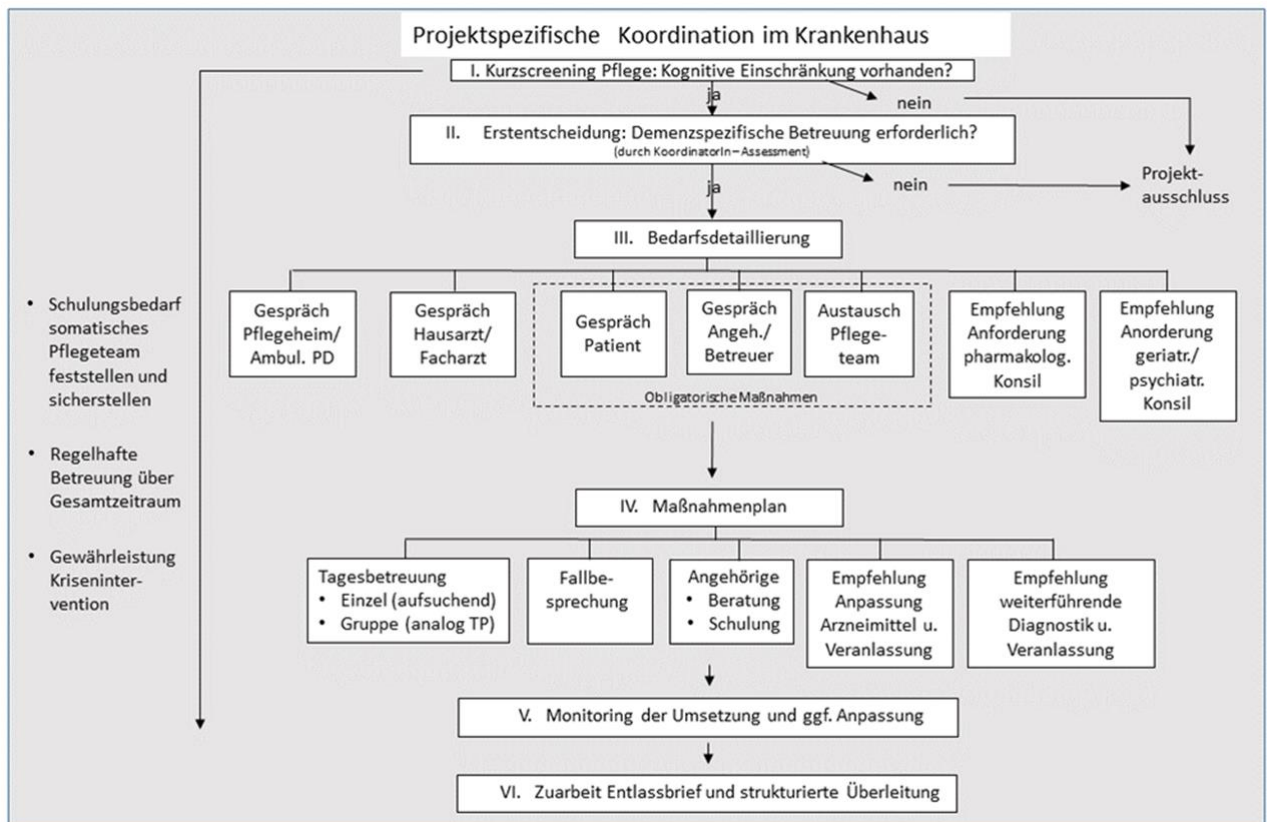
Reisberg-Stadium	Schweregrad	Leitsymptome
I	Normal	Keine Symptome / Normal
II	MCI	Vergesslichkeit (subjektive Symptome)
III	Sehr leichte Demenz	Versagen bei komplexen Aufgaben in Beruf und Gesellschaft
IV	Leichte Demenz	Schwierigkeiten bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen etc.)
V	Mittelschwere Demenz	Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen (Kleidung, Baden, etc.)
VI	Schwere Demenz	Verlust grundlegender Tätigkeiten des Alltags (Anziehen, Baden, Toilettengang und mit Urin- und Darmkontrolle)
VII	Sehr schwere Demenz	Stufenweiser Verlust von Sprache, Gehfähigkeit, Sitzfähigkeit, Lachen und Kopf halten

Quelle: <http://bit.ly/3axV3XZ>

Ziele:

- Primärer Endpunkt:
 - Senkung der Wiedereinweisungsrate in die stationäre Versorgung
- Sekundäre Endpunkte:
 - deliranter Zustände ↓
 - herausfordernde Verhaltensweisen ↓
 - Notfallverlegungen in Akutpsychiatrie ↓
 - inadäquate Verordnung von Neuroleptika/Benzodiazepinen ↓
 - Anzahl freiheitsbeschränkender Maßnahmen ↓
 - Stürze ↓
 - Institutionalisierungen ↓
 - Patienten- und Angehörigenzufriedenheit ↑
 - Belastung Mitarbeiter ↓

Inhalt:



Corona-bedingte Veränderungen in der neuen Versorgungsform:

- Die Gruppenbetreuung startet zeitgleich mit der Wirkungsevaluation und findet in abgewandelter Form statt

Evaluationsdesign:

- Evaluation einer komplexen Intervention
- Angelegt als multizentrische kontrollierte prospektive Kohortenstudie:
- Interventionsgruppe: 5 Klinikstandorte im Land Brandenburg
- Kontrollgruppe:
 - 4 Klinikstandorte im Land Brandenburg
 - ausgewählte somatische Stationen an einem Standort (Potsdam)
 - Außerdem: Prä-Erhebung in den Interventionskrankenhäusern

- Studienphasen (aktuell):
 - 09-11//2020 Prä-Erhebung
 - 11/2020-06/2021 Prozessevaluation
 - 05-06/2021 Modifikation der neuen Versorgungsform
 - 07/2021-09/2022 Wirkungsevaluation (Interventions- und Kontrollgruppe)
 - 10/2022-09/2023 Abschlussphase

- Nutzung unterschiedlicher Datenquellen:
 - Sekundärdaten quantitativ:
 - Routinedaten der beteiligten Krankenhäuser, Routinedaten der beteiligten Krankenkassen
 - Endpunkte: Rehospitalisierung, Verweildauer, Institutionalisierung, Delire, gesundheitsökonomische Evaluation etc.
 - Primärdaten quantitativ:
 - Daten aus standardisierten Screeninginstrumenten, standardisierter IdA-Versorgungsdokumentation, standardisierte Befragungen, (IdA-Projektdokumente und -dokumentation)
 - Endpunkte: herausforderndes Verhalten, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Stürze, Medikation, Notfallverlegungen, moderierende Variablen (Ausmaß kognitiver Beeinträchtigung, Alltagsfähigkeiten), Faktoren der Prozessevaluation etc.
 - Primärdaten qualitativ:
 - leitfadengestützte Interviews, Fokusgruppen, Vor-Ort-Begehungen
 - Endpunkte: Patienten-/ Angehörigenzufriedenheit, Arbeitsbelastung, institutionelle Ausrichtung etc.

2. WIRKUNGSEVALUATION

- Durchführungszeit:
 - vom 01. Juli bis 30. September 2022
- Zwecke:
 - Überprüfung der Wirkungen/ Effekte der IdA-Versorgung bei der Zielgruppe in Bezug auf definierte patientenbezogene Outcomes im Vergleich zur Versorgung ohne Maßnahmeneinsatz (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe)
- Datenerhebungen in der Kontrollgruppe:
 - Primärdaten: durch Studynurses im sog. IdA-Portal etc.)
 - Sekundärdaten: Routinedaten der Kassen und Krankenhäuser (§21er Daten)
 - Auswertung aller Daten: AGENON
- Die IdA-Versorgung im Rahmen der Wirkungsevaluationsphase besteht aus den folgenden Teilen:
 - IdA-Aufnahme:
 - Prüfen von Ausschlussgründen (grundsätzliche Eignung)
 - Prüfen von Einschlusskriterium: Kurzscreening auf kognitive Einschränkungen: 6CIT (1)
 - Patienteninformation und -einwilligung
 - IdA-Eignung:
 - Eingangsassessment: Barthel-Index (2), MMST (3), CAM (4)
 - Feststellen der Notwendigkeit IdA-spezifischer Betreuung
 - IdA-Durchführung:
 - Patientengespräch
 - Angehörigengespräch
 - Angehörigenschulung
 - Einzelbetreuung
 - Gruppenbetreuung
 - Austausch mit Pflegepersonal
 - Konsile
 - IdA-Fallbesprechungen
 - Dokumentation von:
 - Stürzen
 - freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
 - herausforderndem Verhalten
 - Medikation
 - Notfallverlegungen
 - CAM (zweitägig)
 - IdA-Abschluss:
 - IdA-Bericht
 - Strukturierte Überleitung für die Epikrise
 - Austausch mit Nachsorgern
 - Aushändigen Patienten- und Angehörigenfragebogen

Im Rahmen der Wirkungsevaluation sind über alle Standorte 1493 Patienten in die IdA-Versorgung einzuschließen, d.h. sie erhalten die IdA-spezifische Versorgung (Intention to Treat).

Eine **mögliche** Fallzahlentwicklung (Intention To Treat) für die Wirkungsevaluation sowie geschätzte Dropouts zeigen die nächsten Abbildungen:

Mögliche Fallzahlentwicklung

Projekmonat	Standort Hennigsdorf	Standort Oranienburg	Standort Potsdam	Standort Senftenberg	Standort Lauchhammer	Σ Standorte
22	25	17	19	18	18	97
23	25	17	19	18	18	97
24	25	17	19	18	18	97
25	25	17	20	18	18	98
26	25	17	20	18	18	98
27	25	17	20	18	18	98
28	25	17	20	18	18	98
29	26	17	20	18	18	99
30	26	17	20	18	18	99
31	26	18	20	18	18	100
32	26	18	20	19	19	102
33	26	18	20	19	19	102
34	26	18	20	19	19	102
35	26	18	20	19	19	102
36	26	18	21	19	19	103
Σ 15 Monate	384	261	298	275	275	1493

Geschätzte Dropouts bis Intention to treat und per protocol

Phase	Maßnahme	Ein- und Ausschluss	Anteil	Fallzahl/St andort Hennigsdo rf	Fallzahl/St andort Oranienbu rg	Fallzahl/St andort Potsdam	Fallzahl/St andort Senftenbe rg	Fallzahl/St andort Lauchham mer
Potenzial der Krankenhäusfälle der Zielgruppe beteiligter Krankenkas				2.174	1.557	1.924	3.474	1.967
	AOK Nordost			2.022	1.440	1.719	860	519
	Bahn BKK			88	82	109	107	46
	Knappschaft			64	35	96	2.507	1.402
Phase 1: Rekrutierung	Beurteilung der Eignung		100%	1.926	1.310	1.494	1.376	1.376
	Kurzscreening: kognitive Einschränkungen vorhanden	Ausschluss: nein, keine kognitiven Einschränkungen vorhanden	50%	963	655	747	688	688
		ja, kognitive Einschränkungen vorhanden	50%	963	655	747	688	688
Phase 2: Einschluss	Information und Einwilligung zur nVF/ Evaluation							
		Dropout 1: keine Einwilligung	40%	385	262	299	275	275
		Einschluss: Ja, Einwilligung gegeben	60%	578	393	448	413	413
Phase 3: Zuweisung	Standardisiertes Eingangsassessent							
	Spezifische Betreuung nötig?	Ausschluss: nein, keine spezifische Betreuung erforderlich	30%	173	118	134	124	124
		Einschluss: ja, spezifische Betreuung erforderlich	70%	404	275	314	289	289
	Patienten geeignet? (Sprachprobleme, Patient im kritischen Zustand etc.)	Ausschluss: nicht geeignet	5%	20	14	16	14	14
		Einschluss: geeignet "Intention to treat"-Patienten	95%	384	261	298	275	275
SUMME Intention-to-treat-Patienten				1.493				
Phase 4: Durchführung	Maßnahmen							
		Dropout 2: Verlegung auf nicht teilnehmende Station; Verlegung in anderes Krankenhaus; Verschlechterung des Gesundheitszustands; sonstiges	10%	38	26	30	27	27
		Patient/ Angehöriger bricht Teilnahme ab	5%	19	13	15	14	14
		Einschluss: dauerhafte Teilnahme	85%	327	222	253	233	233
Phase 5: Abschluss	Entlassung und Überleitung							
		Dropout 4: Teilnahme Abschlussevaluation verweigert/ nicht möglich	10%	33	22	25	23	23
		Einschluss: Abschlussassessment erfolgreich durchgeführt "per protocol" Patienten	90%	294	200	228	210	210
SUMME per protocol-Patienten über alle Standorte				1.142				

3. IDA-AUFNAHME

3.1 Einstieg in IdA

3.1.1 Vorgehen

- Patient wird neu auf teilnehmender Station aufgenommen und von IdA-Koordinator besucht
- Kurze Informationen zum Projekt und zum bevorstehenden Kurzscreening geben
- Im Gespräch könnten sich schon Gründe bemerkbar machen, warum Patient evtl. nicht für IdA geeignet ist (siehe Abschnitt 3.2 Grundsätzliche Eignung für IdA)
- Ablauf danach:
 1. Durchführung des 6CIT (s. Kapitel 3.3)
 2. Wenn Ergebnis größer oder gleich 8 ist → weiter mit Einwilligungserklärung (s. Kapitel 3.4)
 3. → Aufnahme aller Patienten im IdA-Portal und weiter mit IdA-Eignung-Eingangsassessment (s. Kapitel 4)

3.1.2 Dokumentation im IdA-Portal

- Grundsätzliches zum IdA-Portal:
 - Im IdA-Portal erfolgt die Dokumentation:
 - ...aller potenziell für IdA geeigneten Patienten
 - ...der Ergebnisse des Kurzscreenings und des Eingangsassessments
 - ...der Gründe für nicht-Eignung oder vorzeitiger Abbrüche
 - ...der IdA-Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes
 - ...von Ereignissen während des Krankenhausaufenthaltes (Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, herausforderndes Verhalten, Medikation, Notfallverlegungen)
- Erfolgt durch:
 - Sichtung der möglichen IdA-Patienten
 - Abrufen der patientenbezogenen Informationen
 - aus dem jeweiligen KIS-System
 - bzw. aus den Patientenakten
- händische Übertragung der Informationen in das IdA-Portal
- Dokumentation fortlaufend während des Krankenhausaufenthaltes
- die abgefragten Informationen sind für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes im IdA-Portal zu dokumentieren
 - **wichtig: Dokumentation (ggf. nachträglich) vom Aufnahmetag im Krankenhaus an**, auch wenn Patient/gesetzl. Vertreter erst an Tag 2 oder 3 seines Krankenhausaufenthaltes ins Projekt einwilligt
- **Wichtig:**
 - **Jeder mögliche IdA-Patient, wird in das IdA-Portal aufgenommen, auch wenn er im weiteren Verlauf (Assessment) als nicht geeignet eingeschätzt wird! → Wichtig für Dropout und Fallzahlerreichung**
 - Bitte keine Eintragungen in das IdA-Portal vornehmen, die nicht in den Schulungsunterlagen stehen oder nicht mit AGENON vorher abgesprochen wurden → Daten verfälschen die Ergebnisse und werden von uns nicht ausgewertet, da nicht im Codeplan enthalten

IdA-Startseite

Suche ...

Fallnummer	Kennzeichen	Name	Aufnahmedatum	Standort	Station	Fachbereich	Status
e345657688	01-00007	Krieger, Karl	04.03.2020	Hennigsdorf	Innere	Kardiologie	Offen
8978787676	01-00005	-	-	-	-	-	Offen
654543	01-00004	Juhuhij, rfgzhuihnju	03.03.2020	Hennigsdorf	Station 3	Kardiologie	Abgelehnt
45578	01-00002	Meier, Marion	01.03.2020	Hennigsdorf	Station 3	Gynäkologie	Entlassen
3243456	01-00001	Müller, Mario	02.03.2020	Hennigsdorf	Station 5	Chirurgie	Offen
0101	01-00008	Messer, Martha	09.03.2020	Hennigsdorf	Innere	Kardiologie	Offen
0101	01-00006	Messer, Martha	04.03.2020	Hennigsdorf	Innere	Kardiologie	Abgeschlossen

← 1 →

Anzahl Fälle: 7

Erfassen eines neuen Falls

- Startseite → Fall erfassen
- Es öffnet sich das Stammdatenblatt
- **Wichtig:**
 - Wenn ein Patient erneut eingeliefert wird, dann wird neuer Fall eröffnet → keinen alten Fall reaktivieren (Fallzahlen statt Patientenzahlen relevant)
 - Hat ein Patient bereits im letzten Krankenhausaufenthalt für IdA eingewilligt (oder abgelehnt) und ggf. auch teilgenommen, wird er beim nächsten Krankenhausaufenthalt nochmals um Einwilligung gebeten und ggf. in IdA aufgenommen
 - Wird ein Patient von einem teilnehmenden Krankenhaus in ein anderes teilnehmendes Krankenhaus verlegt, wird kein neuer Fall eröffnet, sondern der bestehende weitergeführt (analog zur Verlegung von einer teilnehmenden Station auf eine andere teilnehmende Station), entsprechend zählt die Gesamtverweildauer an beiden Standorten für die IdA-Eignung.

3.2 Grundsätzliche Eignung für IdA-Betreuung

3.2.1 Vorgehen

- Bei der grundsätzlichen Eignung handelt es sich um die Abklärung, ob allgemeine Ausschlussgründe für die Teilnahme am IdA-Projekt vorliegen. Dies kann bereits im ersten Kontakt mit dem Patienten oder bei Sichtung der Patientenakte im KIS der Fall sein.
- Auswahl von Ausschlussgründen:
 - z.B. Patient spricht kein Deutsch
 - Geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage
 - Patient trotzdem geeignet, weiter mit 6CIT
 - Kritischer Gesundheitszustand
 - In Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (akut, kurzfristig oder eher dauerhaft), wird der Patient ggf. an einem anderen Tag nochmals aufgesucht
 - Patient nimmt bereits an einer anderen (klinischen) Studie teil
 - Patient kann durch Corona-bedingte Gründe nicht teilnehmen
 - Patient wurde mehrfach nicht angetroffen
 - Gesetzlicher Vertreter nicht erreichbar
 - 72 Stunden Frist konnte nicht eingehalten werden
 - Patient verweigert den 6CIT

- Patient wurde aus anderem Krankenhaus in teilnehmendes verlegt
- Kapazitätsgrenzen überschritten
 - Betrifft derzeit nur Potsdam – sollten keine Betreuungskapazitäten mehr frei sein, wird bei weiteren Patienten auch nicht auf Eignung für IdA geprüft
- Sonstiges:
 - Mögliche Gründe bitte notieren und gesammelt an Agenon weitergeben

3.2.2 Dokumentation im IdA-Portal

Die 1. Frage im Portal ist: „Ist der Patient geeignet für IdA?“

Stammdaten

Institutskennzeichen: 261200220

Erhebungsdatum geeignet für IdA: * Patient ist für IdA geeignet: *

22.06.2021 Nein

Warum ist der Patient nicht für IdA geeignet?: *

- unzureichende Deutschkenntnisse
- geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt
- kritischer Gesundheitszustand (prefinal oder infektiös)
- Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie
- Corona-bedingter Ausschluss
- Patient mehrfach nicht angetroffen
- 72h Frist kann nicht eingehalten werden
- 6CIT verweigert
- Sonstiges

- Wird Patient als nicht geeignet betrachtet, wird er im Portal abgelehnt und für weitere Bearbeitung gesperrt
- Fall kann reaktiviert werden, sollte Patient später doch geeignet sein

IdA Startseite Fall erfassen

Stammdaten

Der Fall ist für die Bearbeitung gesperrt (Status Abgelehnt).

weitere Aktionen ▾

- Reaktivieren
- Historie einsehen

1200435 Kennzeichen: 01-00006

Erhebungsdatum geeignet für IdA: *

12.11.2020

Patient ist für IdA geeignet: *

Nein ▾

Warum ist der Patient nicht für IdA geeignet?: *

1 ausgewählt ▾

* Pflichtfeld

Zurück

→ siehe dazu Abschnitt 6.3 Reaktivieren eines Falls

- **Wichtig:** Patienten mit einem 6CIT Wert von 7 oder kleiner, sind an dieser Stelle für IdA geeignet! Die Projektablehnung erfolgt im nächsten Schritt bei der Frage nach dem 6CIT-Wert.

3.3 Kurzscreening 6CIT

3.3.1 Vorgehen 6CIT

- Kurzscreening auf kognitive Einschränkungen mittel 6CIT (1)
 - 6CIT = six item cognitive impairment test
 - Quelle: Brooke&Bullock 1999; vorliegende Version autorisiert von GHoSt-Mitarbeiter
 - prüft zeitliche Orientierung, Konzentration und Sekundärgedächtnis
 - für Patienten ohne weitere Hilfsmittel durchführbar
 - Antwortzeit spielt für Bewertung keine Rolle
 - GHoSt-Studie: Test konnte mit 95% der Patienten durchgeführt werden (bis mittelschwerer Demenz)
 - Auch möglich bei Patienten mit schwerer Demenz (mehr als die Hälfte) konnten den Test durchführen

Name des Patienten:	
Erfassungsdatum:	



Kognitives Screening 6CIT (Brooke & Bullock 1999)

Kurzversion der Blessed Information-Memory-Concentration Scale
(Blessed et al. 1968, Katzman et al. 1983)

- Richtig = 0 Punkte
- Für jeden Fehler gibt es einen Punkt bis zur jeweiligen maximalen Fehlerzahl; die Fehlerzahl wird mit der Gewichtung multipliziert
- Werte von 0 - 28 möglich

Items:	Max. Fehlerzahl	x Gewichtung	Punkte
1. Welches Jahr haben wir?	1	4	_____
2. Welchen Monat haben wir?	1	3	_____
Ich nenne Ihnen jetzt einen Namen und eine Adresse. Sprechen Sie mir den Namen und die Adresse nach und merken Sie sich beides. Ich werde Sie gleich noch einmal danach fragen: Max / Müller / Dorfstraße / 10 / München			
3. Wie spät ist es ungefähr (auf eine Stunde genau)?	1	3	_____
4. Zählen Sie bitte von 20 rückwärts bis auf 1.	2	2	_____
5. Nennen Sie mir die Monate des Jahres in umgekehrter Reihenfolge.	2	2	_____
6. Wiederholen Sie bitte den Namen und die Adresse.	5	2	_____

SUMME: _____

→ Bei Werten ab 8 liegt ein Verdacht auf dementielle Erkrankung vor und der Patient wird für das IdA-Eingangsassessment vorgemerkt, weiter mit Erfassungsbogen ②

Bei Werten kleiner 8 entfällt die weitere Datenerfassung des Patienten!

Hinweis: Nutzung des Fragebogens erfolgt in Abstimmung mit J. B. Hessler
Copyright ©: J. B. Hessler et al. (2016); *The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHOST)*; Published online in Wiley Library (wileyonlinelibrary.com)

1

Hinweise zur Nutzung

- **Frage 1, 2 und 3:** Patient bitten die Fragen ohne den Blick auf einen Kalender oder die Uhr zu beantworten, sollte Patient doch ablesen, keinen Fehlerpunkt vergeben
- **Name und Adresse:** Patient wiederholt Adresse nicht/ versteht Frage nicht
 - → nochmaliges Vorlesen der Aufgabenstellung (langsam) und der Daten bis zu 6x möglich
 - → falls nach 6x keine richtige Antwort vorliegt, fortfahren mit Frage 3.
- **Name und Adresse:** Patient wiederholt Adresse falsch oder bruchstückhaft
 - → nochmaliges Wiederholen der richtigen Adresse durch Koordinator und Patientenantwort bis zu 6x
 - → falls nach 6x keine richtige Antwort vorliegt, fortfahren mit Frage 3.
- **Frage 3:** Auf eine Stunde genau
 - → von der aktuell genauen Uhrzeit ausgehen: +/- eine Stunde = richtig

- Zeitumstellung am 31. Oktober 2021 (auch 2022) beachten: Toleranz um jeweils eine Stunde eine Woche lang nach der Zeitumstellung
- **Frage 4:** keine Korrektur bei falschen Werten, **außer:** Patient beginnt mit Aufzählung **nicht** rückwärts, sondern von 1 nach 20
 - → Patient unterbrechen mit dem Hinweis, dass Zahlen rückwärts aufgezählt werden soll
 - → 1 Fehlerpunkt vergeben
- **Frage 4:** Patient korrigiert falschen Wert selbst
 - → kein Fehlerpunkt
- **Frage 4:** Patient korrigiert falschen Wert selbst und fragt nach Neubeginn
 - → kein Fehlerpunkt
 - → Patient bitten, von aktueller Stelle zu beginnen
- **Frage 5:** analog zu Frage 4
- **Frage 6:** Patient muss Namen und Adresse ohne Hilfe wiedergeben
- **Frage 6:** Reihenfolge von Name und Adresse nicht entscheidend
 - → für jeden Teil von Name und Adresse ist jeweils ein Fehlerpunkt möglich; werden nur 3 der 5 Merkmale genannt → 2 Fehlerpunkte x 2 (Gewichtung) = 6
- Werte von 0-28 möglich:
 - je höher der Wert, desto stärkerer Verdacht auf dementielle Erkrankung
 - ab Wert 8 → Einschluss in das Projekt
- Wird mit allen Patienten, die potenzielle IdA-Patienten sind (ab 70 Jahre, Mitglied einer beteiligten Krankenkasse), durchgeführt – unabhängig von einer bestehenden Demenzdiagnose
 - wird auch postoperativ durchgeführt, muss aber im IdA-Portal vermerkt werden (Anzustreben ist – wenn möglich – eine Durchführung vor OP)
- Dokumentation des Ergebniswertes im IdA-Portal für **alle** Patienten, um Gesamtfallzahl und Dropout dokumentieren zu können
 - → Bei einem Wert unter 8 erfolgt für diese Patienten keine weitere Testung und Dokumentation
 - Bei einem Wert ab 8 → weiter mit der Einwilligungserklärung bzw. Eingangsassessment
- Achtung: Mitpatienten in Mehrbettzimmern, die in das Assessment eingreifen
 - → Mitpatienten darauf hinweisen, dass es wichtig ist, dass der betreffende Patient Fragen selbständig beantwortet und bitten, auf Fragen nicht zu antworten
- Achtung: Patient könnte sich schämen, etwas nicht zu wissen, etwas nicht zu können und deshalb frustriert sein und ggf. die Teilnahme abbrechen wollen
 - nicht von Test, sondern Fragebogen oder Befragung reden
 - betonen, dass es völlig normal ist, (im höheren Alter) nicht alle Fragen beantworten zu können, dies ist nicht ungewöhnlich
 - darauf hinweisen, dass Fragebogen so angelegt sei, nicht alle Fragen richtig beantworten können

3.3.2 Dokumentation im IdA-Portal

The screenshot shows the 'Stammdaten' (Basic Data) form in the IdA-Portal. The header includes the IdA logo and navigation links: Startseite, Fall erfassen, Reports, Export. The form displays the 'Institutskennzeichen: 261200220'. Below this, there are two rows of input fields. The first row contains 'Erhebungsdatum geeignet für IdA: *' with the value '22.06.2021' and 'Patient ist für IdA geeignet: *' with a dropdown menu showing 'ja'. The second row contains 'Erhebungsdatum des 6CIT: *' with the value '22.06.2021' and 'Ergebnis 6CIT: *' with a dropdown menu showing '9'. Below these, there is a field for '6CIT postoperativ durchgeführt?: *' with a dropdown menu showing 'ja'.

- Eingabe des 6CIT-Werts unter „Ergebnis des 6CIT“
 - war die Durchführung des 6CIT vor bspw. einer OP nicht mehr möglich
 - bei 6CIT postoperativ **ja** anklicken
- Ist der Patient kognitiv **zu** beeinträchtigt für eine Durchführung des 6CIT → Vergabe des Wert **29** im Feld Ergebnis 6CIT → **Patient ist für IdA geeignet!**
- Ergebnis des von Ihnen durchgeführten 6CIT gleich oder über 8 → weiter mit „Einwilligung einholen“

The screenshot shows the 'Stammdaten' form in the IdA-Portal, but the case is rejected. A red banner at the top states: 'Der Fall ist für die Bearbeitung gesperrt (Status Abgelehnt)'. Below this, there is a button labeled 'weitere Aktionen'. The form displays the 'Institutskennzeichen: 261200435' and 'Kennzeichen: 01-00006'. Below this, there are two rows of input fields. The first row contains 'Erhebungsdatum geeignet für IdA: *' with the value '12.11.2020' and 'Patient ist für IdA geeignet: *' with a dropdown menu showing 'ja'. The second row contains 'Erhebungsdatum des 6CIT: *' with the value '12.11.2020' and 'Ergebnis des Koordinatoren 6CIT: *' with a dropdown menu showing '7'.

- Ergebnis kleiner 8 → Fall wird abgelehnt und ist für die weitere Bearbeitung gesperrt
- Im Fall eines Versehens kann Fall reaktiviert werden

3.4 Patienteneinwilligung

3.4.1 Vorgehen

- Einholen der Einwilligung des Patienten oder – bei Nicht-Einwilligungsfähigkeit – des gesetzlichen Vertreters
- **Herausforderungen:**
 - Einwilligung zur Teilnahme an einem Projekt zu kognitiven Beeinträchtigungen, ohne ggf. bis zu diesem Zeitpunkt gewusst zu haben/ sich eingestanden zu haben, dass eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt → möglichst vermeiden, von kognitiven Beeinträchtigungen zu sprechen, eher **altersspezifische Beeinträchtigungen**
 - **Wichtig:** auch versuchen, die Patienten einzuschließen, bei denen das Einholen einer Einwilligung schwierig ist, da diese oftmals besonders für IdA geeignet sind.
 - Patient möchte zur Teilnahme am Projekt Angehörige befragen
→ an diesen Patienten dranbleiben und versuchen, sie einzuschließen; ggf. nochmals erläutern, wie das Vorgehen ist und welche Daten benötigt werden; nachfragen, wann Angehörige im Krankenhaus sind
 - **Eingangsassessment darf erst durchgeführt werden, wenn Einwilligung vorliegt**
 - Patient am Aufnahmetag überfordert
 - 6CIT/Patienteneinwilligung muss nicht am Aufnahmetag eingeholt werden
→ Patienteneinschluss ist bis max. 72h nach Krankenhausaufnahme möglich
 - Patienten einschließen, die auf einer nicht-teilnehmenden Station aufgenommen werden, anschließend aber auf eine teilnehmende Station verlegt werden?
 - es werden nur Patienten eingeschlossen, die auf teilnehmenden Stationen aufgenommen werden
 - davon **ausgenommen ist die ITS** – Patienten, die innerhalb von 72h von der ITS auf eine teilnehmende Station verlegt werden, können eingeschlossen werden
 - Die Einwilligung wird ausversehen vom Patienten eingeholt, obwohl der Patient einen gesetzlichen Betreuer hat, von dem keine Einwilligung vorliegt
 - Bitte vor Einholen der Einwilligung prüfen, ob der Patient einwilligungsfähig ist oder einen gesetzlichen Betreuer hat. Gibt es einen gesetzlichen Betreuer, muss dieser die Einwilligung unterschreiben. Liegt seine Zustimmung nicht vor, darf der Patient nicht ins IdA-Portal aufgenommen werden
 - Hat ein gesetzlicher Vertreter eingewilligt, der Patient weigert sich aber, teilzunehmen, zählt im Zweifelsfall aus ethischen Gründen der Wille des Patienten
 - **Wichtig:** Bitte mit dem Patienten nochmal das Gespräch suchen, um differenzieren zu können, ob er grundsätzlich die Teilnahme ablehnt (inkl. Nutzung der Routinedaten → dann Ausschluss aus Projekt) oder ob er „nur“ keine weiteren Testungen/ Fragen beantworten möchte (→ dann kann er als Fall weiter im IdA-Portal geführt werden und **es wird täglich dokumentiert!**)

3.4.2 Dokumentation im IdA-Portal

Erhebungsdatum Patienteneinwilligung: * Hat der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter in die Teilnahme am IdA-Projekt eingewilligt?: *

26.05.2021 Ja, Patient hat selbst eingewilligt.

ja, Patient hat selbst eingewilligt.
ja, gesetzlicher Vertreter hat eingewilligt.
Nein

- Liegt keine Einwilligung vor, wird der Fall direkt abgelehnt und kann nicht mehr bearbeitet werden
- Liegt die Einwilligung vor, können weitere Stammdaten erfasst werden (siehe nächster Abschnitt)

3.5 Stammdaten

3.5.1 Vorgehen

- Daten werden aus dem Orbis / Soarian übernommen
- Station: Stationsnummer erfassen
- Fachbereich: z.B. Kardiologie

3.5.2 Dokumentation im IdA-Portal

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Fallnummer: *
1511

Vorname: *
Michaela

Versichertennummer: *
1514651

Geschlecht: *
weiblich

Aufnahmedatum und Aufnahmezeit: *
26.05.2021 00:00

Aufnahmedatum teilnehmende Station: *
26.05.2021

Fachbereich: *
Innere

* Pflichtfeld

Zurück Prüfen und Speichern

Name der Krankenkasse: *
Bahn BKK

Nachname: *
Meier

Geburtsjahr: *
1918

PLZ: *
1

Standort: *
Potsdam
Bitte wählen Sie den Standort ...
Senftenberg
Bad Belzig
Forst (Lausitz)
Potsdam
Lauchhammer

Erfasste IdA-Akten

Erfasste Bedarfsanpassungen

3.6 Vorzeitiger Abbruch

3.6.1 Vorgehen

- Es gibt diverse Gründe, warum ein Fall vorzeitig abgebrochen werden muss und nicht regulär entlassen werden kann.
- Wichtig ist, den Zeitpunkt des Abbruchs mit zu vermerken, da für die Meldung der Fallzahlen und Dropouts an das DLR unterschieden wird zwischen „Patientenpotential“ – „Patienten mit grundsätzlicher IdA-Eignung“ und „Patienten, die IdA abgeschlossen haben“
 - Verlegung auf eine andere nicht-teilnehmende Station
 - Bei ITS/IMC wird nicht vorzeitig abgebrochen, jedoch bei allen anderen nicht-teilnehmenden Stationen, auch bei Kontroll-Stationen (Potsdam)
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Bei Verlegung von Oranienburg nach Hennigsdorf bspw. wird nicht vorzeitig abgebrochen
 - Vorzeitige Entlassung (Aufenthaltsdauer <4 Tage)
 - Gezählt wird ab dem Tag der Aufnahme ins Krankenhaus, nicht ab dem Zeitpunkt der Einwilligung ins Projekt
 - Verschlechterung des Gesundheitszustandes
 - Je nach Ausmaß der Verschlechterung kann es sein, dass der Fall **nicht** sofort abgebrochen wird, sondern der Patient am darauffolgenden Tag nochmal besucht wird
- Für die Patienten, die vorzeitig abgebrochen werden, werden alle Daten bis zum Tag des Abbruchs dokumentiert (und stehen somit später für die Auswertung zur Verfügung).

3.6.2 Dokumentation im IdA-Portal

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

vorzeitiger Abbruch

Erhebungsdatum Abbruchgrund: *

24.06.2021

* Pflichtfeld

Zurück Speichern

Warum wurde die Projektteilnahme abgebrochen?: *

Bitte wählen Sie den Grund

- Bitte wählen Sie den Grund
- Verlegung auf die Geriatrie
- Verlegung auf andere nicht-teilnehmende Station
- Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- vorzeitige Entlassung (Aufenthaltsdauer <4 Tage)
- Verschlechterung des Gesundheitszustands
- Patient/gesetzlicher Vertreter zieht Einverständniserklärung zurück
- Notfallverlegung in psychiatrische Abteilungen
- Verstorben
- Corona-bedingter Abbruch
- Sonstiges

- Sobald das Stammdatenblatt gespeichert ist, kann ein Fall vorzeitig abgebrochen werden
- Generell gilt, vorzeitig abgebrochene Fälle können reaktiviert und somit rückgängig gemacht werden

- Achtung: beim vorzeitigen Abbruch durch Widerruf der Einwilligung durch den Patienten oder gesetzlichen Vertreter werden **alle Daten unwiderruflich gelöscht** und der Fall abgelehnt

 Startseite Fall erfassen

vorzeitiger Abbruch

Erhebungsdatum Abbruchgrund: *

16.11.2020

Warum wurde die Projektteilnahme abgebrochen?: *

Patient/gesetzlicher Vertreter zieht Einverständniserklärung

* Pflichtfeld

Zurück Speichern

Wichtiger Hinweis!

Alle erfassten Daten des Falls werden zurückgesetzt und verworfen und der Fall wird abgelehnt. Wollen Sie wirklich fortfahren?

Nein Ja, Fall ablehnen

4. IDA-EIGNUNG-EINGANGSASSESSMENT

- Eingangsassessment besteht aus:
 - Barthel-Index (2), MMST (3), CAM (4)
 - sollte zeitnah an das Kurzscreening anschließen, wenn beim 6CIT ein Wert von mindestens 8 erreicht wurde
- möglich, dass eingewilligte Patienten gleich zu Beginn des Assessments die Einwilligung zurückziehen (überrascht über Aufwand oder Inhalt):
 - bei Patienteninformation und -einwilligung stärker darauf eingehen, was die Patienten erwartet, dass eine Befragung mit einer Dauer von ca. 30 bis 60min stattfindet (auch wenn dann mehr Patienten gar nicht erst einwilligen)
 - darauf hinweisen, dass es gibt keine richtigen und falschen Antworten gibt, es geht darum, die Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu verbessern
- Patienten sind überfordert von der "Testbatterie"
 - Möglichkeit, bei Bedarf das Assessment über zwei, möglichst aufeinanderfolgende Tage zu verteilen (Erhebungsdatum jedes Tests wird in IdA-Portal notiert), es sollten nicht mehrere Tage zwischen den Tests liegen
- Bei der Durchführung der Screenings kann es zu Nebengeräuschen, Störungen oder Unterbrechungen kommen (Essen wird gebracht, geholt, Physiotherapie im Zimmer etc.), die die Durchführung erschweren
 - Grundsätzlich: zwar ist eine möglichst störungsfreie Durchführung des Assessments wünschenswert. Da aber alle Patienten ähnliche Rahmenbedingungen haben, sind die erhobenen Daten für unsere Zielgruppe aussagekräftig.
 - Was sind gute Zeitfenster auf den Stationen, um das Assessment mit den Patienten durchführen zu können? Bitte sensibilisieren Sie die Pflegekräfte (und ggf. weitere) auf den Stationen für die Durchführung des IdA-Projekts
 - ggf. Nachfragen beim Patienten, wann es besser passt (z.B. wenn er Besuch hat)
- **Wichtig:** Störungsfreie Durchführung und Vollständigkeit wird im IdA-Portal erfragt, deshalb auf Bogen notieren

4.1 Barthel-Index

4.1.1 Vorgehen Barthel-Index

- Messung der Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag
- Version, die auch im ICD als Anwendungsstandard festgelegt ist und vom MDS verwendet wird; wird für geriatrische Abteilungen in Kliniken empfohlen (Literatur: Lübke et al. 2004)
- Zeitbedarf: je nach Kooperationsfähigkeit des Patienten ca. 5-12 Min
- sowohl genutzt über Selbsteinschätzung des Patienten, Fremdeinschätzung als auch Beobachtung → IdA: Selbsteinschätzung
- 10 Items mit zwei bis vier Stufen
- je nach Item werden in 5-Punkt-Abstufungen 0 bis maximal 5, 10 oder 15 Punkte vergeben → Werte von 0 bis 100 möglich:
 - Je höher der Wert, desto höher ist das Ausmaß der Selbständigkeit

- 0-30 (weitgehend pflegeabhängig)
- 35-80 (hilfsbedürftig)
- 85-95 (punktuell hilfsbedürftig)
- 100 (Zustand kompletter Selbständigkeit)
- Die Fragen beziehen sich auf die aktuelle Situation: „Es geht darum, dass Sie im Krankenhaus gut versorgt werden. Dafür möchten wir wissen, was Sie aktuell selbständig können (und was nicht).“
- Instrument wird als Befragungsinstrument genutzt, grundsätzlich werden die vom Patienten gegebenen Antworten als wahr angenommen (Ausnahme: offensichtliche Falschantworten)
- Wenn Patient keine Antwort gibt/ eine Beantwortung möglich ist, wird dies im IdA-Portal vermerkt
- Gründe für das Nichtbeantworten einer Frage oder Störungen bei der Durchführung (z.B. medizinische Gründe; Patient kann oder möchte nicht antworten) werden auf dem Papierbogen vermerkt

Name des Patienten:	
Erfassungsdatum:	



Hamburger Manual zum Barthel-Index

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

→ Quantitativer Summenwert, max. 100 möglich; je höher der Wert, desto selbständiger ist der Patient

PUNKTE

ESSEN	
10	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, <u>aber</u> selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
0	kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung

1.

AUFSETZEN & UMSETZEN	
15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
10	Aufsicht oder <u>geringe</u> Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
5	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

2.

SICH WASCHEN	
5	vor Ort <u>komplett selbständig</u> incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
0	erfüllt „5“ nicht

3.

TOILETTENBENUTZUNG	
10	vor Ort <u>komplett selbständige</u> Nutzung von Toilette oder Toilettensstuhl incl. Spülung / Reinigung
5	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toilettens- oder Toilettensstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung <u>erforderlich</u>
0	benutzt <u>faktisch</u> weder Toilette noch Toilettensstuhl

4.

BADEN / DUSCHEN	
5	selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
0	erfüllt „5“ nicht

5.

PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie (endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen)
 MS-Ernährung = Ernährung bei Multipler Sklerose

PUNKTE

AUFSTEHEN & GEHEN	
15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
5	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <i>alternativ:</i> im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
0	erfüllt „5“ nicht

6.

TREPPENSTEIGEN	
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
0	erfüllt „5“ nicht

7.

AN- & AUSKLEIDEN	
10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
5	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
0	erfüllt „5“ nicht

8.

STUHLKONTROLLE	
10	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

9.

HARNKONTROLLE	
10	ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

10.

Version KF 1.1, erstellt: 9.11.2004 i.A. der Bundesärztekommunikation der Kliniken-Gesellschaften e.V.

SUMME

Konnte der Barthel-Index vollständig durchgeführt werden?

☐ Ja☐ Nein

Welche Aufgaben konnten nicht durchgeführt werden und warum?

ATS =

AP-Versorgung =

DK =

Anziehhilfen z.B. für Kompressionsstrümpfe

Anus praeter (künstlicher Darmausgang)

Dauerkatheter

2

Hinweise zur Nutzung

- Ausgang jeder Dimension:
 - „Benötigen Sie bei (Tätigkeit/ Verrichtung) Hilfe von einer Person?“ Es werden Beispiele genannt (s. jeweilige Verrichtung)
 - Antwortet der Patient mit nein, erfolgt die Nachfrage, ob er diese Tätigkeit/ Verrichtung **komplett** selbstständig durchführt.
 - Bejaht der Patient, wird die jeweilige Höchstpunktzahl vergeben.
 - Antwortet der Patient, dass er Hilfe benötigt, erfolgt weitere Nachfrage (s. jeweilige Verrichtung).

1. Essen:

- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person beim Essen, z.B. beim Kleinschneiden, beim Brot Schmieren, beim Nutzen von Messer und Gabel?“ Bei PEG-Sonde: „Benötigen Sie Hilfe beim Nutzen Ihrer Magen-Sonde (PEG)?“
 - b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 10 Punkte
 - c. Hilfe „ja“ → „Können Sie das Essen selbständig zum Mund führen und einnehmen?“ („Haben Sie eine Magen-Sonde (PEG)?“)
 - Antwort: nein → 0 Punkte
 - Antwort: ja → 5 Punkte
- 2. Aufsetzen und Umsetzen:**
- Geringe Hilfe = ungeschulte Laienhilfe, erhebliche Hilfe = geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe*
- a. „Müssen Sie aufgrund ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation im Bett liegen und dürfen das Bett nicht verlassen, z.B. sich auf einen Stuhl setzen?“
 - b. Antwort: ja → 0 Punkte
 - c. Antwort: nein → „Wenn Sie im Bett liegen und sich z.B. auf einen Stuhl (Rollstuhl) setzen wollen bzw. vom Stuhl aus aufs Bett legen wollen – benötigen Sie hierfür Hilfe?“
 - d. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 15 Punkte
 - e. Hilfe „ja“ → Nachfrage: „Benötigen Sie für das Aufrichten oder Hinlegen...“
 - Antwort: Geringe Hilfe einer Person → 10 Punkte
 - Antwort: erhebliche Hilfe einer Person → 5 Punkte
- 3. Sich Waschen:**
- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person, wenn Sie sich waschen wollen, also z.B. beim Hände und Gesicht waschen, beim Zähneputzen oder Haare Kämmen?“
 - b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 10 Punkte
 - c. Hilfe „ja“ → 0 Punkte
- 4. Toilettenbenutzung:**
- a. „Benutzen Sie die Toilette oder den Toilettenstuhl?“
 - b. Antwort „nein“ → 0 Punkte
 - c. Antwort „ja“: „Benötigen Sie Hilfe von einer Person beim Nutzen der Toilette (des Toilettenstuhl), z.B. beim Hose runter- und hochziehen, beim Saubermachen mit Toilettenpapier oder beim Spülen?“
 - d. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 10 Punkte
 - e. Hilfe „ja“ → Nachfrage: 5 Punkte
- 5. Baden/Duschen:**
- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person beim Baden oder Duschen, z.B. beim Ein- oder Aussteigen, beim Waschen oder Abtrocknen?“ (nicht an- oder ausziehen)
 - b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 5 Punkte
 - c. Hilfe „ja“ → 0 Punkte
- 6. Aufstehen und Gehen**
- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person, wenn Sie sitzen und aufstehen möchten?“
 - b. → Antwort: nein → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → „Können Sie mindestens 50m ohne Rollator (aber ggf. mit Gehstützen, Stöcken) gehen?“
 - → Antwort: ja → 15 Punkte
 - → Antwort: nein → Nachfrage: „Können Sie die Strecke mit Rollator bewältigen?“
 - → Antwort: ja → 10 Punkte
 - c. → Antwort (a.): ja → „Können Sie sich alleine mit dem Rollator oder einem Rollstuhl bewegen?“
 - → Antwort: ja → 5 Punkte
 - → Antwort: nein → 0 Punkte
- 7. Treppeneinsteigen:**

Ein Stockwerk wird mit ca. 17 Stufen angegeben

- a. „Benötigen Sie die Hilfe einer Person, um die Treppen eines Stockwerks hinauf und hinunter zu steigen?“
- b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe → Ja → 10 Punkte
- c. Hilfe „ja“ → „Mit Hilfe einer Person können Sie die Treppen eines Stockwerks hinauf und hinunter steigen?“
 - → Antwort: ja → 5 Punkte
 - → Antwort: nein → 0 Punkte

8. An- und Auskleiden:

Vorgabe: in angemessener Zeit = nicht klar definiert, daher nicht explizit erwähnen

- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person, wenn Sie sich komplett an- oder ausziehen wollen, z.B. Pullover, Hose, Strümpfe, Schuhe, Prothesen?“
- b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe → Ja → 10 Punkte
- c. Hilfe „ja“ → „Können Sie sich den Oberkörper an- und ausziehen ohne Hilfe einer Person?“
 - Hilfe: „ja“ → 5 Punkte
 - Hilfe: „nein“ → 0 Punkte

9. Stuhlkontrolle

- a. „Können Sie Ihren Stuhl immer halten (kontrollieren) und ggf. selbständig rektale Abführmaßnahmen durchführen, z.B. mit einem Klistier?“
- b. Antwort: ja → 10 Punkte
- c. Antwort: nein → „Passiert es Ihnen häufiger als einmal pro Woche, dass Sie Stuhl nicht halten können?“ (Hier wird nicht nur die aktuelle Situation erhoben)
 - Antwort: Ja → 0 Punkte
 - Antwort: nein: → 5 Punkte
- d. bei künstlichem Darmausgang: „Versorgen Sie Ihren künstlichen Darmausgang komplett selbständig?“
- e. Antwort: ja → 10 Punkte
- f. Antwort: nein → 5 Punkte

10. Harnkontrolle

- a. „Können Sie Ihren Harn/ Urin immer halten?“
- b. Antwort: ja → 10 Punkte
- c. Antwort: nein → „Haben Sie Ihre Harninkontinenz selbständig so unter Kontrolle, dass Sie Ihre Kleidung oder die Bettwäsche nie einnässen?“
 - Antwort: ja → 10 Punkte
 - Antwort: nein → „Passiert es Ihnen häufiger als einmal am Tag, dass Sie Kleidung oder Bettwäsche einnässen?“
 - Antwort: nein → 5 Punkte
 - Antwort: ja → 0 Punkte
- d. bei Harnkathetersystem: „Versorgen Sie Ihren Harnkatheter komplett selbständig?“
- e. Antwort: ja → 10 Punkte
- f. Antwort: nein → 5 Punkte

4.1.2 Dokumentation im IdA-Portal

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Eingangsassessament

Erhebungsdatum Barthel-Index: *

25.06.2021

Konnte der Barthel-Index durchgeführt werden?: *

- Ja
- Nein, aufgrund des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung nicht möglich
- Nein, Mitwirkung verweigert

- Konnte der Barthel-Index aufgrund der oben genannten Gründe nicht durchgeführt werden, erscheinen keine weiteren Fragen zum Barthel-Index
→ weiter mit MMST

Erhebungsdatum Barthel-Index: *

25.06.2021

Konnte der Barthel-Index durchgeführt werden?: *

Ja

Ergebnis des Barthel-Index: *

85

Konnte der Barthel-Index vollständig ausgeführt werden?: *

- Ja
- Nein, nur unvollständig
- Nein, mit Störungen durchgeführt

Welche Aufgaben wurden ausgelassen?: *

2; 5

Hinweis: Eingabe von Zahlen, durch Semikolon (;) getrennt.

- Bitte geben Sie an,
 - ob der Test vollständig durchgeführt werden konnte oder nicht
 - → Wenn „Nein, nur unvollständig“ bitte im weiteren Feld die Nummern der ausgelassenen Aufgaben mit Semikolon getrennt voneinander notieren
 - ob der Test ohne Störungen und Unterbrechungen durchgeführt werden konnte oder nicht

4.2 MMST

4.2.1 Vorgehen MMST

- MMST = Minimental Status Test – gemischtes Assessment zur Feststellung kognitiver Defizite
- Folstein et al. 1975; Lizenzversion Hogrefe-Verlag
- Zeitbedarf: je nach Kooperationsfähigkeit 5 bis 15 Min.
- Durchführung: auf ungestörtes Setting achten, zusätzliches Material nötig, Fragen und Handlungsaufgaben
- Werte von 0 bis 30 möglich
 - 24-30 Punkte: keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung
 - 17-23 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkung
 - 0-16 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkung
- Berücksichtigen von körperlichen Einschränkungen (und ggf. anderen Faktoren wie Störungen), die die Durchführung behindern, durch Vermerk auf Testblatt und im IdA-Portal
- **Wichtig:** Patienten bitten, die Fragen ohne Blick auf einen Kalender zu beantworten

Mini-Mental-Status-Test

MMST

Name _____ geb. _____ Jahre _____

Testdatum _____ Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐

Schulbildung _____ Beruf _____

1. Orientierung Jeweils 1 Pkt. für jede richtige Antwort

Score

1. Datum
2. Wochentag
3. Monat
4. Jahr
5. Jahreszeit
6. Bundesland
7. Land
8. Stadt
9. Klinik/Praxis/Altersheim
10. Stockwerk

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Σ

2. Merkfähigkeit VL nennt nebenstehende Begriffe und fordert Pb anschließend zur Reproduktion auf; es wird 1 Pkt. für jede richtige Antwort vergeben. Bitte Pb daran erinnern, sich die Worte zu merken.

11. «Auto»
12. «Blume»
13. «Kerze»

☐
☐
☐

Σ

Wenn nicht alle 3 Begriffe genannt wurden, erneute Darbietung durch VL usw.; max. 6 Wiederholungen.

Anzahl der Versuche bis zur vollständigen Reproduktion der 3 Wörter:

☐

3. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit In 7-er-Schritten, beginnend bei 100, rückwärts zählen; Abbruch bei 5 Antworten; 1 Pkt./ richtige Antwort. Bei falscher Antwort richtiges Ergebnis nennen. Vor korrektem Ergebnis aus folgt die nächste Subtraktion.

14. «93»
15. «86»
16. «79»
17. «72»
18. «65»

☐
☐
☐
☐
☐

Σ

Bei Akalkulie alternativ: Radio rückwärts buchstabieren o-i-d-a-r

☐ max. 5 Pkt.

4. Erinnerungsfähigkeit Den Pb nach den bei 2. genannten Wörtern fragen; 1 Pkt./richtige Nennung.

19. «Auto»
20. «Blume»
21. «Kerze»

☐
☐
☐

Σ

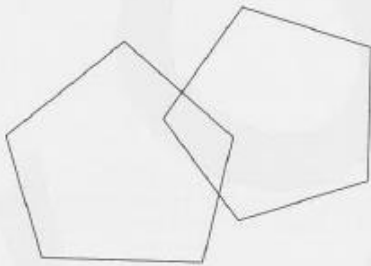
5. Sprache 1 Pkt. für jede korrekte Antwort/Handlung.

22. Armbanduhr benennen
23. Bleistift benennen
24. Nachsprechen des Satzes: «Sie leiht ihm kein Geld mehr»
Kommandos befolgen:
25. Blatt Papier in die rechte Hand
26. - in der Mitte falten
27. - auf den Tisch legen
28. Anweisung auf der Rückseite dieses Blattes vorlesen und befolgen
29. Schreiben eines vollständigen Satzes (Rückseite)
30. Nachzeichnen (Rückseite)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Σ

Bitte schließen Sie die Augen!



Hinweise zur Durchführung

- im Kopfbogen muss nur Name und Testdatum ausgefüllt werden → dient lediglich der eigenen Zuordnung des Bogens zu einem Patienten
- Vorbereitung nötig: Tisch o.ä., Materialien, extra Blatt Papier zum Falten, etc.
- Wenn möglich Anfassen des Patienten und seines Tisches o.ä. vermeiden
- Einstieg: „Einiges von dem, was ich Sie jetzt frage, ist für Sie vielleicht zu einfach, aber es gehört zum Fragebogen des Projekts dazu.“ (nicht von Test reden, eher als Befragung bezeichnen)
- Ggf. zwischenzeitlich motivieren
- Frage 1.1:
 - Wenn das korrekte vollständige Datum genannt wird, erübrigen sich ggf. 1.2- 1.4 (in Abhängigkeit der Antwort) → Wert wird vergeben
- Frage 1.5:
 - Jahreszeit → bei März, Juni, September und Dezember: flexible Handhabung
- Frage 1.6-1.10:
 - bezieht sich auf Krankenhaus
- Frage 2:
 - „Dürfen wir Ihre Merk- und Erinnerungsfähigkeit prüfen?“ Die drei Begriffe langsam und nacheinander vorlesen. Dann wird der Patient gebeten, die Begriffe zu wiederholen.
 - Ergebnis der ersten Wiederholung wird notiert (0-3 Punkte), **ABER**: Patient darf max. 6mal üben, falls er falsch antwortet (ohne dass weitere Punkte vergeben werden) → können die drei Begriffe auch beim 6. Mal nicht wiederholt werden, kann das Erinnerungsvermögen nicht überprüft werden
- Frage 3:
 - Falls Patient „Rückwärtszählen“ nicht kann (z.B. Akalkulie/Rechenschwäche) oder nicht will, wird er gebeten, das Wort „Radio“ rückwärts zu buchstabieren
- Frage 4:
 - Erster Versuch zählt
- Frage 5.22:
 - Bitte „klassische“ Armbanduhr mitbringen (keine Smartwatch)
- Frage 5.26:
 - Mitte muss halbwegs erkennbar sein (nicht diagonal gefaltet)
- Frage 5.27:
 - Ggf. anpassen (z.B. aufs Tablett, aufs Klemmbrett etc.)
- Frage 5.28:
 - Punkt wird nur vergeben, wenn Satz befolgt wird (Augen schließen)
- Frage 5.29:
 - (natürlich hierfür Augen wieder auf) → Satz wird nicht vorgegeben, soll Verb und Subjekt enthalten, Grammatik und Interpunktion werden nicht bewertet
- Frage 5.30:
 - Patienten bitten, die Figur genauso zu kopieren/ abzuzeichnen, wie vorgegeben
 - Wenn Patient keinen eigenen Stift hat, dann Stift desinfizieren vor und nach dem Patientenkontakt
 - Alle zehn Winkel müssen sichtbar sein und zwei sollen sich überschneiden → nur dann Punktzahl 1
 - Tremor und Drehungen werden ignoriert

4.2.2 Dokumentation im IdA-Portal

- Abfrage genau wie bei Barthel-Index
- Einziger Unterschied, die Frage nach der vollständigen Durchführung des MMST
 - → Können einzelne Aufgaben (oder ganze Aufgabenkategorien) nicht durchgeführt werden, dann bitte die **Anzahl der ausgelassenen Einzelaufgaben** (0-30) in das Feld ausgelassene Aufgaben eingeben
 - Z.B. Patient ist blind und konnte Block 5 nicht beantworten → ausgelassene Aufgaben: 9
- **Wichtig:** als ausgelassene Aufgaben werden nur Aufgaben gekennzeichnet, die aufgrund einer körperlichen Einschränkung nicht durchführbar sind. Bei Aufgaben, die der Patient nicht beantworten **will**, werden Fehlerpunkte vergeben.

4.3 Short-CAM

4.3.1 Vorgehen Short CAM

- Short CAM = Confusion Assessment Method – Algorithmus zur Erkennung eines Delirs
- Erstveröffentlichung: Inouye et al. 1990, vorliegende Version autorisiert vom Entwickler
- Zeitbedarf: 5 bis 10 Minuten inkl. obligatorischer kognitiver Testung (erfolgt bei IdA automatisch)
- Durchführung: beurteilt wird durch Beobachtung des Patienten das Vorhandensein von vier Merkmalen
- Ein Delir liegt vor, wenn die Merkmale 1a **und** 1b **und** 2 sowie 3 **oder** 4 vorliegen.
- **Achtung:** Bei Vorliegen der Merkmale 1a **oder** 1b **und** 2 sowie 3 **oder** 4 wird „*Delir: eventuell*“ vergeben
- Berücksichtigen von körperlichen Einschränkungen (und ggf. anderen Faktoren wie Störungen), die die Durchführung behindern, durch Vermerk auf Testblatt und im IdA-Portal
- Erfassung des CAM jeden zweiten Tag in IdA

Name des Patienten:	
Erfassungsdatum:	



SHORT CAM (Delir)

METHODE ZUR ERFASSUNG DER VERWIRRTHEIT (CAM) GEKÜRZTE VERSION ARBEITSBLATT		
I. AKUTER BEGINN UND FLUKTUIERENDER VERLAUF		
a) Gibt es Hinweise auf eine akute Veränderung des mentalen Status des Patienten/der Patientin im Vergleich zum Normalzustand (baseline) des Patienten/der Patientin?	Nein___	Ja___ Unklar___
b) Fluktuierte das (abnormale) Verhalten über den Tag, d. h. tendierte es dazu, zu kommen und zu gehen oder in der Stärke zu- und abzunehmen?	Nein___	Ja___ Unklar___
II. UNAUFMERKSAMKEIT		
Hatte der Patient/die Patientin Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, war er/sie z. B. schnell ablenkbar oder hatte er/sie Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen?	Nein___	Ja___ Unklar___
III. DESORGANISIERTES DENKEN		
War das Denken des Patienten/der Patientin desorganisiert oder inkohärent, wie z. B. weitschweifende oder irrelevante Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss oder unberechenbares Springen von Thema zu Thema?	Nein___	Ja___ Unklar___
IV. VERÄNDERUNG DES BEWUSSTSEINZUSTANDS		
Wie würden Sie den Bewusstseinszustand des Patienten/der Patientin insgesamt beschreiben?		
-- Wach (normal)		
-- Hypervigilant		
-- Lethargisch (schläfrig, leicht weckbar)		
-- Stupor (schwer weckbar)		
-- Koma (nicht weckbar)		
-- Unklar		
Wurde oben etwas anderes als „Wach“ oder „Unklar“ als Antwort angegeben?	Nein___	Ja___
Hinweis: Wenn alle Antworten im KASTEN 1 angekreuzt sind und zumindest eine Antwort in KASTEN 2, wird die Diagnose Delir empfohlen.		

Ergebnis

Delir vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Eventuell

Hinweis: Nutzung des Fragebogens von HELP für IdA freigegeben
Copyright © Hospital Elder Life Program, LLC

Hinweise zur Durchführung

- Frage 1:
 - Grundlage der Einschätzung ist die subjektive Wahrnehmung des Patienten durch die Study Nurse während der Zeit des Kurzscreenings und Eingangsassessments
- Frage 4:

- Hypervigilant = überwacht
- Ergebnis: Delir vorliegend?
 - Ein Delir liegt vor,
 - wenn im Kasten 1 die Merkmale Nr. 1a **und** Nr. 1b **und** Nr. 2 mit Ja angekreuzt
 - sowie im Kasten 2 Nr. 3 **oder** 4 mit Ja angekreuzt sind.
 - Zusätzlich zur Bewertung Delir „Ja“ oder „Nein“ wurde für die Prä-Erhebung die Möglichkeit eines Verdachts auf Delir für die Dokumentation aufgenommen. Hintergrund: Frage 1 und 2 können unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt beantwortet werden (dazu auch Inouy 2001).
 - → Ein Verdacht auf Delir („eventuell“) liegt vor, wenn:
 - wenn im Kasten 1 die Merkmale Nr. 1a **oder** Nr. 1b **und** Nr. 2 mit Ja angekreuzt
 - sowie im Kasten 2 Nr. 3 **oder** 4 mit Ja angekreuzt sind.

4.3.2 Dokumentation im IdA-Portal

Erhebungsdatum CAM: *

25.06.2021

Ergebnis des CAM - Ist ein Delir vorhanden?: *

Ja
Nein
Eventuell

- „Ja“ wird ausgewählt, wenn 1a), 1b) und 2) UND 3) ODER 4) angekreuzt sind
- „Eventuell“ wird ausgewählt, wenn 1a) ODER 1b) und 2) UND 3) ODER 4) angekreuzt sind

4.4 Wohnsituation und Hilfsmittel

4.4.1 Vorgehen

- Erhoben wird, in welcher Wohnsituation der Patient lebt. Es ist eine Auswahlmöglichkeit aus den Folgenden auszuwählen: alleine im eigenen Haushalt lebend; mit Partner/Partnerin und/oder Familienangehörigen im Haushalt lebend; in Wohngemeinschaft/im betreuten Wohnen lebend; im Altenwohnheim/ Pflegeheim lebend; Sonstiges; Unbekannt

4.4.2 Dokumentation im IdA-Portal

Erhebungsdatum Wohnsituation: *

25.06.2021

* Pflichtfeld

Zurück Zwischenspeichern Prüfen und Speichern

Aus welcher Wohnsituation kommt der Patient in die Klinik?: *

alleine im eigenen Haushalt lebend
mit Partner/Partnerin und/oder Familienangehörigen im Haushalt lebend
in Wohngemeinschaft/ im betreuten Wohnen lebend
im Altenwohnheim/ Pflegeheim lebend
Sonstiges
Unbekannt

5. IDA-BEDARFSERMITTLUNG UND -BEDARFSANPASSUNG

5.1 Bedarfsermittlung

5.1.1 *IdA-spezifische Betreuung notwendig*

- Es werden alle Punkte inkl. Datumangabe abgefragt
- Nach Durchführung des Eingangsassessments wird entschieden, ob eine IdA-spezifische Betreuung für den betreffenden Patienten notwendig ist oder nicht.
- Ist keine IdA-spezifische Betreuung notwendig, wird der Fall im Portal abgebrochen und ist für die weitere Bearbeitung gesperrt.

The screenshot shows the 'Bedarfserfassung' (Need Assessment) form. At the top left is the IdA logo and navigation links 'Startseite' and 'Fall erfassen'. The main title 'Bedarfserfassung' is underlined. Below it, there are two input fields: 'Erhebungsdatum IdA-spezifische Betreuung: *' with the value '13.11.2020' and 'Ist eine IdA-spezifische Betreuung des Patienten nötig?: *' with a dropdown menu showing 'Ja' and 'Nein'. A note '* Pflichtfeld' (mandatory field) is present. At the bottom are three buttons: 'Zurück', 'Zwischenspeichern', and 'Prüfen und Speichern'.

5.1.2 *Patientengespräch und Angehörigengespräch*

- Wird eine IdA-spezifische Versorgung als notwendig angesehen, findet ein erstes Patientengespräch sowie ein erstes Angehörigengespräch statt.
- Gründe, warum kein Patientengespräch oder Angehörigengespräch stattfand, bitte angeben

The screenshot shows the 'Patientengespräch und Angehörigengespräch' form. It has two main sections. The first section is for the 'Patientengespräch' (Patient Interview) with the label 'Erhebungsdatum Patientengespräch: *' and a date input field containing '10.06.2021'. The second section is for the 'Angehörigengespräch' (Family Interview) with the label 'Erhebungsdatum Erstgespräch mit Angehörigen: *' and an empty date input field. To the right of the first section is a dropdown menu labeled 'Fand ein Patientengespräch statt?: *' with a list of options: 'Ja, mit Patient', 'Ja, mit gesetzlichem Betreuer', 'Ja, mit Patient und gesetzlichem Betreuer', 'Nein, allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten', 'Nein, Ausmaß kognitiver Einschränkungen zu stark', 'Nein, vom Patienten/gesetzlichen Vertreter nicht gewünscht', 'Nein, organisatorische/ressourcenbezogene Gründe', 'Nein, Corona-bedingte Gründe', 'Nein, keine Notwendigkeit gesehen', and 'Nein, Sonstiges'.

- Neben dem Angehörigengespräch kann ein Einbindungsgespräch mit den Angehörigen stattfinden: Im Rahmen des Gesprächs wird festgelegt, ob der Angehörige als tagesstrukturierender Faktor mit einer festen Terminstruktur während des Krankenhausaufenthaltes eingebunden wird.
 - Auswählen, ob der Angehörige regelmäßig eingebunden wird (vor Ort) oder nicht

Erhebungsdatum Erstgesprächs mit Angehörigen: *	Fand ein erstes Gespräch mit den Angehörigen des Patienten statt?: *
11.06.2021	▼
Erhebungsdatum Erstgespräch Pflegeteam: *	Ja Nein, Patient hat keine Angehörigen Nein, Patient / gesetzlicher Vertreter möchte nicht Nein, Angehöriger kann oder möchte nicht Nein, Corona-bedingte Gründe Nein, sonstige Gründe (z. B. Terminprobleme, keine Notwendigkeit gesehen)

5.1.3 **Erstgespräch Pflegeteam & Abstimmung ambulante Dienste**

- Fand ein erstes Gespräch mit dem versorgenden Pflegeteam auf der Station statt oder nicht?
- Wurden ambulante Dienstleister/ Leistungserbringer, die den Patienten betreuen, kontaktiert und sich mit diesen abgestimmt?
 - Es können mehrere Leistungserbringer ausgewählt werden
 - Sollten nicht genannte Leistungserbringer kontaktiert werden, bitte Sonstiges wählen

Erhebungsdatum Erstgespräch Pflegeteam: *	Fand ein Erstgespräch mit dem Pflegeteam auf Station statt?: *
10.06.2021	▼
Erfolgte eine Kontaktaufnahme und Abstimmung mit den ambulanten Leistungserbringern? Wenn ja, mit welchem?: *	Erhebungsdatum keine organisatorische Gründe: *
1 ausgewählt ☐ Ja, Hausarzt ☐ Ja, Facharzt ☐ Ja, Pflegedienst/Pflegeeinrichtung ☐ Ja, Sonstige ☒ Nein, organisatorische Gründe ☐ Nein, kein Bedarf	

- Achtung: bei Mehrfachauswahl fehlt Plausibilitätsprüfung im Portal
 - Bitte darauf achten „kein Bedarf“ nicht zusätzlich zu anderen Leistungserbringern auszuwählen

5.1.4 **Empfehlung zur Anforderung von Konsilen**

- Es besteht die Auswahlmöglichkeit für alle Konsile (Mehrfachauswahl), die empfohlen werden (pharmakologisch, geriatrisch, psychiatrisch, neurologisch).

Wurde die Empfehlung zur Anforderung eines oder mehrerer Konsile gegeben? Wenn ja, für welche?: *

2 ausgewählt

- ☐ Empfehlung für Anforderung eines pharmakologischen Konsils
- ☐ Empfehlung für Anforderung eines geriatrischen Konsils
- ☒ Empfehlung für Anforderung eines psychiatrischen Konsils
- ☐ Empfehlung für Anforderung eines neurologischen Konsils
- ☒ kein Konsil empfohlen

Erhebungsdatum psychiatrischen Konsils: *

Erhebungsdatum kein Konsil empfohlen: *

Wurde ein Maßnahmenplan erstellt?: *

- → bitte beachten: wird ein oder werden mehrere Konsile ausgewählt, darf nicht „kein Konsil empfohlen“ ausgewählt werden (bei Mehrfachauswahl fehlt Plausibilitätsprüfung im Portal)

5.1.5 Maßnahmenplan und Abstimmung

- Es ist anzugeben, welche Maßnahmen (Mehrfachauswahl) für den Patienten ausgewählt wurden.
- Folgende Maßnahmen können ausgewählt werden:
 - Einzelbetreuung
 - Gruppenbetreuung
 - Angehörigenberatung
 - Angehörigenschulung

Erhebungsdatum des Maßnahmenplans: *

11.06.2021

Welche Bestandteile beinhaltet der Maßnahmenplan?: *

2 ausgewählt

- ☒ Einzelbetreuung
- ☒ Gruppenbetreuung
- ☐ Angehörigenberatung
- ☐ Angehörigenschulung

Erhebungsdatum der Bestandteile der Einzelbetreuung: *

Erhebungsdatum der Bestandteile der Gruppenbetreuung: *

Welche Spezifizierungen beinhaltet die Gruppenbetreuung?: *

Bitte wählen ...

- Es muss angegeben werden, ob der Maßnahmenplan mit dem fallführenden Arzt des Patienten abgestimmt wurde.
- Anschließend erfolgt eine Abfrage der Spezifizierungen der einzelnen Maßnahmen (Einzel- und Gruppenbetreuung)
- Mehrfachauswahl ist möglich

- Bei Auswahl Sonstiges, öffnet sich ein zusätzliches Textfeld

Erhebungsdatum der Bestandteile der Einzelbetreuung: *
 11.06.2021

Erhebungsdatum der Bestandteile der Gruppenbetreuung: *

Welche Spezifizierungen beinhaltet die Einzelbetreuung?: *

Bitte wählen ...

- ☐ Kognitiv aktivierende Maßnahmen
- ☐ Kognitiv beruhigende Maßnahmen
- ☐ Mobilisierende Maßnahmen
- ☒ Abendritual
- ☐ Mahlzeitenbegleitung
- ☐ Sonstiges

5.2 Bedarfsanpassung

- Nach der Bedarfsermittlung bestehen verschiedene Möglichkeiten im Portal

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Stammdaten

IdA-Akte erfassen weitere Aktionen ▾

Institutskennzeichen: 2

Erhebungsdatum geeignet: 26.05.2021

- Eingangsassessament einsehen
- Bedarfsermittlung einsehen
- Bedarfsanpassung erfassen
- Entlassen
- vorzeitiger Abbruch
- Verlegung
- Fall löschen
- Historie einsehen

- Im Laufe der Durchführung von IdA beim Patienten kann sich die Notwendigkeit der Anpassung von einzelnen IdA-Maßnahmen/-Modulen ergeben
- Die Inhalte der Bedarfsanpassung unterscheiden sich nicht von denen der Bedarfsermittlung: Es wird abgefragt:
 - Empfehlung zur Anforderung eines Konsils
 - Anpassung des Maßnahmenplans
 - Bestandteile des (angepassten) Maßnahmenplans (**Wichtig:** auch hier wieder unter Sonstiges im Freitextfeld die einzelnen Maßnahmen auflisten)

- Abstimmung des Maßnahmenplans mit dem fallführenden Arzt

Bedarfsanpassung

Datum der Erhebung: *

09.11.2020

Wurde die Empfehlung zur Anforderung eines oder mehrerer Konsile gegeben? Wenn ja, für welche? (Unter „Bedarfsermittlung“ bereits angegebene Konsile bitte nicht nennen, außer sie wurden ein weiteres Mal empfohlen): *

Bitte wählen ...

- ☒ Empfehlung für Anforderung eines pharmakologischen Konsils
- ☐ Empfehlung für Anforderung eines geriatrischen Konsils
- ☐ Empfehlung für Anforderung eines psychiatrischen Konsils
- ☐ Empfehlung für Anforderung eines neurologischen Konsils
- ☐ kein Konsil empfohlen

* Pflichtfeld

Zurück

Speichern

Erfolgte eine Anpassung des Maßnahmenplans?: *

Ja

Welche Bestandteile beinhaltet der Maßnahmenplan? (Hier alle Maßnahmen des aktuellen Plans erfassen): *

2 ausgewählt

- ☒ Einzelbetreuung
- ☒ Gruppenbetreuung
- ☐ Angehörigenberatung
- ☐ Angehörigenschulung

Welche Spezifizierungen beinhaltet die Gruppenbetreuung?: *

Bitte wählen ...

- Eine Bedarfsanpassung ist unbegrenzt oft möglich – Wer dies vorgenommen hat, geht aus der Historie hervor
- **Achtung:** es fehlt die Plausibilitätsprüfung → bitte darauf achten, dass das Datum der Bedarfsanpassung nicht vor dem Datum der Bedarfsermittlung liegt
 - ➔ IdA-Akten der bereits ausgefüllten Tage werden dadurch nicht rückwirkend verändert
 - ➔ Neue Maßnahmen werden erst in der darauffolgenden IdA-Akte angefragt

6. IDA-DURCHFÜHRUNG – DIE IDA-AKTE

- IdA-Akten können direkt nach dem Eingangsassessment erfasst werden oder erst nach der Bedarfsermittlung
 - Je nach Zeitpunkt der Erfassung werden unterschiedliche Daten abgefragt

6.1 Vorgehen

In der sog. IdA-Akte können verschiedene Daten für den Patienten täglich bzw. zweitäglich eingegeben werden. Folgende Angaben sind möglich:

- Zwischenaufenthalt auf der IST/IMC
- Medikation
- Sturz
- Hochgezogene Bettgitter
- Herausforderndes Verhalten
- CAM → dieser wird in der Wirkungsevaluation zweitäglich erfasst
- Austausch Pflegedienst
- Durchführung von IdA-Fallbesprechungen
- Besonderheiten

→ Wurde das Formular Bedarfserfassung bereits befüllt, werden zusätzlich folgende Punkte in der IdA-Akte abgefragt

In der sog. IdA-Akte können verschiedene Daten für den Patienten täglich bzw. zweitäglich eingegeben werden. Folgende Angaben sind möglich:

- Tagesbetreuung (Einzel- und Gruppenbetreuung)
- Angehörigenberatung
- Angebot für Angehörigenschulung
- Durchführung von Konsilen
- Abgeleitete Maßnahmen aus Konsilen

6.2 Dokumentation im IdA-Portal

6.2.1 *Zwischenaufenthalt auf der ITS/IMC*



The screenshot shows the 'IdA' logo in the top left corner. To its right is a navigation bar with the links 'Startseite', 'Fall erfassen', 'Reports', and 'Export'. Below this, the main heading 'Akte erfassen' is displayed. The form contains two fields: 'Datum der Erhebung: *' with a text input containing '14.06.2021', and 'Befindet sich der Patient auf der ITS/IMC?: *' with a dropdown menu currently showing 'Nein'.

- Befindet sich der Patient derzeit auf der ITS (oder Niederlausitz auch: IMC) wird weiterhin für jeden Tag seines Aufenthaltes eine Akte angelegt
 - Auswahl „Ja“ - keine weitere Eingabe der Medikation usw. erforderlich
 - Weiter mit vollständiger Eingabe, sobald Patient wieder auf teilnehmender Station liegt (Medikation kann auch nach ITS wieder aus letzter Speicherung übernommen werden und wird auch in der gespeicherten Reihenfolge wiedergegeben)

6.2.2 **Medikamente**

- Erfassung der Medikation während des Aufenthaltes, soll rückwirkend für jeden Tag des Aufenthaltes gemacht werden ab Aufnahme im Krankenhaus
- Medikation kann aus der letzten Speicherung übernommen und abgeändert werden
- **Medikationstyp:**
 - Es werden alle Medikamente aufgenommen – sowohl die Standardmedikation als auch die Bedarfsmedikation
 - Wurde Bedarfsmedikation an einem Tag nicht gegeben → Tagesdosierung = **0** eintragen

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Akte erfassen

Datum der Erhebung: *

01.06.2021

Befindet sich der Patient auf der ITS/IMC?: *

Nein

Erfassen Sie die Medikation des Patienten:

Medikationstyp: * TradeName: * Applikationsform: * Tagesdosierung: *

Bedarfsmedikation
Standardmedikation
hinzufigen aus letzter Speicherung übernehmen

z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)

Tagesdosierung summiert, z. B. 2 oder 1,5

entfernen

- **TradeName:**
 - Gemeint ist hierbei der Handelsname des Medikaments, die Wirkstoffkonzentration und die Darreichungsform
 - Geben Sie mindestens die ersten 3 Buchstaben des Medikaments ein, dann öffnet sich ein Dropdown-Menü mit allen verfügbaren Medikamenten mit diesen Anfangsbuchstaben
 - Um die Auswahl weiter einzuschränken, geben Sie nach dem Leerzeichen weitere Ihnen bekannte Merkmale, wie Hersteller oder Wirkstoffkonzentration (z.B. 125) ein
 - **Achtung:** Bei Wirkstoffkonzentration ist **nicht** die Packungsgröße gemeint
 - Wählen Sie dann das zutreffende Medikament aktiv aus. Sollte in Ausnahmefällen das Medikament eines bestimmten Herstellers nicht in der Liste enthalten sein, wählen Sie bitte ein entsprechendes Medikament eines anderen Herstellers mit der gleichen

Wirkstoffkonzentration (z.B. wenn „IbuHEXAL 400mg“ nicht in der Liste enthalten ist, könnten Sie „IBU ratiopharm 400mg“ auswählen)

Medikationstyp: *	TradeName: *	Applikationsform: *	Tagesdosierung: *	
	Paracetamol 125			entfernen
hinzufügen aus letzter	Paracetamol 125mg Heumann Suppositorium Paracetamol Sanavita 125 mg Zäpfchen Säuglings-Suppositorium Paracetamol 125 Hexal Suppositorium Paracetamol Sandoz 125 mg Suppositorium Paracetamol-Azupharma 125 mg Suppositorium Paracetamol BC 125 Suppositorium Paracetamol 125 EAS Suppositorium PARACETAMOL 125 STADA Suppositorium Paracetamol AbZ 125 mg Suppositorium Paracetamol-ratiopharm 125 Säuglings-Suppositorium Paracetamol AL 125 Säuglings-Suppositorium Paracetamol Denk 125 mg Zäpfchen Suppositorium Paracetamol- CT 125 Säuglings-Suppositorium Paracetamol Denk 125 Suppositorium Paracetamol 125- 1 A Pharma Suppositorium Paracetamol 125 Heumann Suppositorium Paracetamol 125 mg- 1 A Pharma Suppositorium Paracetamol AL 125 Säuglingssuppos. Säuglings-Suppositorium			
Ist der Patient heute gestürzt?				
Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?: *				
Zeigte der Patient heute herabgezogene Bettgitter?: *				
Fand heute ein Austausch mit?				

▪ Applikationsform:

- die Applikationsform muss mit der vorigen Spalte zusammenpassen
- → Suppositorium = Zäpfchen → rektal

Medikationstyp: *	TradeName: *	Applikationsform: *	Tagesdosierung: *	
Standardmedikation	Paracetamol 125 z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)			entfernen
hinzufügen aus letzter Speicherung übernehmen	Augentropfen Inhalation Intravenös Oral Rektal Salbe Subkutan Pflaster Intramuskulär			
Ist der Patient heute gestürzt?: *				
Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?: *				

▪ Tagesdosierung:

- Spalte **Tagesdosierung** wird in Dezimalstellen erfasst
- Die Tagesdosierung eines Medikaments entspricht der Gesamtdosis eines Tages, es wird im IdA-Portal keine Differenzierung nach Einnahmezeitpunkt vorgenommen
- Je nach Darreichungsform des Medikaments ist die Tagesdosierung unterschiedlich zu erfassen
 - Tabletten/ Kapseln/Pulverbeutel u.ä. :
 - 3x1 Tabletten/Beutel an einem Tag → Eingabe: 3
 - Tropfen:
 - 4x 25 Tropfen an einem Tag → 100
 - Saft/Sirup:

- 2x 4mg/ml an einem Tag → Eingabe: 2
- (Konzentration: 66,7 g/100 ml) 1x 30ml an einem Tag → 30
- Infusion:
 - 3x 4g/0,5g Pulver zur Herstellung Infusionslösung an einem Tag → 3
 - 2x 500g/100ml Infusion an einem Tag → 2
 - 3x 1g Paracetamol á 10mg/ml an einem Tag → 3
- Spritze
 - 1x 0,3ml 2850 IE Injektion an einem Tag → 1
 - 3 x 15 Einheiten Insulin á 100 E/ml → 45
- Inhalation
 - 2x Fertiginhalat á 1,25mg/2,5ml an einem Tag → 2
 - 4x Sprühstoß (0,1 mg/Sprühstoß) an einem Tag → 4
- Wird ein Standardmedikament an einem Tag pausiert: → für diesen Tag Tagesdosierung = 0 eintragen
- Wird eine Bedarfsmedikation an einem Tag nicht gegeben: → für diesen Tag Tagesdosierung = 0 eintragen
- Bitte **ausschließlich Zahlen** eintragen, da Text in dieser Spalte nicht ausgewertet werden kann
- Wenn Flohsamenschalen verordnet werden, ist auch das unter Medikation mit aufzuführen

Erfassen Sie die Medikation des Patienten:

Medikationstyp: *	TradeName: *	Applikationsform: *	Tagesdosierung: *	
Standardmedikation ▼	Paracetamol 125 Hexal z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)	Rektal ▼	1	entfernen
Medikationstyp: *	TradeName: *	Applikationsform: *	Tagesdosierung: *	
Bedarfsmedikation ▼	Novaminsulfon - 1 A Ph; z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)	Oral ▼	9	entfernen

6.2.3 Short-CAM

- Der CAM wird in der Wirkungsevaluation alle zwei Tage erhoben.
- Ausgehend vom Eingabedatum des ersten CAM (im Rahmen des Eingangsassessments) erscheint die Abfrage alle zwei Tage.

Ergebnis des CAM - Ist ein Delir vorhanden?: *

▼

Ja

Nein

Eventuell

Feiertag/Wochenende

Unbekannt

- Die Auswahl „eventuell“ wird ausgewählt, wenn 1a oder 1b und 2 und 3 oder 4 angekreuzt sind.

- Wird die IdA-Akte für einen Sonntag ausgefüllt und Sie konnten den CAM nicht erheben, hier Wochenende ankreuzen → CAM Abfrage kommt dann am nächsten Tag noch einmal

6.2.4 **Sturz, Bettgitter und Herausforderndes Verhalten**

Ist der Patient heute gestürzt?: *

- Ja
- Nein
- Unbekannt

- Protokoll für Sturz nur vorhanden, wenn Sturz passiert ist
 - → sonst „Nein“ auswählen

Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?: *

- Bettgitter komplett unten
- Bettgitter teilweise hochgezogen
- Bettgitter vollständig hochgezogen
- Unbekannt

- Waren Bettgitter teilweise oder vollständig hochgezogen, erfolgt eine weitere Abfrage nach dem Anlass
- Manchmal steht diese Information in der Patientenakte oder das Stationspersonal weiß mehr

Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?: *

- Bettgitter vollständig hochgezogen

Warum war das Bettgitter vollständig hochgezogen?: *

- Auf Anordnung
- Auf eigenen Wunsch
- Unbekannt, nicht dokumentiert

- Herausforderndes Verhalten ist in der Fieberkurve/Pflegebericht nachlesbar
 - bei Unklarheiten Personal der Station fragen
 - zu herausforderndem Verhalten zählt: aggressives Verhalten, Herumwandern, ängstliches Verhalten, Zurückgezogenheit, Schreien, Schlagen, enthemmtes Verhalten, Schläfrigkeit, ...

Zeigte der Patient heute herausforderndes Verhalten?: *

- Ja, einmal am Tag
- Ja, mehrmals am Tag
- Nein
- Unbekannt

6.2.5 Tagesbetreuung (Einzel- und Gruppenbetreuung)

- Auswahl aus verschiedenen Gründen, warum keine Einzelbetreuung/ Gruppenbetreuung stattfand

Einzelbetreuung: Kognitiv aktivierende Maßnahmen: *

▼

Ja, Einzelbetreuung fand statt
Nein, wurde vom Patienten abgelehnt
Nein, passte nicht in den Behandlungsplan
Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu
Nein, keine Kapazitäten
Nein, weil Sonntag/Feiertag
Nein, bedarfsorientiert angepasst
Nein, Sonstiges

Gruppenbetreuung: Kognitiv aktivierende Maßnahmen: *

▼

Ja, Gruppenbetreuung fand statt
Nein, wurde vom Patienten abgelehnt
Nein, passte nicht in den Behandlungsplan
Nein, Gesundheitszustand ließ Teilnahme nicht zu
Nein, keine personellen Kapazitäten
Nein, nicht ausreichend Teilnehmer vorhanden
Nein, kein Gruppenraum vorhanden/Gruppenraum belegt
Nein, weil Sonntag/Feiertag
Nein, bedarfsorientiert angepasst
Nein, wird Corona-bedingt nicht angeboten
Nein, Sonstiges

- Wird als Grund „Nein, bedarfsorientiert angepasst“ oder „Nein, Sonstiges“ ausgewählt, erscheint ein zusätzliches Textfeld, in dem jene Maßnahme anzugeben ist, die stattdessen durchgeführt wurde

Einzelbetreuung: Kognitiv aktivierende Maßnahmen: *

Ja, Einzelbetreuung fand statt ▼

Einzelbetreuung: Abendritual: *

Nein, Sonstiges ▼

Einzelbetreuung: Sonstiges Abendritual: *

Einzelbetreuung: Mahlzeitenbegleitung: *

Nein, bedarfsorientiert angepasst ▼

6.2.6 Angehörigenberatung & Angehörigenschulung

Angehörigenberatung

Wurde dem Angehörigen des Patienten das Angebot für eine Angehörigenberatung gemacht?: *

▼

Ja, und wurde vom Angehörigen angenommen
Ja, aber wurde vom Angehörigen nicht angenommen
Nein, weil Angebot nicht sinnvoll/notwendig erschien
Nein, weil Angehörige nicht zugegen/erreichbar waren
Nein, weil Wochenende/Feiertag

Angehörigenschulung gemacht?: *

Angehörigenschulung

Wurde dem Angehörigen des Patienten das Angebot für eine Angehörigenberatung gemacht?: *

Nein, weil Angehörige nicht zugegen/erreichbar waren ▾

Wurde dem Angehörigen des Patienten das Angebot für eine Angehörigenschulung gemacht?: *

▾

- Ja, wurde vom Angehörigen angenommen
- Ja, aber Angehöriger hat kein Interesse/keinen Bedarf
- Ja, aber Teilnahme an Online-Schulung aus technischen Gründen nicht möglich
- Ja, aber Teilnahme an Präsenzsulung aus Mobilitätsgründen nicht möglich
- Nein, weil Angebot nicht sinnvoll erschien
- Nein, weil Angehörige nicht zugegen/erreichbar waren
- Nein, weil Wochenende/Feiertag

statt?: *

- Die Fragen erscheinen nur, wenn bei der Bedarfsermittlung das Angehörigengespräch und/oder Angehörigenschulung ausgewählt wurde.
- Die Felder erscheinen täglich, bis als Antwortmöglichkeit „Ja, wurde vom Angehörigen angenommen“ oder „Ja, aber wurde vom Angehörigen nicht angenommen“ ausgewählt wird.

6.2.7 **Austausch Pflegedienst**

- Es wird angegeben, ob ein Austausch mit dem Pflegedienst vorgenommen wurde.

6.2.8 **Durchführung von Konsilen**

Wurde heute das im Maßnahmenplan empfohlene geriatrische Konsil durchgeführt?: *

▾

- Ja, Konsil wurde durchgeführt
- Nein, ärztliche Anforderung NOCH nicht erfolgt
- Nein, Konsil wurde NOCH nicht durchgeführt
- Nein, da Patient bereits entlassen oder verlegt
- Nein, da ärztliche Einschätzung abweichend

- Das Feld erscheint nur, wenn bei der Bedarfsermittlung oder -anpassung „Empfehlung zur Anforderung eines Konsils“ ausgewählt wurde.
- Sobald „Ja“ ausgewählt und gespeichert wurde, erscheint bei der Erfassung am nächsten Tag das Feld „Durchführung von Konsilen“ nicht mehr. Es wird wieder sichtbar, wenn bei der Bedarfsanpassung ein Konsil empfohlen wurde.

6.2.9 Abgeleitete Maßnahmen aus Konsilen

Wurde heute das im Maßnahmenplan empfohlene geriatrische Konsil durchgeführt?: *

Wurden Maßnahmen aus dem Konsil abgeleitet?: *

- ☐ Empfehlung zur Anpassung Arzneimittel
- ☐ Empfehlung für weiterführende Diagnostik
- ☐ Sonstige
- ☐ keine Maßnahmen abgeleitet

- Das Feld ist sichtbar, wenn „Ja“ bei Durchführung von Konsilen ausgewählt wurde. Es können mehrere Maßnahmen ausgewählt werden.
- Wurde das Feld Sonstiges ausgewählt, erscheint ein Textfeld, in dem die Maßnahmen eingetragen werden.

6.2.10 Durchführung von Fallbesprechungen

Wurde heute eine IdA-Fallbesprechung durchgeführt?: *

- Ja
- Nein
- Nein, Wochenende/Feiertag

6.2.11 Besonderheiten

- Hier kann eingetragen werden, wenn es coronabedingte Besonderheiten in der Betreuung/Versorgung des Patienten gegeben hat, z.B. dass Angehörige nicht wie geplant im Krankenhaus sein konnten, dass der Patient unter Quarantäne steht o.ä.

6.3 Reaktivieren von abgebrochenen Fällen

- (aus Versehen) vorzeitig abgebrochener Patient kann reaktiviert und weiterbearbeitet werden
- ACHTUNG: Soll der Patient nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus auch im Portal entlassen werden, wird „Entlassung“ unter „weitere Aktionen“ vorerst nicht angezeigt

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Stammdaten

Der Fall ist für die Bearbeitung gesperrt (Status Abgebrochen).

weitere Aktionen ▾

- Eingangsassessament einsehen
- Bedarfsermittlung einsehen
- vorzeitiger Abbruch einsehen
- Reaktivieren**
- Fall löschen
- Historie einsehen

Kennzeichen: 02-0001

Patient ist für IdA geei

Ja

✓ Der Fall wurde erfolgreich reaktiviert. Bitte entfernen Sie ggf. Entlassung oder Abbruch.

Stammdaten

IdA-Akte erfassen weitere Aktionen ▾

- unter „weitere Aktionen“ → „vorzeitiger Abbruch“ → „Löschen“

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

vorzeitiger Abbruch

Erhebungsdatum Abbruchgrund: *

18.06.2021

Warum wurde die Projektteilnahme abgebrochen?: *

Verschlechterung des Gesundheitszustands ▾

* Pflichtfeld

Zurück Speichern Löschen

- über „weitere Aktionen“ Patient „Entlassen“
- unter „weitere Aktionen“ → „vorzeitiger Abbruch einsehen“ → „Löschen“

6.4 Verlegung

- Für den Fall, dass ein innerhalb Ihres Hauses und Ihrer teilnehmenden Stationen auf eine andere teilnehmende Station verlegt wird
- da die Stammdaten im Nachhinein nicht angepasst werden können, kann auch die aktuelle Station des Patienten nicht verändert werden

- Verlegung dient also dazu, dass Sie einen besseren Überblick behalten können, auf welcher Station Sie die eingeschlossenen Patienten derzeit auffinden können

6.5 Historie

- In der Historie können Sie alle bislang in diesem Fall durchgeführten Schritte noch einmal nachverfolgen
- Unter „weitere Aktionen“ → „Historie einsehen“

Bearbeitungshistorie

Name	Aktion	Datum
Peter, Katharina	Speicherung Stammdaten	26.05.2021 14:02
Köhn, Anja	Speicherung Stammdaten	25.06.2021 10:48
Köhn, Anja	Speicherung Eingangsassessment	25.06.2021 11:09
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 11:53
Köhn, Anja	Speicherung Stammdaten	25.06.2021 11:55
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 11:57
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 11:58
Köhn, Anja	Speicherung Bedarfsermittlung	25.06.2021 12:27
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 12:50
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 12:52
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 12:54
Köhn, Anja	Speicherung Bedarfsermittlung	25.06.2021 13:01

[Zurück](#)

6.6 Reports

- Unter dem Reiter „Reports“ können Fallzahlen und Dropouts Standortspezifisch gezählt werden
- Von Zeit zu Zeit werden wir oder JGM Sie bitten, hiervon einen Export zu verschicken
- Berechtigt einen Export zu erzeugen sind alle Nutzer des Portals
- Datumsfilter erfolgt anhand des Einwilligungsdatums oder falls nicht vorhanden, anhand des Datums der Eignung für IdA

Zählung der Fälle:

Reports

Monitoring der Fallzahlen

[aktualisieren](#)[Daten exportieren](#)

Offen: 11

Entlassen: 0

Abgeschlossen: 2

Abgelehnt: 1 - davon "Einwilligung widerrufen": 0

Abgebrochen: 1

➔ Zukünftig auch nach Standort filterbar

Zählung der Gründe „Patient nicht geeignet für IdA“

Monitoring der Gründe "Patient nicht für IdA geeignet"

[aktualisieren](#)[Daten exportieren](#)

unzureichende Deutschkenntnisse: 0

geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt: 0

kritischer Gesundheitszustand: 0

Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie: 0

Corona-bedingter Ausschluss: 0

Patient mehrfach nicht angetroffen: 0

72h Frist kann nicht eingehalten werden: 0

6CIT verweigert: 0

Sonstiges: 0

7. IDA-ABSCHLUSS

7.1 Entlassung

- Wird der Patient aus dem Krankenhaus regulär entlassen, kann er auch im IdA-Portal entlassen werden

The screenshot shows the 'Stammdaten' (Master Data) page in the IdA-Portal. The top navigation bar includes 'IdA', 'Startseite', 'Fall erfassen', 'Reports', and 'Export'. The main content area has a 'Stammdaten' heading. Below it, there are two buttons: 'IdA-Akte erfassen' and 'weitere Aktionen'. The 'weitere Aktionen' dropdown menu is open, displaying several options. The 'Entlassen' option is highlighted in blue. Other options include 'Eingangsassessament einsehen', 'Bedarfsermittlung einsehen', 'Bedarfsanpassung erfassen', 'vorzeitiger Abbruch', 'Verlegung', 'Fall löschen', and 'Historie einsehen'. The form also shows fields for 'Institutskennzeichen: 2' and 'Erhebungsdatum geeg' with the value '26.05.2021'.

- Auch in diesem Status ist es möglich, weitere IdA-Akten zu erfassen
- Achtung: ein Patient kann nicht in die Zukunft entlassen werden

The screenshot shows a form for discharge in the IdA-Portal. It includes several mandatory fields marked with an asterisk (*). The 'Erhebungsdatum IdA-Bericht: *' field contains '18.06.2021'. The 'Erhebungsdatum Austausch Nachsorger: *' and 'Erhebungsdatum Überleitung Entlassmanagement: *' fields are empty. There are two dropdown menus. The first, 'Ist ein abschließender IdA-Bericht erstellt worden?: *', has 'Nein' selected. The second, 'Hat ein Austausch mit den Nachsorgern stattgefunden (z. B. Übermittlung IdA-Bericht, Terminvergabe, Besprechung IdA-Bericht, Vordiagnosen, Suchtmittel, kognitive Beeinträchtigung, ...): *', has a dropdown menu open with 'Bitte wählen ...' selected. The dropdown options are: 'Ja, IdA-Bericht wurde übermittelt', 'Ja, weiterführender Austausch hat stattgefunden', 'Nein, Austausch von Patienten/gesetzlichem Vertreter nicht erwünscht' (which is selected), and 'Nein, sonstige Gründe'. At the bottom, there are two buttons: 'Zurück' and 'Speichern'. A note at the bottom left states '* Pflichtfeld'.

- Im Zuge der Entlassung kann es notwendig/ sinnvoll sein, sich mit ambulanten Nachsorgern auszutauschen, die den Patienten weiterbetreuen. Außerdem soll ein IdA-Bericht erstellt werden. Dieser Bericht kann dem Arztbrief beigelegt oder Teile daraus für den Arztbrief übernommen werden.
- Als Nachsorger können ausgewählt werden:
 - Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst/ Pflegeeinrichtung und Sonstiges.

Mit welchem Nachsorger hat der Austausch stattgefunden?: *

Bitte wählen ...

- ☐ Hausarzt
- ☐ Facharzt
- ☐ Pflegedienst/Pflegeeinrichtung
- ☐ Sonstige

- Bei Auswahl Sonstiges öffnet sich ein zusätzliches Textfeld
- hat eine Überleitung ins Entlassmanagement stattgefunden?

Erhebungsdatum Überleitung Entlassmanagement: *

Geben Sie bitte das Erhebungsdatum der Überleitung ins Entlassmanagement an.

* Pflichtfeld

Hat im Rahmen der Entlassung ein Austausch mit Klinikmitarbeitern stattgefunden?: *

1 ausgewählt

- ☐ Ja, mit fallführendem Arzt
- ☐ Ja, mit Patientenkoordinator
- ☐ Ja, mit Pflegepersonal
- ☒ Nein

- Nachdem alle Eingaben auf der Seite gemacht wurden und gespeichert wurde, sollte der Patient als entlassen auf der Startseite vermerkt sein.
- Auch in diesem Status ist es möglich, weitere IdA-Akten zu erfassen

Stammdaten

Der Fall ist entlassen, bitte schließen Sie ihn ab (Status Entlassen).

IdA-Akte erfassen

weitere Aktionen ▾

Institutskennzeichen: 20000014

Erhebungsdatum geeignet: 26.05.2021

A geeignet:

- Eingangsassessament einsehen
- Bedarfsermittlung einsehen
- Bedarfsanpassung erfassen
- Entlassung einsehen
- Abschließen**
- Verlegung
- Fall löschen
- Historie einsehen

- Wichtig: Erst wenn alle Tage **vollständig** dokumentiert wurden, wird der Fall abgeschlossen.
 - → „weitere Aktionen“ → „Abschließen“ → **Der Fall kann dann nicht mehr bearbeitet werden!**

8. PATIENTEN- UND ANGEHÖRIGENBEFRAGUNG

- Ziel und Zweck der Patienten- und Angehörigenbefragung: Akzeptanz und Zufriedenheit der IdA-Versorgung erheben
 - Fragebögen sollen von Patienten und Angehörigen am Ende des Aufenthaltes oder nach dem Krankenhausaufenthalt ausgefüllt werden
 - Jedem Fragebogen liegt ein an uns adressierter und frankierter Umschlag bei
 - **Wichtig:** Für eine höhere Rücklaufquote ist es gut, wenn die Fragebögen noch im Krankenhaus ausgefüllt und abgegeben werden
 - ABER: Anonymität soll gewahrt werden
 - es werden keine personenbezogenen Daten abgefragt
 - Ggf. kann ein Zeitfenster eingeplant werden, nachdem der Bogen vorbeigebracht wird
 - Patienten bitten den Bogen auszufüllen und im Briefumschlag zu verpacken
 - Können die Bögen im Krankenhaus direkt abgegeben werden?
 - Ja, in allen Briefkästen im Krankenhaus (z.B. Eingang)
 - Fragebögen können grundsätzlich auch nach Krankenhausaufenthalt ausgefüllt werden (aber wegen Rücklauf nicht erste Wahl)
 - Bitte in diesem Fall darauf hinweisen, dass der verschlossene Umschlag mit dem Fragebogen in jeden beliebigen Briefkasten der Deutschen Post geworfen werden kann, da er bereits frankiert ist
 - Angehörigenfragebogen kann auch online ausgefüllt werden
 - Geben Sie den Link per Telefon oder E-Mail an die Angehörigen weiter
- ➔ **Bitte beim Austeilen der Fragebögen Liste führen, wie viele Patientenbögen und wie viele Angehörigenbögen ausgeteilt wurden (nicht an wen), damit wir später die Rücklaufquote errechnen können**
- **Auch die verteilten Links oder QR-Codes zählen**

9. GESPRÄCHSFÜHRUNG

9.1 Kommunikationsregeln

- Durchführung von Screening und Eingangsassessment ist in der Zielgruppe in unterschiedlichem Ausmaß – je nach Beeinträchtigungsgrad – möglich
- Allgemeine Verhaltens- und Kommunikationsregeln:
 - Grundsätzlich: größtmögliche Standardisierung und Neutralität der Durchführung erwünscht – „Prinzip der gleichen Bedingungen“
 - Aber: Spezifika der Zielgruppe bedürfen einem individualisierten Ansatz → Orientierung am einzelnen Patienten nötig
 - → Balance zwischen standardisierter „Frage-Antwort-Situation“ und „durchführungsnotwendiger“ Gesprächsatmosphäre
 - Neutralität: keine subjektive Meinung zu Projekt oder Fragen/ Tests äußern, keine Beeinflussung des Patienten bei der Beantwortung der Fragen
 - Empathische und wertschätzende Kommunikation
 - kurze klare Sätze
 - deutlich und langsam sprechen, wichtige Wörter betonen
 - Sprechpausen machen
 - allgemeinverständliche Formulierungen
 - Blickkontakt halten
 - offene, dem Patienten zugewandte Sitzhaltung (auch bei Unannehmlichkeiten)
 - Unterbrechungen durch den Patienten ernst nehmen
 - Unnötiges Korrigieren und Diskutieren vermeiden
- Flexibilität in der Kommunikation:
 - Anpassung der Kommunikation an vorliegende, v.a. kognitive, Einschränkungen nötig
 - → Herausforderung, da „ob“ und Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung ggf. unklar sind und erst im Verlauf der Durchführung sichtbar werden
 - An die Realität des Patienten anpassen
 - mit zunehmendem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung gestaltet sich die Kommunikation schwieriger/ herausfordernder,
 - Einbezug von Gefühlen (Angst, Wut etc.) und Antrieben (Ordnungssinn, Pünktlichkeit) werden wichtiger
 - Para- (Lautstärke, Betonung) und nonverbale Ebene (Körperhaltung, Blickkontakt) werden wichtiger
 - Orientierung geben wird wichtiger (wer sind Sie, was machen Sie dort), auch zwischenzeitlich und proaktiv

- Allgemeine Kommunikationsregeln bei Menschen mit Demenz (Reisberg-Stadien),

Quelle: <http://bit.ly/3axV3XZ>:

GDS	Schweregrad	Handlungs- und Kommunikationsleitfaden
I	Normal	Normale Wertschätzende Kommunikation
II	MCI	Sorgen u. Ängste ernst nehmen
III	Sehr leichte Demenz	Depression/Trauer. Emotionale Unterstützung. Empathische, beratender Kommunikationsstil.
IV	Leichte Demenz	Wortfindungsstörungen. Depression/Trauer. Bei Wortfindung evtl. helfen, echte Interesse an der Lebensgeschichte der Person zeigen. Sensible Kommunikationsstil!
V	Mittelschwere Demenz	Zorn/Leugnung der Fehler. Konfrontationen und Rationalisierungen vermeiden. Keine „Warum-Fragen“ stellen. Fokussierung auf die Stärken und Leistungen der Person. Gefühle formulieren und spiegeln.
VI	Schwere Demenz	Zorn. Schwierigkeiten mit verbaler Kommunikation. Kurze einfache Sätze, langsam und deutlich sprechen. Bevormundung vermeiden. Leistungen im Leben loben, b. B. im Gehen kommunizieren.
VII	Sehr schwere Demenz	Erschöpfung/Harmoniebedürfnis. Verlust der Sprache. Bedeutung der nonverbalen Kommunikation nimmt zu. Respektvolle Ansprache, keine Baby-Sprache! Lob und positive Kommunikation.

9.2 Ablauf

Begrüßung: Vorstellung der eigenen Person und Bezug zum Projekt herstellen

- „Guten Tag, mein Name ist AB. Ich bin Projektkoordinator im Projekt IdA. Darf ich Sie (kurz) stören? Vielen Dank! (Darf ich mich setzen?“)“
- „Ich möchte Ihnen kurz das Projekt IdA vorstellen.“ (ggf. IdA-Flyer zeigen/austeilen)
- „Ich möchte Ihnen gerne ein paar Fragen stellen. Dabei geht es zum Beispiel darum zu schauen, wie gut Sie sich an Dinge erinnern können oder wie gut Sie sich orientieren können.“
- „Die ersten Fragen dauern nur maximal 5min. Danach schauen wir, ob Sie für das IdA-Projekt in Frage kommen und ich Ihnen weitere Fragen stelle.“
 - Falls ja: weiter mit 6CIT
 - Falls nein: „Wann würde es Ihnen denn besser passen? Darf ich in XY min/h noch einmal vorbeikommen?“
 - Falls nein: Versuchen, zur Teilnahme zu überzeugen und ggf. nochmaliges Erläutern der Vorteile für den Patienten
 - falls erfolglos: Vermerk, dass Teilnahme/6CIT verweigert wird im IdA-Portal und Verabschiedung

Durchführung der Tests:

- Grundsätzlich: Orientierung an Ablauf und Anweisungen der einzelnen Tests
- Vor jedem Test darauf hinweisen, dass bei Verständnisproblemen nachgefragt werden darf/soll: „Bitte sagen Sie mir, wenn Sie eine Frage nicht richtig verstanden haben oder bei einer Frage irgendwelche Unklarheiten bestehen.“
- Fragen (und mögliche Antworten) langsam, deutlich, vollständig und richtig betont vorlesen bzw. formulieren
- Zwischendurch den Patienten immer wieder motivieren

6CIT:

- „So, dann beginnen wir. Ich möchte Ihnen ein paar Fragen stellen, bei denen es um Ihre Orientierungs- und Merkfähigkeit geht.“
- Durchführung nach Vorgaben (Klärung: Uhr!) und Abschluss des Tests: Berechnung des Summenwerts:
 - Wert < 8: Patient ist nicht geeignet für IdA → Abbruch:
 - „So, haben Sie vielen Dank für Ihre Zeit! Sie haben sehr gute Orientierungs- und Merkfähigkeiten – herzlichen Glückwunsch. Deshalb sind Sie für die Teilnahme am IdA-Projekt nicht geeignet. Sie müssen mir deshalb keine weiteren Fragen beantworten. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Bereitschaft und wünsche Ihnen schnelle Genesung und noch einen angenehmen Aufenthalt in der Klinik.“
 - Dokumentation auf 6CIT-Bogen und in Patientenliste → Überführung ins IdA-Portal
 - Wert ab 8: Patient geeignet für IdA → Patienteneinwilligung
- „So, haben Sie vielen Dank fürs Beantworten der ersten Fragen. Ich würde Sie gern ins IdA-Projekt einschließen. Darf ich Sie fragen, ob Sie einverstanden sind, dass wir Daten von Ihnen erheben und anonym auswerten (d.h., Ihr Namen, Ihre Versichertennummer, Ihre Adresse werden nicht weitergegeben an das Institut, das die Daten auswertet)?“
 - Falls ja: weiter

- Falls nein: „Wann würde es Ihnen denn besser passen? Darf ich in XY min/h noch einmal vorbeikommen?“
- Falls Einwilligung abgelehnt wird (ggf. obwohl gesetzlicher Vertreter zugestimmt hat)
- → Versuchen, zur Teilnahme zu überzeugen
 - Nachfrage, warum Teilnahme abgelehnt wird → auf Gründe eingehen
 - Ggf. nochmaliges Erläutern des Projektes
 - Ggf. Erklären, was beim Screening und Eingangsassessment gemacht wird
- falls erfolglos: Vermerk, dass Teilnahme verweigert wird im IdA-Portal und Verabschiedung

Vorgehen erläutern:

- „Vielen Dank! Ich möchte Ihnen gerne ein paar Fragen stellen. Dabei geht es zum Beispiel darum zu schauen, wie gut Sie sich an Dinge erinnern können oder was Ihnen im Alltag leicht und weniger leicht fällt.“
- „Ich erkläre Ihnen immer genau, was Sie machen sollen. Falls Sie Fragen haben, beantworte ich Sie Ihnen gerne.“
- „Ich mache mir jeweils ein paar Notizen zu Ihren Antworten auf dem jeweiligen Formular, damit ich nichts vergesse.“
- „Haben Sie dazu noch Fragen?“
 - Falls Ja, entsprechend beantworten.
 - Falls nein: „Dann würde ich mit den nächsten Fragen beginnen.“

Barthel-Index:

- „Jetzt habe ich ein paar Fragen dazu, wie gut Sie alleine im Alltag zurechtkommen. Wir möchten gerne wissen, in welchen Bereichen Sie sich selbständig gut versorgen können und in welchen Bereichen Sie evtl. Hilfe benötigen.“
- Durchführung nach Vorgaben
- Notieren, welche Fragen/ Dimensionen nicht beantwortet wurden (später: Übertragung ins IdA-Portal)
- „Haben Sie vielen Dank für die Beantwortung der Fragen! Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich Ihnen gerne noch ein paar Fragen stellen.“

MMST:

- „In den nächsten Fragen geht es noch einmal etwas ausführlicher darum, wie gut Sie sich Sachen merken können, wie gut Sie sich zeitlich orientieren können u.ä. Beginnen wir mit der ersten Frage.“
- Durchführung nach Vorgaben (es wird ein Tisch/Schreibunterlage, ein Stift für den Patienten benötigt sowie eine Armbanduhr und ein Bleistift)
- Notieren, welche Fragen nicht beantwortet wurden/ werden konnten (später: Übertragung ins IdA-Portal)
- „Haben Sie vielen Dank! Jetzt sind wir auch schon fast fertig.“

Short-CAM:

- „Ich notiere mir noch kurz ein paar Stichpunkte, damit ich nichts vergesse.“

Abschluss:

- „So, jetzt haben Sie es geschafft! Haben Sie vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für meine Fragen genommen haben. Sie haben uns, dem Projekt IdA, sehr damit geholfen!“

- „Haben Sie noch Fragen?“
 - „Was passiert mit den Ergebnissen?“ werden anonym ausgewertet, um die Versorgung im Krankenhaus für ältere Menschen zu verbessern (Hinweis auf ausführliche Informationen in der Patienteninformation).
 - „Wie habe ich denn abgeschnitten? Wie ist mein Ergebnis?“ „Dazu kann ich Ihnen leider nichts Genaues sagen. Ihre Antworten werden zusammen mit denen anderer Patienten anonym ausgewertet. Dies übernimmt ein Forschungsinstitut in Berlin“ (Hinweis auf ausführliche Informationen in der Patienteninformation inkl. Kontaktdaten).
- „Ich wünsche Ihnen noch alles Gute und eine gute Genesung.“

9.3 Herausforderungen

- Patient versteht Frage-/ Aufgabenstellung nicht
 - Keine direkten Korrekturen („Sie sollen nicht XY machen, sondern AB.“)
 - „Klären“ (Wiederholung der Frage mit Betonung des Wichtigen, ggf. Beschreiben, zur nächsten Frage/Aufforderung wechseln)
- Patient möchte abbrechen (Aufgaben zu leicht, zu persönlich etc.)
 - Verständnis zeigen („Ich kann verstehen, dass die Fragen vielleicht nicht so spannend/ sehr zu leicht/ sehr persönlich sind.“)
 - Motivieren, weiterzumachen („Sie haben schon das Meiste geschafft.“ „Sie helfen uns sehr, wenn Sie die restlichen Fragen auch noch beantworten.“)
- Patient realisiert, dass er (einzelne) Fragen/ Aufgaben nicht beantworten kann, findet Wörter nicht, reagiert wütend/ traurig etc.
 - Gefühle formulieren („Es macht Ihnen zu schaffen, dass Sie das Datum nicht mehr wissen“)
 - Sicherheit geben („Mir passiert das auch manchmal, dass ich ein Datum vergesse.“)
 - Zur nächsten Frage wechseln
- Patient kommuniziert nicht situationsbezogen, antwortet nicht auf Fragen
 - Konfrontation meiden („Darum geht es hier aber nicht.“)
 - ggf. auf offensichtlich nicht zum Kontext gehörende Sätze oder Fragen unverbindlich reagieren („Ich weiß nicht“, „Ach, wirklich“) oder unkommentiert lassen
 - Zweckmäßig handeln (Patienten nicht unterbrechen, aber bei Abschweifen durch aktives Zuhören und einfache, kurze Sätze/Antworten die Aufmerksamkeit zum Thema zurückführen)
- Patient verhält sich desorientiert, fragt, wer Sie sind
 - Konfrontation vermeiden („Das habe ich Ihnen doch schon erklärt.“)
 - Wiederholen („Ich bin Frau AB. Ich möchte mit Ihnen ein paar Fragen durchgehen. Sind Sie damit einverstanden?“)
- Patient fragt nach Screening- oder Assessmentergebnissen
 - Darauf hinweisen, dass die Daten erst ausgewertet werden müssen
 - Bei Interesse an allgemeinen Ergebnissen zum Projekt auf die Ansprechpartner verweisen (Patienteninformation)



**Schulungskonzept für die Durchführung
der Wirkungsevaluation des Innovationsfondsprojekts
„IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung -
sektorübergreifend“**

Schulung der Studynurses

Stand 29. August 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Das Projekt IdA.....	4
2. Wirkungsevaluation	8
IdA-Aufnahme.....	10
2.1 Einstieg in IdA.....	10
2.1.1 Vorgehen.....	10
2.1.2 Dokumentation im IdA-Portal	10
2.2 Grundsätzliche Eignung für IdA.....	11
2.2.1 Vorgehen.....	11
2.2.2 Dokumentation im IdA-Portal	12
2.3 Kurzscreening 6CIT	13
2.3.1 Vorgehen 6CIT	13
2.3.2 Dokumentation im IdA-Portal	16
2.4 Patienteneinwilligung	17
2.4.1 Vorgehen.....	17
2.4.2 Dokumentation im IdA-Portal	18
2.5 Stammdaten.....	18
2.5.1 Vorgehen.....	18
2.5.2 Dokumentation im IdA-Portal	19
2.6 Vorzeitiger Abbruch	19
2.6.1 Vorgehen.....	19
2.6.2 Dokumentation im IdA-Portal	20
3. IdA-Eignung-Eingangsassessment.....	21
3.1 Barthel-Index.....	21
3.1.1 Vorgehen Barthel-Index	21
3.1.2 Dokumentation im IdA-Portal	27
3.2 MMST	28
3.2.1 Vorgehen MMST	28
3.2.2 Dokumentation im IdA-Portal	32
3.3 Short-CAM.....	32
3.3.1 Vorgehen Short CAM	32
3.3.2 Dokumentation im IdA-Portal	34
3.4 Wohnsituation.....	34
3.4.1 Vorgehen.....	34
3.4.2 Dokumentation im IdA-Portal	35
4. die IdA-Akte	36

4.1	Vorgehen.....	36
4.2	Dokumentation im IdA-Portal	36
4.2.1	Zwischenaufenthalt auf der ITS/IMC.....	36
4.2.2	Medikamente	36
4.2.3	Short-CAM.....	40
4.2.4	Sturz, Bettgitter und Herausforderndes Verhalten.....	40
4.2.5	Besonderheiten.....	41
4.3	Reaktivieren von abgebrochenen Fällen.....	42
4.4	Verlegung	43
4.5	Historie	44
4.6	Reports.....	45
5.	IdA-Abschluss	46
5.1	Entlassung	46
5.2	Abschließen.....	47
6.	Gesprächsführung	48
6.1	Kommunikationsregeln	48
6.2	Ablauf	50
6.3	Herausforderungen.....	52

1. DAS PROJEKT IDA

Hintergrund:

- Anteil der über 65Jährigen auf somatischen Abteilungen in Krankenhäusern steigt, v.a. im ländlichen Raum (2006: 53%, 2018: 62%)
- Ca. 40% aller über 65Jährigen im Allgemeinkrankenhaus weisen kognitive Beeinträchtigungen auf (GHOSt-Studie 2016)
 - von diesen hat ca. die Hälfte eine Demenz
 - kognitiven Beeinträchtigungen oft nicht bekannt (< 40% der Patienten ist die Demenz bekannt)
 - Versorgung im Krankenhaus nicht auf diese Beeinträchtigungen angepasst
 - Problematisch für Patienten, Krankenhauspersonal etc.
- Frage: Wie kann die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Krankenhaus verbessert werden?
 - Special Care Units oder Anpassung der Versorgungsroutinen auf somatischen Stationen insgesamt

Rahmen des Projektes IdA:

- IdA = Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - Optimierung der stationären Versorgung von älteren Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis und kognitiven Einschränkungen unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung
- Projekt („Neue Versorgungsformen“) im Rahmen des Innovationsfonds des G-BA mit einer Laufzeit von 01.10.2019 bis 31.03.2023
- Konsortialpartner:
 - Kliniken: Oberhavelkliniken (Oranienburg, Hennigsdorf), Klinikum Niederlausitz (Senftenberg, Lauchhammer), Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH (Potsdam)
 - Krankenkassen: AOK Nordost, Bahn-BKK, Knappschaft
 - Klinikum Campus GmbH
 - Jäger Gesundheitsmanagement – JGM GmbH
 - AGENON GmbH

Zielgruppe:

- Menschen ab 70 Jahren
- Krankenhausaufenthalt auf einer somatischen Station, voraussichtliche Mindestverweildauer: > drei Tage
- Versicherte einer der drei beteiligten Krankenkassen (AOK Nordost, Bahn-BKK, Knappschaft)
- Vorliegen kognitiver Beeinträchtigungen
 - unterschiedlichen Ausmaßes
 - unterschiedlicher Bekanntheit
 - → breites Spektrum
- Kontinuum zwischen „gesund“ mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen („Mild Cognitive Impairment“, MCI) und „krank“ mit manifesten demenziellen Erkrankungen
- Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung:

- kommt es zu zunehmenden Gedächtnisstörungen, die vor allem die jüngste Vergangenheit betreffen
- kann es zu gestörter zeitlicher oder örtlicher Orientierung kommen (Dinge verlegen, Weg nicht mehr finden etc.)
- fällt das Behalten neuer Inhalte schwerer und ist ggf. nicht mehr möglich (Merkspanne wird immer kürzer, wiederholt dasselbe fragen etc.)
- wird das Erkennen einer Mitteilung, das Verstehen von Konzepten (was bedeutet ein Wort, eine Phrase) schwieriger

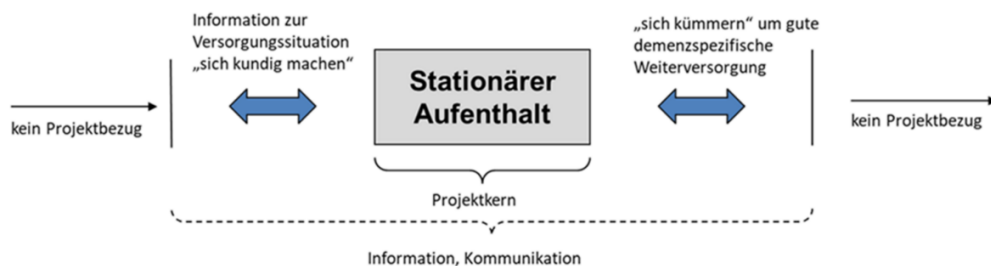
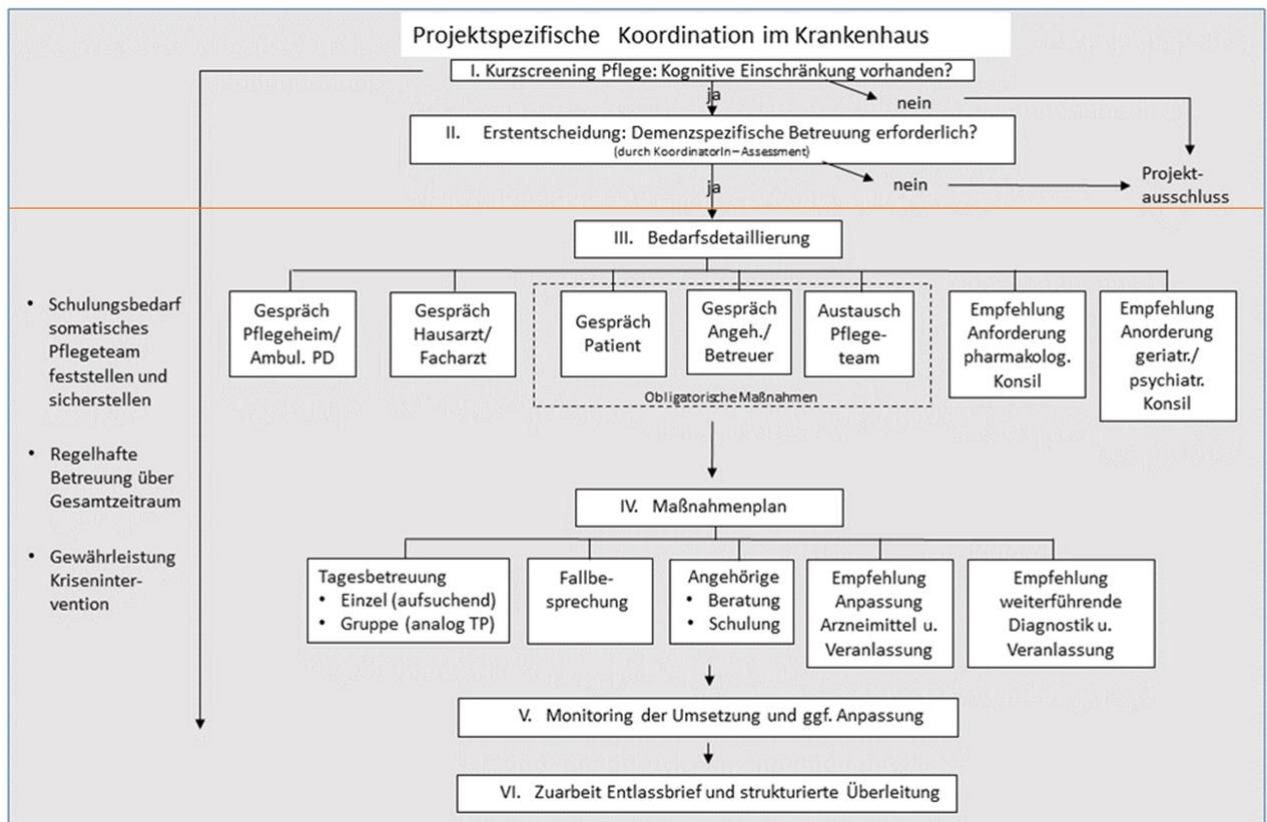
Reisberg-Stadium	Schweregrad	Leitsymptome
I	Normal	Keine Symptome / Normal
II	MCI	Vergesslichkeit (subjektive Symptome)
III	Sehr leichte Demenz	Versagen bei komplexen Aufgaben in Beruf und Gesellschaft
IV	Leichte Demenz	Schwierigkeiten bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen etc.)
V	Mittelschwere Demenz	Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen (Kleidung, Baden, etc.)
VI	Schwere Demenz	Verlust grundlegender Tätigkeiten des Alltags (Anziehen, Baden, Toilettengang und mit Urin- und Darmkontrolle)
VII	Sehr schwere Demenz	Stufenweiser Verlust von Sprache, Gehfähigkeit, Sitzfähigkeit, Lachen und Kopf halten

Quelle: <http://bit.ly/3axV3XZ>

Ziele:

- Primärer Endpunkt:
 - Senkung der Wiedereinweisungsrate in die stationäre Versorgung
- Sekundäre Endpunkte:
 - delirante Zustände ↓
 - herausfordernde Verhaltensweisen ↓
 - Notfallverlegungen in Akutpsychiatrie ↓
 - inadäquate Verordnung von Neuroleptika/Benzodiazepinen ↓
 - Anzahl freiheitsbeschränkender Maßnahmen ↓
 - Stürze ↓
 - Institutionalisierungen ↓
 - Patienten- und Angehörigenzufriedenheit ↑
 - Belastung Mitarbeiter ↓

Inhalt:



Corona-bedingte Veränderungen in der neuen Versorgungsform:

- Die Gruppenbetreuung startet zeitgleich mit der Wirkungsevaluation und findet in abgewandelter Form statt

Evaluationsdesign:

- Evaluation einer komplexen Intervention
- Angelegt als multizentrische kontrollierte prospektive Kohortenstudie:
- Interventionsgruppe: 5 Klinikstandorte im Land Brandenburg
- Kontrollgruppe:
 - 4 Klinikstandorte im Land Brandenburg (Eberswalde, Gransee, Neuruppin, Cottbus)
 - ausgewählte somatische Stationen an einem Standort (Potsdam)
 - Außerdem: Prä-Erhebung in den Interventionskrankenhäusern

- Studienphasen (aktuell):
 - 09-11//2020 Prä-Erhebung
 - 11/2020-06/2021 Prozessevaluation
 - 05-06/2021 Modifikation der neuen Versorgungsform
 - 07/2021-09/2022 Wirkungsevaluation (Interventions- und Kontrollgruppe)
 - 10/2022-09/2023 Abschlussphase

- Nutzung unterschiedlicher Datenquellen:
 - Sekundärdaten quantitativ:
 - Routinedaten der beteiligten Krankenhäuser, Routinedaten der beteiligten Krankenkassen
 - Endpunkte: Rehospitalisierung, Verweildauer, Institutionalisierung, Delire, gesundheitsökonomische Evaluation etc.
 - Primärdaten quantitativ:
 - Daten aus standardisierten Screeninginstrumenten, standardisierter IdA-Versorgungsdokumentation, standardisierte Befragungen, (IdA-Projektdokumente und -dokumentation)
 - Endpunkte: herausforderndes Verhalten, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Stürze, Medikation, Notfallverlegungen, moderierende Variablen (Ausmaß kognitiver Beeinträchtigung, Alltagsfähigkeiten), Faktoren der Prozessevaluation etc.
 - Primärdaten qualitativ:
 - leitfadengestützte Interviews, Fokusgruppen, Vor-Ort-Begehungen
 - Endpunkte: Patienten-/ Angehörigenzufriedenheit, Arbeitsbelastung, institutionelle Ausrichtung etc.

2. WIRKUNGSEVALUATION

- Durchführungszeit:
 - vom 01. Juli bis 30. September 2022
- Zwecke:
 - Überprüfung der Wirkungen/ Effekte der IdA-Versorgung bei der Zielgruppe in Bezug auf definierte patientenbezogene Outcomes im Vergleich zur Versorgung ohne Maßnahmeneinsatz (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe)
- Datenerhebungen in der Kontrollgruppe:
 - Primärdaten: durch Studynurses im sog. IdA-Portal etc.
 - Sekundärdaten: Routinedaten der Kassen und Krankenhäuser (§21er Daten)
 - Auswertung aller Daten: AGENON
- Die Datenerhebung im Rahmen der Wirkungsevaluationsphase besteht aus den folgenden Teilen:
 - IdA-Aufnahme:
 - Prüfen von Ausschlussgründen (grundsätzliche Eignung)
 - Prüfen von Einschlusskriterium: Kurzscreening auf kognitive Einschränkungen: 6CIT (1)
 - Patienteninformation und -einwilligung
 - IdA-Eignung:
 - Eingangsassessment: Barthel-Index (2), MMST (3), CAM (4)
 - Dokumentation von:
 - Stürzen
 - freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
 - herausforderndem Verhalten
 - Medikation
 - Notfallverlegungen
 - CAM (zweitägig)

Im Rahmen der Wirkungsevaluation sind in der Kontrollgruppe über alle Standorte 1493 Patienten in das Projekt einzuschließen (Intention to Treat).

Eine **mögliche** Fallzahlentwicklung (Intention To Treat) für die Wirkungsevaluation sowie geschätzte Dropouts in den Kontrollkrankenhäusern zeigen die nächsten Abbildungen:

Mögliche Fallzahlentwicklung

Projektmonat	Standort Eberswalde	Standort Gransee	Standort Potsdam	Standort Neuruppin	Standort Cottbus	Σ Standorte
Juli	0	7	14	0	0	21
August	0	7	14	0	0	21
September	23	7	14	26	15	85
Oktober	23	7	14	26	40	110
November	24	8	14	26	40	112
Dezember	24	8	14	26	41	113
Januar	24	8	14	26	41	113
Februar	24	8	14	26	41	113
März	24	8	14	26	41	113
April	24	8	14	26	41	113
Mai	24	8	14	26	42	114
Juni	24	8	14	27	42	115
Juli	24	8	14	27	42	115
August	25	8	14	27	43	117
September	25	8	15	27	43	118
Σ 15 Monate	312	116	211	342	512	1493

Geschätzte Dropouts bis zum Patienteneinschluss

Phase	Maßnahme	Ein- und Ausschluss	Anteil	Fallzahl/St andort	Anteil	Fallzahl/St andort	Anteil	Fallzahl/St andort	Anteil	Fallzahl/St andort	Anteil	Fallzahl/St andort
Berechnungsgrundlage			Eberswalde Jahr 2020		Gransee Jahr 2018		Potsdam Jahr 2018		Neuruppin Jahr 2020		Cottbus Schätzung	
Phase 1:	Beurteilung der Eignung		100%	2.158	100%	801	100%	1.455	100%	2.361	100%	3.533
	Ausschlussgründe: Liegedauer, Gesundheitszustand, Studien, Corona, Sonstiges	Ausschluss: es liegen Ausschlussgründe vor	48%	1.025	48%	380	48%	691	48%	1.121	48%	1.678
		Einschluss: Patient vorerst geeignet für IdA	53%	1.133	53%	421	53%	764	53%	1.240	53%	1.855
Phase 2:	Einwilligung											
		Ausschluss: Projektteilnahme wird abgelehnt	21%	240	21%	89	21%	162	21%	263	21%	393
		Einschluss: Einwilligung erteilt	79%	893	79%	331	79%	602	79%	977	79%	1.462
Phase 3:	Eignung											
	6CIT standardisiertes Kurzscreening: kognitive Einschränkungen vorhanden	Ausschluss: 6CIT < 8	65%	580	65%	215	65%	391	65%	635	65%	950
		Einschluss: kognitive Einschränkungen vorhanden	35%	312	35%	116	35%	211	35%	342	35%	512
SUMME Intention-to-treat-Patienten								1.493				

3. IDA-AUFNAHME

3.1 Einstieg in IdA

3.1.1 Vorgehen

- Patient wird neu auf teilnehmender Station aufgenommen und von Studynurse besucht
- Kurze Informationen zum Projekt und zum bevorstehenden Kurzscreening geben
- Im Gespräch könnten sich schon Gründe bemerkbar machen, warum Patient evtl. nicht für IdA geeignet ist (siehe Abschnitt 3.2 Grundsätzliche Eignung für IdA)
- Ablauf danach:
 1. Durchführung des 6CIT (s. Abschnitt 3.3)
 2. Wenn Ergebnis größer oder gleich 8 ist → weiter mit Einwilligungserklärung (s. Kapitel 3.4)
 3. → Aufnahme aller Patienten im IdA-Portal und weiter mit IdA-Eignung-Eingangsassessment (s. Kapitel 4)

3.1.2 Dokumentation im IdA-Portal

- Grundsätzliches zum IdA-Portal:
 - Im IdA-Portal erfolgt die Dokumentation:
 - ...aller potenziell für IdA geeigneten Patienten
 - ...der Ergebnisse des Kurzscreenings und des Eingangsassessments
 - ...der Gründe für nicht-Eignung oder vorzeitiger Abbrüche
 - ...von Ereignissen während des Krankenhausaufenthalts (Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, herausforderndes Verhalten, Medikation, Notfallverlegungen)
- Erfolgt durch:
 - Sichtung der möglichen IdA-Patienten
 - Abrufen der patientenbezogenen Informationen
 - aus dem jeweiligen KIS-System
 - bzw. aus den Patientenakten
- händische Übertragung der Informationen in das IdA-Portal
- Dokumentation fortlaufend während des Krankenhausaufenthaltes
- die abgefragten Informationen sind für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts im IdA-Portal zu dokumentieren
 - **wichtig: Dokumentation (ggf. nachträglich) vom Aufnahmetag im Krankenhaus an**, auch wenn Patient/gesetzl. Vertreter erst an Tag 2 oder 3 seines Krankenhausaufenthaltes ins Projekt einwilligt
- **Wichtig:**
 - **Jeder mögliche IdA-Patient, wird in das IdA-Portal aufgenommen, auch wenn er im weiteren Verlauf (Assessment) als nicht geeignet eingeschätzt wird! → Wichtig für Dropout und Fallzahlerreichung**
 - Bitte keine Eintragungen in das IdA-Portal vornehmen, die nicht in den Schulungsunterlagen stehen oder nicht mit AGENON vorher abgesprochen wurden → Daten verfälschen die Ergebnisse und werden von uns nicht ausgewertet, da nicht im Codeplan enthalten

IdA-Startseite

Suche ...

Fallnummer	Kennzeichen	Name	Aufnahmedatum	Standort	Station	Fachbereich	Status
e345657688	01-00007	Krieger, Karl	04.03.2020	Hennigsdorf	Innere	Kardiologie	Offen
8978787676	01-00005	-	-	-	-	-	Offen
654543	01-00004	juhuhiij, rfgzhuinhju	03.03.2020	Hennigsdorf	Station 3	Kardiologie	Abgelehnt
45578	01-00002	Meier, Marion	01.03.2020	Hennigsdorf	Station 3	Gynäkologie	Entlassen
3243456	01-00001	Müller, Mario	02.03.2020	Hennigsdorf	Station 5	Chirurgie	Offen
0101	01-00008	Messer, Martha	09.03.2020	Hennigsdorf	Innere	Kardiologie	Offen
0101	01-00006	Messer, Martha	04.03.2020	Hennigsdorf	Innere	Kardiologie	Abgeschlossen

← 1 →

Anzahl Fälle: 7

Erfassen eines neuen Falls

- Startseite → Fall erfassen
- Es öffnet sich das Stammdatenblatt
- **Wichtig:**
 - Wenn ein Patient in der Laufzeit der Wirkungsevaluation erneut eingeliefert wird, dann wird neuer Fall eröffnet → keinen alten Fall reaktivieren (Fallzahlen statt Patientenzahlen relevant)
 - Hat ein Patient bereits im letzten Krankenhausaufenthalt für IdA eingewilligt (oder abgelehnt) und ggf. auch teilgenommen, wird er beim nächsten Krankenhausaufenthalt nochmals um Einwilligung gebeten und ggf. in IdA aufgenommen

3.2 Grundsätzliche Eignung für IdA

3.2.1 Vorgehen

- Bei der grundsätzlichen Eignung handelt es sich um die Abklärung, ob allgemeine Ausschlussgründe für die Teilnahme am IdA-Projekt vorliegen. Dies kann bereits im ersten Kontakt mit dem Patienten oder bei Sichtung der Patientenakte im KIS der Fall sein.
- Auswahl von Ausschlussgründen:
 - z.B. Patient spricht kein Deutsch
 - Geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage
 - Patient trotzdem geeignet, weiter mit 6CIT
 - Patient nimmt bereits an einer anderen klinischen Studie teil
 - Kritischer Gesundheitszustand
 - In Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (akut, kurzfristig oder eher dauerhaft), wird der Patient ggf. an einem anderen Tag nochmals aufgesucht
 - Patient kann durch Corona-bedingte Gründe nicht teilnehmen
 - Patient wurde mehrfach nicht angetroffen
 - 72 Stunden Frist konnte nicht eingehalten werden
 - Patient verweigert den 6CIT

3.2.2 Dokumentation im IdA-Portal

Die 1. Frage im Portal ist: „Ist der Patient geeignet für IdA?“

Stammdaten

Institutskennzeichen: 261200220

Erhebungsdatum geeignet für IdA: * Patient ist für IdA geeignet: *

22.06.2021 Nein

Warum ist der Patient nicht für IdA geeignet?: *

- unzureichende Deutschkenntnisse
- geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt
- kritischer Gesundheitszustand (prefinal oder infektiös)
- Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie
- Corona-bedingter Ausschluss
- Patient mehrfach nicht angetroffen
- 72h Frist kann nicht eingehalten werden
- 6CIT verweigert
- Sonstiges

- Wird Patient als nicht geeignet betrachtet, wird er im Portal abgelehnt und für weitere Bearbeitung gesperrt
- Fall kann reaktiviert werden, sollte Patient später doch geeignet sein

IdA Startseite Fall erfassen

Stammdaten

Der Fall ist für die Bearbeitung gesperrt (Status Abgelehnt).

weitere Aktionen ▾

Reaktivieren 1200435 Kennzeichen: 01-00006

Historie einsehen

Erhebungsdatum geeignet für IdA: * Patient ist für IdA geeignet: *

12.11.2020 Nein ▾

Warum ist der Patient nicht für IdA geeignet?: *

1 ausgewählt ▾

* Pflichtfeld

Zurück

→ siehe dazu Abschnitt 5.3 Reaktivieren eines Falls

- **Wichtig:** Patienten mit einem 6CIT Wert von 7 oder kleiner, sind an dieser Stelle für IdA geeignet! Die Projektablehnung erfolgt im nächsten Schritt bei der Frage nach dem 6CIT-Wert.

3.3 Kurzscreening 6CIT

3.3.1 *Vorgehen 6CIT*

- Kurzscreening auf kognitive Einschränkungen mittel 6CIT (1)
 - 6CIT = six item cognitive impairment test
 - Quelle: Brooke&Bullock 1999; vorliegende Version autorisiert von GHoSt-Mitarbeiter
 - prüft zeitliche Orientierung, Konzentration und Sekundärgedächtnis
 - für Patienten ohne weitere Hilfsmittel durchführbar
 - Antwortzeit spielt für Bewertung keine Rolle
 - GHoSt-Studie:
 - Test konnte mit 95% der Patienten durchgeführt werden (bis mittelschwerer Demenz)
 - Auch möglich bei Patienten mit schwerer Demenz: mehr als die Hälfte konnten den Test durchführen

Name des Patienten:	
Erfassungsdatum:	



Kognitives Screening 6CIT (Brooke & Bullok 1999)

Kurzversion der Blessed Information-Memory-Concentration Scale
(Blessed et al. 1968, Katzman et al. 1983)

→ Richtig = 0 Punkte

→ Für jeden Fehler gibt es einen Punkt bis zur jeweiligen maximalen Fehlerzahl; die Fehlerzahl wird mit der Gewichtung multipliziert

→ Werte von 0 - 28 möglich

Items:	Max. Fehlerzahl	x Gewichtung	Punkte
1. Welches Jahr haben wir?	1	4	_____
2. Welchen Monat haben wir?	1	3	_____
Ich nenne Ihnen jetzt einen Namen und eine Adresse. Sprechen Sie mir den Namen und die Adresse nach und merken Sie sich beides. Ich werde Sie gleich noch einmal danach fragen: Max / Müller / Dorfstraße / 10 / München			
3. Wie spät ist es ungefähr (auf eine Stunde genau)?	1	3	_____
4. Zählen Sie bitte von 20 rückwärts bis auf 1.	2	2	_____
5. Nennen Sie mir die Monate des Jahres in umgekehrter Reihenfolge.	2	2	_____
6. Wiederholen Sie bitte den Namen und die Adresse.	5	2	_____

SUMME: _____

→ Bei Werten ab 8 liegt ein Verdacht auf dementielle Erkrankung vor und der Patient wird für das IdA-Eingangsassessment vorgemerkt, weiter mit Erfassungsbogen ②

Bei Werten kleiner 8 entfällt die weitere Datenerfassung des Patienten!

Hinweis: Nutzung des Fragebogens erfolgt in Abstimmung mit J. B. Hessler

Copyright ©: J. B. Hessler et al. (2016); *The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHOSt)*; Published online in Wiley Library (wileyonlinelibrary.com)

Hinweise zur Nutzung

- **Frage 1, 2 und 3:** Patient bitten die Fragen ohne den Blick auf einen Kalender oder die Uhr zu beantworten, sollte Patient doch ablesen, keinen Fehlerpunkt vergeben
- **Name und Adresse:** Patient wiederholt Adresse nicht/ versteht Frage nicht
 - → nochmaliges Vorlesen der Aufgabenstellung (langsam) und der Daten bis zu 6x möglich
 - → falls nach 6x keine richtige Antwort vorliegt, fortfahren mit Frage 3.
- **Name und Adresse:** Patient wiederholt Adresse falsch oder bruchstückhaft
 - → nochmaliges Wiederholen der richtigen Adresse durch Studynurse und Patientenantwort bis zu 6x
 - → falls nach 6x keine richtige Antwort vorliegt, fortfahren mit Frage 3.
- **Frage 3:** Auf eine Stunde genau
 - → von der aktuell genauen Uhrzeit ausgehen: +/- eine Stunde = richtig
 - Zeitumstellung am 31. Oktober 2021 (auch 2022) beachten: Toleranz um jeweils eine Stunde eine Woche lang nach der Zeitumstellung
- **Frage 4:** keine Korrektur bei falschen Werten, **außer:** Patient beginnt mit Aufzählung **nicht** rückwärts, sondern von 1 nach 20
 - → Patient unterbrechen mit dem Hinweis, dass Zahlen rückwärts aufgezählt werden soll
 - → 1 Fehlerpunkt vergeben
- **Frage 4:** Patient korrigiert falschen Wert selbst
 - → kein Fehlerpunkt
- **Frage 4:** Patient korrigiert falschen Wert selbst und fragt nach Neubeginn
 - → kein Fehlerpunkt
 - → Patient bitten, von aktueller Stelle zu beginnen
- **Frage 5:** analog zu Frage 4
- **Frage 6:** Patient muss Namen und Adresse ohne Hilfe wiedergeben
- **Frage 6:** Reihenfolge von Name und Adresse nicht entscheidend
 - → für jeden Teil von Name und Adresse ist jeweils ein Fehlerpunkt möglich; werden nur 3 der 5 Merkmale genannt → 2 Fehlerpunkte x 2 (Gewichtung) = 6
- Werte von 0-28 möglich:
 - je höher der Wert, desto stärkerer Verdacht auf dementielle Erkrankung
 - ab Wert 8 → Einschluss in das Projekt
- Wird mit allen Patienten, die potenzielle IdA-Patienten sind (ab 70 Jahre, Mitglied einer beteiligten Krankenkasse), durchgeführt – unabhängig von einer bestehenden Demenzdiagnose
 - wird auch postoperativ durchgeführt, muss aber im IdA-Portal vermerkt werden (Anzustreben ist – wenn möglich – eine Durchführung vor OP)
- Dokumentation des Ergebnisses im IdA-Portal für **alle** Patienten, um Gesamtfallzahl und Dropout dokumentieren zu können
 - → Bei einem Wert unter 8 erfolgt für diese Patienten keine weitere Testung und Dokumentation
 - Bei einem Wert ab 8 → weiter mit der Einwilligungserklärung bzw. Eingangsassessment
- Achtung: Mitpatienten in Mehrbettzimmern, die in das Assessment eingreifen

- → Mitpatienten darauf hinweisen, dass es wichtig ist, dass der betreffende Patient Fragen selbstständig beantwortet und bitten, auf Fragen nicht zu antworten
- Achtung: Patient könnte sich schämen, etwas nicht zu wissen, etwas nicht zu können und deshalb frustriert sein und ggf. die Teilnahme abbrechen wollen
 - nicht von Test, sondern Fragebogen oder Befragung reden
 - betonen, dass es völlig normal ist, (im höheren Alter) nicht alle Fragen beantworten zu können, dies ist nicht ungewöhnlich
 - darauf hinweisen, dass Fragebogen so angelegt sei, nicht alle Fragen richtig beantworten können

3.3.2 Dokumentation im IdA-Portal

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Stammdaten

Institutskennzeichen: 261200220

Erhebungsdatum geeignet für IdA: * 22.06.2021 Patient ist für IdA geeignet: * ja

Erhebungsdatum des 6CIT: * 22.06.2021 Ergebnis 6CIT: * 9

6CIT postoperativ durchgeführt?: * ja

- Eingabe des 6CIT-Werts unter „Ergebnis des 6CIT“
 - war die Durchführung des 6CIT vor bspw. einer OP nicht mehr möglich
 - bei 6CIT postoperativ **ja** anklicken
- Ist der Patient kognitiv **zu** beeinträchtigt für eine Durchführung des 6CIT → Vergabe des Wert **29** im Feld Ergebnis 6CIT → **Patient ist für IdA geeignet!**
- Ergebnis des von Ihnen durchgeführten 6CIT gleich oder über 8 → weiter mit „Einwilligung einholen“

Stammdaten

Der Fall ist für die Bearbeitung gesperrt (Status Abgelehnt).

weitere Aktionen ▾

Institutskennzeichen: 261200435

Kennzeichen: 01-00006

Erhebungsdatum geeignet für IdA: *

12.11.2020

Patient ist für IdA geeignet: *

Ja

Erhebungsdatum des 6CIT: *

12.11.2020

Ergebnis des Koordinatoren 6CIT: *

7

- Ergebnis kleiner 8 → Fall wird automatisch abgelehnt und ist für die weitere Bearbeitung gesperrt
- Im Fall eines Versehens kann Fall reaktiviert werden

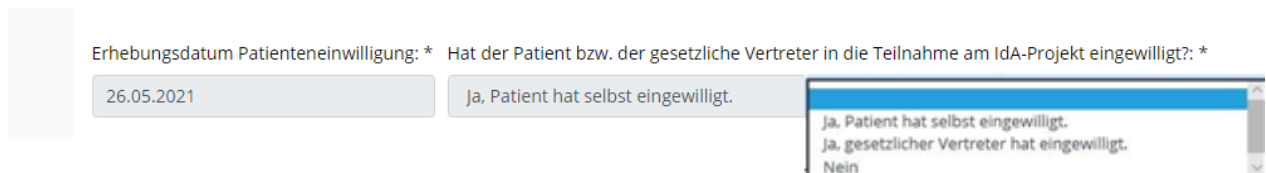
3.4 Patienteneinwilligung

3.4.1 Vorgehen

- Einholen der Einwilligung des Patienten oder – bei Nicht-Einwilligungsfähigkeit – des gesetzlichen Vertreters
- **Herausforderungen:**
 - Einwilligung zur Teilnahme an einem Projekt zu kognitiven Beeinträchtigungen, ohne ggf. bis zu diesem Zeitpunkt gewusst zu haben/ sich eingestanden zu haben, dass eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt → möglichst vermeiden, von kognitiven Beeinträchtigungen zu sprechen, eher **altersspezifische Beeinträchtigungen**
 - **Wichtig:** auch versuchen, die Patienten einzuschließen, bei denen das Einholen einer Einwilligung schwierig ist, da diese oftmals besonders für IdA geeignet sind.
 - Patient möchte zur Teilnahme am Projekt Angehörige befragen
 - → an diesen Patienten dranbleiben und versuchen, sie einzuschließen; ggf. nochmals erläutern, wie das Vorgehen ist und welche Daten benötigt werden; nachfragen, wann Angehörige im Krankenhaus sind
 - Eingangsassessment darf erst durchgeführt werden, wenn Einwilligung vorliegt
 - Patient am Aufnahmetag überfordert
 - 6CIT/Patienteneinwilligung muss nicht am Aufnahmetag eingeholt werden
→ Patienteneinschluss ist bis max. 72h nach Krankenhausaufnahme möglich
 - Patienten einschließen, die auf einer nicht-teilnehmenden Station aufgenommen werden, anschließend aber auf eine teilnehmende Station verlegt werden?
 - es werden nur Patienten eingeschlossen, die auf einer ihrer teilnehmenden Stationen im Krankenhaus aufgenommen werden
 - Die Einwilligung wird ausversehen vom Patienten eingeholt, obwohl der Patient einen gesetzlichen Betreuer hat, von dem bisher keine Einwilligung vorliegt

- Bitte vor Einholen der Einwilligung prüfen, ob der Patient einwilligungsfähig ist oder einen gesetzlichen Betreuer hat. Gibt es einen gesetzlichen Betreuer, muss dieser die Einwilligung unterschreiben. Liegt seine Zustimmung nicht vor, darf der Patient nicht ins IdA-Portal aufgenommen werden
- Hat ein gesetzlicher Vertreter eingewilligt, der Patient weigert sich aber, teilzunehmen, zählt im Zweifelsfall aus ethischen Gründen der Wille des Patienten
 - **Wichtig:** Bitte mit dem Patienten nochmal das Gespräch suchen, um differenzieren zu können, ob er grundsätzlich die Teilnahme ablehnt (inkl. Nutzung der Routinedaten → dann Ausschluss aus Projekt) oder ob er „nur“ keine weiteren Testungen/ Fragen beantworten möchte (→ dann kann er als Fall weiter im IdA-Portal geführt werden und **es wird täglich dokumentiert!**)

3.4.2 Dokumentation im IdA-Portal



Erhebungsdatum Patienteneinwilligung: * 26.05.2021

Hat der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter in die Teilnahme am IdA-Projekt eingewilligt?: *

ja, Patient hat selbst eingewilligt.

ja, Patient hat selbst eingewilligt.
ja, gesetzlicher Vertreter hat eingewilligt.
Nein

- Liegt keine Einwilligung vor, wird der Fall direkt abgelehnt und kann nicht mehr bearbeitet werden
- Liegt die Einwilligung vor, können weitere Stammdaten erfasst werden (siehe nächster Abschnitt)

3.5 Stammdaten

3.5.1 Vorgehen

- Daten werden aus dem Orbis / Soarian übernommen
- Station: Stationsnummer erfassen
- Fachbereich: z.B. Kardiologie

3.5.2 Dokumentation im IdA-Portal

 Startseite Fall erfassen Reports Export

Fallnummer: *

1511

Vorname: *

Michaela

Versichertennummer: *

1514651

Geschlecht: *

weiblich

Aufnahmedatum und Aufnahmezeit: *

26.05.2021 00:00

Aufnahmedatum teilnehmende Station: *

26.05.2021

Fachbereich: *

Innere

* Pflichtfeld

Zurück

Prüfen und Speichern

Name der Krankenkasse: *

Bahn BKK

Nachname: *

Meier

Geburtsjahr: *

1918

PLZ: *

1

Standort: *

Potsdam

Bitte wählen Sie den Standort ...

Senftenberg

Bad Belzig

Forst (Lausitz)

Potsdam

Lauchhammer

Erfasste IdA-Akten

<<>>

Erfasste Bedarfsanpassungen

<<>>

3.6 Vorzeitiger Abbruch

3.6.1 Vorgehen

- Es gibt diverse Gründe, warum ein Fall vorzeitig abgebrochen werden muss und nicht regulär entlassen werden kann.
- Wichtig ist, den Zeitpunkt des Abbruchs mit zu vermerken, da für die Meldung der Fallzahlen und Dropouts an das DLR unterschieden wird zwischen „Patientenpotential“ – „Patienten mit grundsätzlicher IdA-Eignung“ und „Patienten, die IdA abgeschlossen haben“
 - Verlegung auf eine andere nicht-teilnehmende Station
 - Bei ITS/IMC wird nicht vorzeitig abgebrochen, jedoch bei allen anderen nicht-teilnehmenden Stationen, auch bei den IdA-Stationen (Potsdam)
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Vorzeitige Entlassung (Aufenthaltsdauer <4 Tage)
 - Gezählt wird ab dem Tag der Aufnahme ins Krankenhaus, nicht ab dem Zeitpunkt der Einwilligung ins Projekt
 - Verschlechterung des Gesundheitszustandes

- Je nach Ausmaß der Verschlechterung kann es sein, dass der Fall **nicht** sofort abgebrochen wird, sondern der Patient am darauffolgenden Tag nochmal besucht wird
- Für die Patienten, die vorzeitig abgebrochen werden, werden alle Daten bis zum Tag des Abbruchs dokumentiert (und stehen somit später für die Auswertung zur Verfügung).

3.6.2 Dokumentation im IdA-Portal

- Sobald das Stammdatenblatt gespeichert ist, kann ein Fall vorzeitig abgebrochen werden
- Generell gilt, vorzeitig abgebrochene Fälle können reaktiviert und somit rückgängig gemacht werden
- Achtung: beim vorzeitigen Abbruch durch Widerruf der Einwilligung durch den Patienten oder gesetzlichen Vertreter werden **alle Daten unwiderruflich gelöscht** und der Fall abgelehnt

4. IDA-EIGNUNG-EINGANGSASSESSMENT

- Eingangsassessment besteht aus:
 - Barthel-Index (2), MMST (3), CAM (4)
 - sollte zeitnah an das Kurzscreening anschließen, wenn beim 6CIT ein Wert von mindestens 8 erreicht wurde
- möglich, dass eingewilligte Patienten gleich zu Beginn des Assessments die Einwilligung zurückziehen (überrascht über Aufwand oder Inhalt):
 - bei Patienteninformation und -einwilligung stärker darauf eingehen, was die Patienten erwartet, dass eine Befragung mit einer Dauer von ca. 30 bis 60min stattfindet (auch wenn dann mehr Patienten gar nicht erst einwilligen)
 - darauf hinweisen, dass es gibt keine richtigen und falschen Antworten gibt, es geht darum, die Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu verbessern
- Patienten sind überfordert von der "Testbatterie"
 - Möglichkeit, bei Bedarf das Assessment über zwei, möglichst aufeinanderfolgende Tage zu verteilen (Erhebungsdatum jedes Tests wird in IdA-Portal notiert), es sollten aber nicht mehrere Tage zwischen den Tests liegen
- Bei der Durchführung der Screenings kann es zu Nebengeräuschen, Störungen oder Unterbrechungen kommen (Essen wird gebracht, geholt, Physiotherapie im Zimmer etc.), die die Durchführung erschweren
 - Grundsätzlich: zwar ist eine möglichst störungsfreie Durchführung des Assessments wünschenswert. Da aber alle Patienten ähnliche Rahmenbedingungen haben, sind die erhobenen Daten für unsere Zielgruppe aussagekräftig.
 - Was sind gute Zeitfenster auf den Stationen, um das Assessment mit den Patienten durchführen zu können? Bitte sensibilisieren Sie die Pflegekräfte (und ggf. weitere) auf den Stationen für die Durchführung des IdA-Projekts
 - ggf. Nachfragen beim Patienten, wann es besser passt (z.B. wenn er Besuch hat)
- **Wichtig:** Störungsfreie Durchführung und Vollständigkeit wird im IdA-Portal erfragt, deshalb auf Bogen notieren

4.1 Barthel-Index

4.1.1 Vorgehen Barthel-Index

- Messung der Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag
- Version, die auch im ICD als Anwendungsstandard festgelegt ist und vom MDS verwendet wird; wird für geriatrische Abteilungen in Kliniken empfohlen (Literatur: Lübke et al. 2004)
- Zeitbedarf: je nach Kooperationsfähigkeit des Patienten ca. 5-12 Min
- sowohl genutzt über Selbsteinschätzung des Patienten, Fremdeinschätzung als auch Beobachtung → IdA: Selbsteinschätzung
- 10 Items mit zwei bis vier Stufen
- je nach Item werden in 5-Punkt-Abstufungen 0 bis maximal 5, 10 oder 15 Punkte vergeben → Werte von 0 bis 100 möglich:
 - Je höher der Wert, desto höher ist das Ausmaß der Selbständigkeit

- 0-30 (weitgehend pflegeabhängig)
 - 35-80 (hilfsbedürftig)
 - 85-95 (punktuell hilfsbedürftig)
 - 100 (Zustand kompletter Selbständigkeit)
- Die Fragen beziehen sich auf die aktuelle Situation: „Es geht darum, dass Sie im Krankenhaus gut versorgt werden. Dafür möchten wir wissen, was Sie aktuell selbständig können (und was nicht).“
 - Instrument wird als Befragungsinstrument genutzt, grundsätzlich werden die vom Patienten gegebenen Antworten als wahr angenommen (Ausnahme: offensichtliche Falschantworten)
 - Wenn Patient keine Antwort gibt/ eine Beantwortung möglich ist, wird dies im IdA-Portal vermerkt
 - Gründe für das Nichtbeantworten einer Frage oder Störungen bei der Durchführung (z.B. medizinische Gründe; Patient kann oder möchte nicht antworten) werden auf dem Papierbogen vermerkt

Name des Patienten:	
Erfassungsdatum:	



Hamburger Manual zum Barthel-Index

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

→ Quantitativer Summenwert, max. 100 möglich; je höher der Wert, desto selbständiger ist der Patient

PUNKTE

ESSEN	
10	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, <u>aber</u> selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
0	kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung

1.

AUFSETZEN & UMSETZEN	
15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
10	Aufsicht oder <u>geringe</u> Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
5	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

2.

SICH WASCHEN	
5	vor Ort <u>komplett selbständig</u> incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
0	erfüllt „5“ nicht

3.

TOILETTENBENUTZUNG	
10	vor Ort <u>komplett selbständige</u> Nutzung von Toilette oder Toilettensstuhl incl. Spülung / Reinigung
5	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toilettens- oder Toilettensstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung <u>erforderlich</u>
0	benutzt <u>faktisch</u> weder Toilette noch Toilettensstuhl

4.

BADEN / DUSCHEN	
5	selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
0	erfüllt „5“ nicht

5.

PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie (endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen)
 MS-Ernährung = Ernährung bei Multipler Sklerose

PUNKTE

AUFSTEHEN & GEHEN	
15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
5	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <i>alternativ:</i> im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
0	erfüllt „5“ nicht

6.

TREPPENSTEIGEN	
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
0	erfüllt „5“ nicht

7.

AN- & AUSKLEIDEN	
10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
5	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
0	erfüllt „5“ nicht

8.

STUHLKONTROLLE	
10	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

9.

HARNKONTROLLE	
10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

10.

Version KF 1.1, erstellt: 9.11.2004 / A. der Bundesärztekommunikation der Kliniken-Gerätrassen-Einrichtungen e.V.

SUMME

Konnte der Barthel-Index vollständig durchgeführt werden?

☐ Ja☐ Nein

Welche Aufgaben konnten nicht durchgeführt werden und warum?

ATS =

AP-Versorgung =

DK =

Anziehhilfen z.B. für Kompressionsstrümpfe

Anus praeter (künstlicher Darmausgang)

Dauerkatheter

2

Hinweise zur Nutzung

- Ausgang jeder Dimension:
 - „Benötigen Sie bei (Tätigkeit/ Verrichtung) Hilfe von einer Person?“ Es werden Beispiele genannt (s. jeweilige Verrichtung)
 - Antwortet der Patient mit nein, erfolgt die Nachfrage, ob er diese Tätigkeit/ Verrichtung **komplett** selbstständig durchführt.
 - Bejaht der Patient, wird die jeweilige Höchstpunktzahl vergeben.
 - Antwortet der Patient, dass er Hilfe benötigt, erfolgt weitere Nachfrage (s. jeweilige Verrichtung).

1. Essen:

- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person beim Essen, z.B. beim Kleinschneiden, beim Brot Schmieren, beim Nutzen von Messer und Gabel?“ Bei PEG-Sonde: „Benötigen Sie Hilfe beim Nutzen Ihrer Magen-Sonde (PEG)?“
 - b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 10 Punkte
 - c. Hilfe „ja“ → „Können Sie das Essen selbständig zum Mund führen und einnehmen?“ („Haben Sie eine Magen-Sonde (PEG)?“)
 - Antwort: nein → 0 Punkte
 - Antwort: ja → 5 Punkte
- 2. Aufsetzen und Umsetzen:**
- Geringe Hilfe = ungeschulte Laienhilfe, erhebliche Hilfe = geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe*
- a. „Müssen Sie aufgrund ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation im Bett liegen und dürfen das Bett nicht verlassen, z.B. sich auf einen Stuhl setzen?“
 - b. Antwort: ja → 0 Punkte
 - c. Antwort: nein → „Wenn Sie im Bett liegen und sich z.B. auf einen Stuhl (Rollstuhl) setzen wollen bzw. vom Stuhl aus aufs Bett legen wollen – benötigen Sie hierfür Hilfe?“
 - d. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 15 Punkte
 - e. Hilfe „ja“ → Nachfrage: „Benötigen Sie für das Aufrichten oder Hinlegen...“
 - Antwort: Geringe Hilfe einer Person → 10 Punkte
 - Antwort: erhebliche Hilfe einer Person → 5 Punkte
- 3. Sich Waschen:**
- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person, wenn Sie sich waschen wollen, also z.B. beim Hände und Gesicht waschen, beim Zähneputzen oder Haare Kämmen?“
 - b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 10 Punkte
 - c. Hilfe „ja“ → 0 Punkte
- 4. Toilettenbenutzung:**
- a. „Benutzen Sie die Toilette oder den Toilettenstuhl?“
 - b. Antwort „nein“ → 0 Punkte
 - c. Antwort „ja“: „Benötigen Sie Hilfe von einer Person beim Nutzen der Toilette (des Toilettenstuhl), z.B. beim Hose runter- und hochziehen, beim Saubermachen mit Toilettenpapier oder beim Spülen?“
 - d. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 10 Punkte
 - e. Hilfe „ja“ → Nachfrage: 5 Punkte
- 5. Baden/Duschen:**
- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person beim Baden oder Duschen, z.B. beim Ein- oder Aussteigen, beim Waschen oder Abtrocknen?“ (nicht an- oder ausziehen)
 - b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → 5 Punkte
 - c. Hilfe „ja“ → 0 Punkte
- 6. Aufstehen und Gehen**
- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person, wenn Sie sitzen und aufstehen möchten?“
 - b. → Antwort: nein → Nachfrage: komplett ohne Hilfe? → Ja → „Können Sie mindestens 50m ohne Rollator (aber ggf. mit Gehstützen, Stöcken) gehen?“
 - → Antwort: ja → 15 Punkte
 - → Antwort: nein → Nachfrage: „Können Sie die Strecke mit Rollator bewältigen?“
 - → Antwort: ja → 10 Punkte
 - c. → Antwort (a.): ja → „Können Sie sich alleine mit dem Rollator oder einem Rollstuhl bewegen?“
 - → Antwort: ja → 5 Punkte
 - → Antwort: nein → 0 Punkte

7. Treppeneinsteigen:

Ein Stockwerk wird mit ca. 17 Stufen angegeben

- a. „Benötigen Sie die Hilfe einer Person, um die Treppen eines Stockwerks hinauf und hinunter zu steigen?“
- b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe → Ja → 10 Punkte
- c. Hilfe „ja“ → „Mit Hilfe einer Person können Sie die Treppen eines Stockwerks hinauf und hinunter steigen?“
 - → Antwort: ja → 5 Punkte
 - → Antwort: nein → 0 Punkte

8. An- und Auskleiden:

Vorgabe: in angemessener Zeit = nicht klar definiert, daher nicht explizit erwähnen

- a. „Benötigen Sie Hilfe von einer Person, wenn Sie sich komplett an- oder ausziehen wollen, z.B. Pullover, Hose, Strümpfe, Schuhe, Prothesen?“
- b. Hilfe „nein“ → Nachfrage: komplett ohne Hilfe → Ja → 10 Punkte
- c. Hilfe „ja“ → „Können Sie sich den Oberkörper an- und ausziehen ohne Hilfe einer Person?“
 - Hilfe: „ja“ → 5 Punkte
 - Hilfe: „nein“ → 0 Punkte

9. Stuhlkontrolle

- a. „Können Sie Ihren Stuhl immer halten (kontrollieren) und ggf. selbständig rektale Abführmaßnahmen durchführen, z.B. mit einem Klistier?“
- b. Antwort: ja → 10 Punkte
- c. Antwort: nein → „Passiert es Ihnen häufiger als einmal pro Woche, dass Sie Stuhl nicht halten können?“ (Hier wird nicht nur die aktuelle Situation erhoben)
 - Antwort: Ja → 0 Punkte
 - Antwort: nein → 5 Punkte
- d. bei künstlichem Darmausgang: „Versorgen Sie Ihren künstlichen Darmausgang komplett selbständig?“
- e. Antwort: ja → 10 Punkte
- f. Antwort: nein → 5 Punkte

10. Harnkontrolle

- a. „Können Sie Ihren Harn/ Urin immer halten?“
- b. Antwort: ja → 10 Punkte
- c. Antwort: nein → „Haben Sie Ihre Harninkontinenz selbständig so unter Kontrolle, dass Sie Ihre Kleidung oder die Bettwäsche nie einnässen?“
 - Antwort: ja → 10 Punkte
 - Antwort: nein → „Passiert es Ihnen häufiger als einmal am Tag, dass Sie Kleidung oder Bettwäsche einnässen?“
 - Antwort: nein → 5 Punkte
 - Antwort: ja → 0 Punkte
- d. bei Harnkathetersystem: „Versorgen Sie Ihren Harnkatheter komplett selbständig?“
- e. Antwort: ja → 10 Punkte
- f. Antwort: nein → 5 Punkte

4.1.2 Dokumentation im IdA-Portal

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Eingangsassessament

Erhebungsdatum Barthel-Index: *

25.06.2021

Konnte der Barthel-Index durchgeführt werden?: *

- Ja
- Nein, aufgrund des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung nicht möglich
- Nein, Mitwirkung verweigert

- Konnte der Barthel-Index aufgrund der oben genannten Gründe nicht durchgeführt werden, erscheinen keine weiteren Fragen zum Barthel-Index
→ weiter mit MMST
- Ansonsten erfolgt weitere Dokumentation:

Erhebungsdatum Barthel-Index: *

25.06.2021

Konnte der Barthel-Index durchgeführt werden?: *

Ja

Ergebnis des Barthel-Index: *

85

Konnte der Barthel-Index vollständig ausgeführt werden?: *

- Ja
- Nein, nur unvollständig
- Nein, mit Störungen durchgeführt

Welche Aufgaben wurden ausgelassen?: *

2; 5

Hinweis: Eingabe von Zahlen, durch Semikolon (";") getrennt.

Barthel-Index konnte störungsfrei durchgeführt werden?: *

- Ja
- Nein, musste unterbrochen werden
- Nein, mit Störungen durchgeführt

- Bitte geben Sie an,
 - ob der Test vollständig durchgeführt werden konnte oder nicht
 - → Wenn „Nein, nur unvollständig“ bitte im weiteren Feld die Nummern der ausgelassenen Aufgaben mit Semikolon getrennt voneinander notieren
 - ob der Test ohne Störungen und Unterbrechungen durchgeführt werden konnte oder nicht

4.2 MMST

4.2.1 Vorgehen MMST

- MMST = Minimental Status Test – gemischtes Assessment zur Feststellung kognitiver Defizite
- Folstein et al. 1975; Lizenzversion Hogrefe-Verlag
- Zeitbedarf: je nach Kooperationsfähigkeit 5 bis 15 Min.
- Durchführung:
 - auf ungestörtes Setting achten
 - zusätzliches Material nötig: klassische Armbanduhr, Stift (für Patient), Blatt Papier, Schreibunterlage
 - Fragen und Handlungsaufgaben
- Werte von 0 bis 30 möglich, verschiedene Einteilungen existent, z.B.:
 - 24-30 Punkte: keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung
 - 17-23 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkung
 - 0-16 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkung
- Berücksichtigen von körperlichen Einschränkungen (und ggf. anderen Faktoren wie Störungen), die die Durchführung behindern, durch Vermerk auf Testblatt und im IdA-Portal

Mini-Mental-Status-Test

MMST

Name _____ geb. _____ Jahre _____

Testdatum _____ Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐

Schulbildung _____ Beruf _____

1. Orientierung Jeweils 1 Pkt. für jede richtige Antwort

Score

1. Datum
2. Wochentag
3. Monat
4. Jahr
5. Jahreszeit
6. Bundesland
7. Land
8. Stadt
9. Klinik/Praxis/Altersheim
10. Stockwerk

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Σ

2. Merkfähigkeit VL nennt nebenstehende Begriffe und fordert Pb anschließend zur Reproduktion auf; es wird 1 Pkt. für jede richtige Antwort vergeben. Bitte Pb daran erinnern, sich die Worte zu merken.

11. «Auto»
12. «Blume»
13. «Kerze»

☐
☐
☐

Σ

Wenn nicht alle 3 Begriffe genannt wurden, erneute Darbietung durch VL usw.; max. 6 Wiederholungen.

Anzahl der Versuche bis zur vollständigen Reproduktion der 3 Wörter:

☐

3. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit In 7-er-Schritten, beginnend bei 100, rückwärts zählen; Abbruch bei 5 Antworten; 1 Pkt./ richtige Antwort. Bei falscher Antwort richtiges Ergebnis nennen. Vor korrektem Ergebnis aus folgt die nächste Subtraktion.

14. «93»
15. «86»
16. «79»
17. «72»
18. «65»

☐
☐
☐
☐
☐

Σ

Bei Akalkulie alternativ: Radio rückwärts buchstabieren o-i-d-a-r

☐ max. 5 Pkt.

4. Erinnerungsfähigkeit Den Pb nach den bei 2. genannten Wörtern fragen; 1 Pkt./richtige Nennung.

19. «Auto»
20. «Blume»
21. «Kerze»

☐
☐
☐

Σ

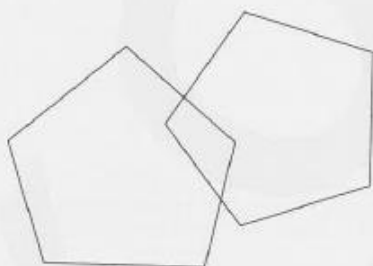
5. Sprache 1 Pkt. für jede korrekte Antwort/Handlung.

22. Armbanduhr benennen
23. Bleistift benennen
24. Nachsprechen des Satzes: «Sie leiht ihm kein Geld mehr»
Kommandos befolgen:
25. Blatt Papier in die rechte Hand
26. - in der Mitte falten
27. - auf den Tisch legen
28. Anweisung auf der Rückseite dieses Blattes vorlesen und befolgen
29. Schreiben eines vollständigen Satzes (Rückseite)
30. Nachzeichnen (Rückseite)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Σ

Bitte schließen Sie die Augen!



Hinweise zur Durchführung

- im Kopfbogen muss nur Name und Testdatum ausgefüllt werden → dient lediglich der eigenen Zuordnung des Bogens zu einem Patienten
- Vorbereitung nötig: Tisch o.ä., Materialien, extra Blatt Papier zum Falten, etc.
- Wenn möglich Anfassen des Patienten und seines Tisches o.ä. vermeiden
- Einstieg: „Einiges von dem, was ich Sie jetzt frage, ist für Sie vielleicht zu einfach, aber es gehört zum Fragebogen des Projekts dazu.“ (nicht von Test reden, eher als Befragung bezeichnen)
- Ggf. zwischenzeitlich motivieren
- Frage 1.1-1.4:
 - **Wichtig:** Patienten bitten, die Fragen ohne Blick auf einen Kalender zu beantworten. Sollte Patient doch schauen, kulant sein und keinen Fehlerpunkt vergeben
-
- Frage 1.1:
 - Wenn das korrekte vollständige Datum genannt wird, erübrigen sich ggf. 1.2- 1.4 (in Abhängigkeit der Antwort) → Wert wird vergeben
- Frage 1.5:
 - Jahreszeit → bei März, Juni, September und Dezember: flexible Handhabung
- Frage 1.6-1.10:
 - bezieht sich auf Krankenhaus
- Frage 2:
 - „Dürfen wir Ihre Merk- und Erinnerungsfähigkeit prüfen?“ Die drei Begriffe langsam und nacheinander vorlesen. Dann wird der Patient gebeten, die Begriffe zu wiederholen.
 - Ergebnis der ersten Wiederholung wird notiert (0-3 Punkte), **ABER:** Patient darf max. 6mal üben, falls er falsch antwortet (ohne dass weitere Punkte vergeben werden) → können die drei Begriffe auch beim 6. Mal nicht wiederholt werden, kann das Erinnerungsvermögen nicht überprüft werden
- Frage 3:
 - Falls Patient „Rückwärtszählen“ nicht kann (z.B. Akalkulie/Rechenschwäche) oder nicht will, wird er gebeten, das Wort „RADIO“ rückwärts zu buchstabieren
- Frage 4:
 - Erster Versuch zählt
- Frage 5.22:
 - Bitte „klassische“ Armbanduhr mitbringen (keine Smartwatch)
- Frage 5.26:
 - Mitte muss halbwegs erkennbar sein (nicht diagonal gefaltet)
- Frage 5.27:
 - Ggf. anpassen (z.B. aufs Tablett, aufs Klemmbrett etc.)
- Frage 5.28:
 - Punkt wird nur vergeben, wenn Satz befolgt wird (Augen schließen)
- Frage 5.29:
 - (natürlich hierfür Augen wieder auf) → Satz wird nicht vorgegeben, soll Verb und Subjekt enthalten, Grammatik und Interpunktion werden nicht bewertet
- Frage 5.30:
 - Patienten bitten, die Figur genauso zu kopieren/ abzuzeichnen, wie vorgegeben
 - Wenn Patient keinen eigenen Stift hat, dann Stift desinfizieren vor und nach dem Patientenkontakt
 - Alle zehn Winkel müssen sichtbar sein und zwei sollen sich überschneiden → nur dann Punktzahl 1
 - Tremor und Drehungen werden ignoriert

4.2.2 Dokumentation im IdA-Portal

- Abfrage genau wie bei Barthel-Index
- Einziger Unterschied, die Frage nach der vollständigen Durchführung des MMST
 - → Können einzelne Aufgaben (oder ganze Aufgabenkategorien) nicht durchgeführt werden, dann bitte die **Anzahl der ausgelassenen Einzelaufgaben** (0-30) in das Feld ausgelassene Aufgaben eingeben (nicht jede einzelne Aufgabe eintragen)
 - Z.B. Patient ist blind und konnte Block 5 nicht beantworten → ausgelassene Aufgaben: 9
- **Wichtig:** als ausgelassene Aufgaben werden nur Aufgaben gekennzeichnet, die aufgrund einer körperlichen Einschränkung nicht durchführbar sind. Bei Aufgaben, die der Patient nicht beantworten **will**, werden Fehlerpunkte vergeben.

4.3 Short-CAM

4.3.1 Vorgehen Short CAM

- Short CAM = Confusion Assessment Method – Algorithmus zur Erkennung eines Delirs
- Erstveröffentlichung: Inouye et al. 1990, vorliegende Version autorisiert vom Entwickler
- Zeitbedarf: 5 bis 10 Minuten inkl. obligatorischer kognitiver Testung (erfolgt bei IdA automatisch)
- Durchführung: beurteilt wird durch Beobachtung des Patienten das Vorhandensein von vier Merkmalen
- Ein Delir liegt vor, wenn die Merkmale 1a **und** 1b **und** 2 sowie 3 **oder** 4 vorliegen.
- **Achtung:** Bei Vorliegen der Merkmale 1a **oder** 1b **und** 2 sowie 3 **oder** 4 wird „*Delir: eventuell*“ vergeben
- Berücksichtigen von körperlichen Einschränkungen (und ggf. anderen Faktoren wie Störungen), die die Durchführung behindern, durch Vermerk auf Testblatt und im IdA-Portal
- Erfassung des CAM jeden zweiten Tag in IdA

Name des Patienten:	
Erfassungsdatum:	



SHORT CAM (Delir)

METHODE ZUR ERFASSUNG DER VERWIRRTHEIT (CAM) GEKÜRZTE VERSION ARBEITSBLATT		
I. AKUTER BEGINN UND FLUKTUIERENDER VERLAUF		
a) Gibt es Hinweise auf eine akute Veränderung des mentalen Status des Patienten/der Patientin im Vergleich zum Normalzustand (baseline) des Patienten/der Patientin?	Nein___	Ja___ Unklar___
b) Fluktuierte das (abnormale) Verhalten über den Tag, d. h. tendierte es dazu, zu kommen und zu gehen oder in der Stärke zu- und abzunehmen?	Nein___	Ja___ Unklar___
II. UNAUFMERKSAMKEIT		
Hatte der Patient/die Patientin Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, war er/sie z. B. schnell ablenkbar oder hatte er/sie Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen?	Nein___	Ja___ Unklar___
III. DESORGANISIERTES DENKEN		
War das Denken des Patienten/der Patientin desorganisiert oder inkohärent, wie z. B. weitschweifende oder irrelevante Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss oder unberechenbares Springen von Thema zu Thema?	Nein___	Ja___ Unklar___
IV. VERÄNDERUNG DES BEWUSSTSEINZUSTANDS		
Wie würden Sie den Bewusstseinszustand des Patienten/der Patientin insgesamt beschreiben?		
-- Wach (normal)		
-- Hypervigilant		
-- Lethargisch (schläfrig, leicht weckbar)		
-- Stupor (schwer weckbar)		
-- Koma (nicht weckbar)		
-- Unklar		
Wurde oben etwas anderes als „Wach“ oder „Unklar“ als Antwort angegeben?	Nein___	Ja___
Hinweis: Wenn alle Antworten im KASTEN 1 angekreuzt sind und zumindest eine Antwort in KASTEN 2, wird die Diagnose Delir empfohlen.		

Ergebnis

Delir vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Eventuell

Hinweis: Nutzung des Fragebogens von HELP für IdA freigegeben
Copyright © Hospital Elder Life Program, LLC

Hinweise zur Durchführung

- Frage 1:
 - Grundlage der Einschätzung ist die subjektive Wahrnehmung des Patienten durch die Study Nurse während der Zeit des Kurzscreenings und Eingangsassessments
- Frage 4:
 - Hypervigilant = überwacht
- Ergebnis: Delir vorliegend?
 - Ein Delir liegt vor,
 - wenn im Kasten 1 die Merkmale Nr. 1a **und** Nr. 1b **und** Nr. 2 mit Ja angekreuzt
 - sowie im Kasten 2 Nr. 3 **oder** 4 mit Ja angekreuzt sind.
 - Zusätzlich zur Bewertung Delir „Ja“ oder „Nein“ wurde die Möglichkeit eines Verdachts auf Delir für die Dokumentation aufgenommen. Hintergrund: Frage 1 und 2 können unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt beantwortet werden (dazu auch Inouy 2001).
 - → Ein Verdacht auf Delir („eventuell“) liegt vor, wenn:
 - wenn im Kasten 1 die Merkmale Nr. 1a **oder** Nr. 1b **und** Nr. 2 mit Ja angekreuzt
 - sowie im Kasten 2 Nr. 3 **oder** 4 mit Ja angekreuzt sind.

4.3.2 Dokumentation im IdA-Portal

Erhebungsdatum CAM: *

25.06.2021

Ergebnis des CAM - Ist ein Delir vorhanden?: *

Ja
Nein
Eventuell

sind.

- „Ja“ wird ausgewählt, wenn 1a), 1b) und 2) UND 3) ODER 4) angekreuzt sind
- „Eventuell“ wird ausgewählt, wenn 1a) ODER 1b) und 2) UND 3) ODER 4) angekreuzt sind

4.4 Wohnsituation

4.4.1 Vorgehen

- Erhoben wird, in welcher Wohnsituation der Patient lebt. Es ist eine Auswahlmöglichkeit aus den Folgenden auszuwählen: alleine im eigenen Haushalt lebend; mit Partner/Partnerin und/oder Familienangehörigen im Haushalt lebend; in Wohngemeinschaft/im betreuten Wohnen lebend; im Altenwohnheim/ Pflegeheim lebend; Sonstiges; Unbekannt

4.4.2 Dokumentation im IdA-Portal

Erhebungsdatum Wohnsituation: *

25.06.2021

Aus welcher Wohnsituation kommt der Patient in die Klinik?: *

* Pflichtfeld

Zurück

Zwischenspeichern

Prüfen und Speichern

- alleine im eigenen Haushalt lebend
- mit Partner/Partnerin und/oder Familienangehörigen im Haushalt lebend
- in Wohngemeinschaft/ im betreuten Wohnen lebend
- im Altenwohnheim/ Pflegeheim lebend
- Sonstiges
- Unbekannt

5. DIE IDA-AKTE

- IdA-Akten können nach der vollständigen Eingabe des Eingangsassessments erfasst werden

5.1 Vorgehen

In der sog. IdA-Akte können verschiedene Daten für den Patienten täglich bzw. zweitägig eingegeben werden:

- Zwischenaufenthalt auf der IST/IMC
- CAM → dieser wird in der Wirkungsevaluation zweitägig erfasst
- Medikation
- Sturz
- Bettgitter
- Herausforderndes Verhalten
- Besonderheiten

5.2 Dokumentation im IdA-Portal

5.2.1 *Zwischenaufenthalt auf der ITS/IMC*



The screenshot shows the 'IdA' logo and 'Startseite Fall erfassen' in the top left. The main heading is 'Akte erfassen'. Below it, there are two input fields: 'Datum der Erhebung: *' with the date '02.09.2020' entered, and 'Beindet sich der Patient auf der ITS?: *' with a dropdown menu showing 'Nein'.

- Befindet sich der Patient derzeit auf der ITS wird weiterhin für jeden Tag seines Aufenthaltes eine Akte angelegt
 - Auswahl „Ja“ - keine weitere Eingabe der Medikation usw. erforderlich
 - Weiter mit vollständiger Eingabe, sobald Patient wieder auf teilnehmender Station liegt

5.2.2 *Medikamente*

- Erfassung der Medikation während des Aufenthaltes, soll rückwirkend für jeden Tag des Aufenthaltes gemacht werden ab Aufnahme im Krankenhaus
- Medikation kann aus der letzten Speicherung übernommen und abgeändert werden

▪ **Medikationstyp:**

- Es werden alle Medikamente aufgenommen – sowohl die Standardmedikation als auch die Bedarfsmedikation
- Wurde Bedarfsmedikation an einem Tag nicht gegeben → Tagesdosierung = **0** eintragen

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Akte erfassen

Datum der Erhebung: *

01.06.2021

Befindet sich der Patient auf der ITS/IMC?: *

Nein

Erfassen Sie die Medikation des Patienten:

Medikationstyp: * TradeName: * Applikationsform: * Tagesdosierung: *

Bedarfsmedikation
Standardmedikation
hinzuügen

z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)

Tagesdosierung summiert, z. B. 2 oder 1,5

aus letzter Speicherung übernehmen entfernen

▪ **TradeName:**

- Gemeint ist hierbei der Handelsname des Medikaments, die Wirkstoffkonzentration und die Darreichungsform
- Geben Sie mindestens die ersten 3 Buchstaben des Medikaments ein, dann öffnet sich ein Dropdown-Menü mit allen verfügbaren Medikamenten mit diesen Anfangsbuchstaben
- Um die Auswahl weiter einzuschränken, geben Sie nach dem Leerzeichen weitere Ihnen bekannte Merkmale, wie Hersteller oder Wirkstoffkonzentration (z.B. 125) ein
 - **Achtung:** Bei Wirkstoffkonzentration ist **nicht** die Packungsgröße gemeint
- Wählen Sie dann das zutreffende Medikament aktiv aus. Sollte in Ausnahmefällen das Medikament eines bestimmten Herstellers nicht in der Liste enthalten sein, wählen Sie bitte ein entsprechendes Medikament eines anderen Herstellers mit der gleichen Wirkstoffkonzentration (z.B. wenn „IbuHEXAL 400mg“ nicht in der Liste enthalten ist, könnten Sie „IBU ratiopharm 400mg“ auswählen)

Medikationstyp: * TradeName: * Applikationsform: * Tagesdosierung: *

Ist der Patient heute gestürzt?

Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?

Zeigte der Patient heute herabgezogene Bettgitter?

Fand heute ein Austausch mit

Paracetamol 125mg Heumann | Suppositorium
Paracetamol Sanavita 125 mg Zäpfchen | Säuglings-Suppositorium
Paracetamol 125 Hexal | Suppositorium
Paracetamol Sandoz 125 mg | Suppositorium
Paracetamol-Azupharma 125 mg | Suppositorium
Paracetamol BC 125 | Suppositorium
Paracetamol 125 EAS | Suppositorium
PARACETAMOL 125 STADA | Suppositorium
Paracetamol AbZ 125 mg | Suppositorium
Paracetamol-ratiopharm 125 | Säuglings-Suppositorium
Paracetamol AL 125 | Säuglings-Suppositorium
Paracetamol Denk 125 mg Zäpfchen | Suppositorium
Paracetamol- CT 125 | Säuglings-Suppositorium
Paracetamol Denk 125 | Suppositorium
Paracetamol 125- 1 A Pharma | Suppositorium
Paracetamol 125 Heumann | Suppositorium
Paracetamol 125 mg- 1 A Pharma | Suppositorium
Paracetamol AL 125 Säuglingssuppos. | Säuglings-Suppositorium

▪ Applikationsform:

- die Applikationsform muss mit der vorigen Spalte zusammenpassen
- → Suppositorium = Zäpfchen → rektal

Medikationstyp: * TradeName: * Applikationsform: * Tagesdosierung: *

Ist der Patient heute gestürzt? *

Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter? *

Augentropfen
Inhalation
Intravenös
Oral
Rektal
Salbe
Subkutan
Pflaster
Intramuskulär

▪ Tagesdosierung:

- Spalte **Tagesdosierung** wird in Dezimalstellen erfasst
- Die Tagesdosierung eines Medikaments entspricht der Gesamtdosis eines Tages, es wird im IdA-Portal keine Differenzierung nach Einnahmezeitpunkt vorgenommen
- Je nach Darreichungsform des Medikaments ist die Tagesdosierung unterschiedlich zu erfassen
 - Tabletten/ Kapseln/Pulverbeutel u.ä.:
 - 3x1 Tabletten/Beutel an einem Tag → Eingabe: 3

- Tropfen:
 - 4x 25 Tropfen an einem Tag → 100
- Saft/Sirup:
 - 2x 4mg/ml an einem Tag → Eingabe: 2
 - (Konzentration: 66,7 g/100 ml) 1x 30ml an einem Tag → 30
- Infusion:
 - 3x 4g/0,5g Pulver zur Herstellung Infusionslösung an einem Tag → 3
 - 2x 500g/100ml Infusion an einem Tag → 2
 - 3x 1g Paracetamol á 10mg/ml an einem Tag → 3
- Spritze
 - 1x 0,3ml 2850 IE Injektion an einem Tag → 1
 - 3 x 15 Einheiten Insulin á 100 E/ml → 45
- Inhalation
 - 2x Fertiginhalat á 1,25mg/2,5ml an einem Tag → 2
 - 4x Sprühstoß (0,1 mg/Sprühstoß) an einem Tag → 4
- Wird ein Standardmedikament an einem Tag pausiert: → für diesen Tag Tagesdosierung = 0 eintragen
- Wird eine Bedarfsmedikation an einem Tag nicht gegeben: → für diesen Tag Tagesdosierung = 0 eintragen
- Bitte **ausschließlich Zahlen** eintragen, da Text in dieser Spalte nicht ausgewertet werden kann
- Wenn Flohsamenschalen verordnet werden, ist auch das unter Medikation mit aufzuführen

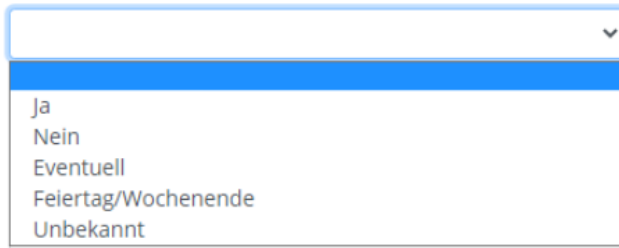
Erfassen Sie die Medikation des Patienten:

Medikationstyp: *	TradeName: *	Applikationsform: *	Tagesdosierung: *	
Standardmedikation ▼	Paracetamol 125 Hexal z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)	Rektal ▼	1	entfernen
Tagesdosierung summiert, z. B. 2 oder 1,5				
Medikationstyp: *	TradeName: *	Applikationsform: *	Tagesdosierung: *	
Bedarfsmedikation ▼	Novaminsulfon - 1 A Phi z. B. IbuHEXAL (für Suche min. 3 Zeichen eingeben)	Oral ▼	9	entfernen
Tagesdosierung summiert, z. B. 2 oder 1,5				

5.2.3 **Short-CAM**

- Der CAM wird alle zwei Tage erhoben.
- Ausgehend vom Eingabedatum des ersten CAM (im Rahmen des Eingangsassessments) erscheint die Abfrage alle zwei Tage.

Ergebnis des CAM - Ist ein Delir vorhanden?: *

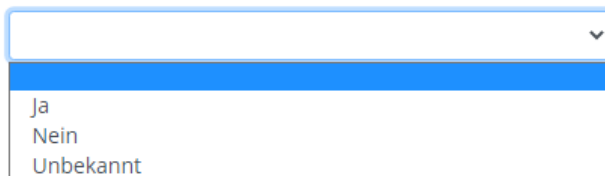


A dropdown menu with a blue header bar. The options listed are: Ja, Nein, Eventuell, Feiertag/Wochenende, and Unbekannt. The 'Eventuell' option is currently selected and highlighted in blue.

- Die Auswahl „eventuell“ wird ausgewählt, wenn 1a oder 1b und 2 und 3 oder 4 angekreuzt sind.
- Wird die IdA-Akte für einen Sonntag ausgefüllt und Sie konnten den CAM nicht erheben, hier Wochenende ankreuzen → CAM Abfrage kommt dann am nächsten Tag noch einmal

5.2.4 **Sturz, Bettgitter und Herausforderndes Verhalten**

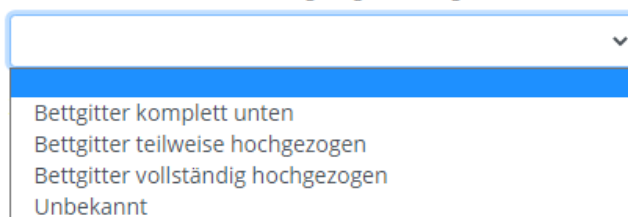
Ist der Patient heute gestürzt?: *



A dropdown menu with a blue header bar. The options listed are: Ja, Nein, and Unbekannt. The 'Nein' option is currently selected and highlighted in blue.

- Protokoll für Sturz nur vorhanden, wenn Sturz passiert ist
 - → sonst „Nein“ auswählen

Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?: *



A dropdown menu with a blue header bar. The options listed are: Bettgitter komplett unten, Bettgitter teilweise hochgezogen, Bettgitter vollständig hochgezogen, and Unbekannt. The 'Bettgitter teilweise hochgezogen' option is currently selected and highlighted in blue.

- Waren Bettgitter teilweise oder vollständig hochgezogen, erfolgt eine weitere Abfrage nach dem Anlass
- Manchmal steht diese Information in der Patientenakte oder das Stationspersonal weiß mehr

Hatte der Patient heute hochgezogene Bettgitter?: *

Bettgitter vollständig hochgezogen ▼

Warum war das Bettgitter vollständig hochgezogen?: *

▼

Auf Anordnung
Auf eigenen Wunsch
Unbekannt, nicht dokumentiert

- Herausforderndes Verhalten ist in der Fieberkurve/Pflegebericht nachlesbar
 - bei Unklarheiten Personal der Station fragen
 - zu herausforderndem Verhalten zählt: aggressives Verhalten, Herumwandern, ängstliches Verhalten, Zurückgezogenheit, Schreien, Schlagen, enthemmtes Verhalten, Schläfrigkeit, ...

Zeigte der Patient heute herausforderndes Verhalten?: *

▼

Ja, einmal am Tag
Ja, mehrmals am Tag
Nein
Unbekannt

5.2.5 **Besonderheiten**

- Hier kann eingetragen werden, wenn es coronabedingte Besonderheiten in der Betreuung/Versorgung des Patienten gegeben hat, z.B. dass der Patient unter Quarantäne steht.

5.3 Reaktivieren von abgebrochenen Fällen

- (aus Versehen) vorzeitig abgebrochener Patient kann reaktiviert und weiterbearbeitet werden
- ACHTUNG: Soll der Patient nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus auch im Portal entlassen werden, wird „Entlassung“ unter „weitere Aktionen“ vorerst nicht angezeigt

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

Stammdaten

Der Fall ist für die Bearbeitung gesperrt (Status Abgebrochen).

weitere Aktionen ▾

- Eingangsassessament einsehen
- Bedarfsermittlung einsehen
- vorzeitiger Abbruch einsehen
- Reaktivieren**
- Fall löschen
- Historie einsehen

Kennzeichen: 02-0001

Patient ist für IdA geeignet

Ja

Der Fall wurde erfolgreich reaktiviert. Bitte entfernen Sie ggf. Entlassung oder Abbruch.

Stammdaten

IdA-Akte erfassen weitere Aktionen ▾

- → unter „weitere Aktionen“ → „vorzeitiger Abbruch“ → „Löschen“

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

vorzeitiger Abbruch

Erhebungsdatum Abbruchgrund: *

18.06.2021

Warum wurde die Projektteilnahme abgebrochen?: *

Verschlechterung des Gesundheitszustands ▾

* Pflichtfeld

Zurück Speichern Löschen

- → über „weitere Aktionen“ Patient „Entlassen“

5.4 Verlegung

- Für den Fall, dass ein innerhalb Ihres Hauses und Ihrer teilnehmenden Stationen auf eine andere teilnehmende Station verlegt wird
- da die Stammdaten im Nachhinein nicht angepasst werden können, kann auch die aktuelle Station des Patienten nicht verändert werden
- Verlegung dient also dazu, dass Sie einen besseren Überblick behalten können, auf welcher Station Sie die eingeschlossenen Patienten derzeit auffinden können

Startseite Fall erfassen Reports Export

Stammdaten

IdA-Akte erfassen

weitere Aktionen ▾

Institutskennzeichen: 2

Erhebungsdatum geog

26.05.2021

Eingangsassessament einsehen

Bedarfsermittlung einsehen

Bedarfsanpassung erfassen

Entlassen

vorzeitiger Abbruch

Verlegung

Fall löschen

Historie einsehen

Startseite Fall erfassen Reports Export

Verlegung

Erhebungsdatum Verlegung: *

17.06.2021

Verlegungsdatum: *

17.06.2021

Standort: *

Potsdam ▾

Fachbereich: *

srthgrth

Stationsnummer: *

3

* Pflichtfeld

Zurück

Speichern

10 ▾

Suche ...

Verlegungsdatum	Erhebungsdatum	Standort	Fachbereich	Stationsnummer
keine Fälle vorhanden				

Anzahl Fälle: 0 ← →

5.5 Historie

- In der Historie können Sie alle bislang in diesem Fall durchgeführten Schritte noch einmal nachverfolgen
- Unter „weitere Aktionen“ → „Historie einsehen“

 [Startseite](#) [Fall erfassen](#) [Reports](#) [Export](#)

Bearbeitungshistorie

Name	Aktion	Datum
Peter, Katharina	Speicherung Stammdaten	26.05.2021 14:02
Köhn, Anja	Speicherung Stammdaten	25.06.2021 10:48
Köhn, Anja	Speicherung Eingangsassessment	25.06.2021 11:09
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 11:53
Köhn, Anja	Speicherung Stammdaten	25.06.2021 11:55
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 11:57
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 11:58
Köhn, Anja	Speicherung Bedarfsermittlung	25.06.2021 12:27
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 12:50
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 12:52
Köhn, Anja	Speicherung IdA-Akte	25.06.2021 12:54
Köhn, Anja	Speicherung Bedarfsermittlung	25.06.2021 13:01

Zurück

5.6 Reports

- Unter dem Reiter „Reports“ können Fallzahlen und Dropouts gezählt werden
- Von Zeit zu Zeit werden wir Sie bitten, uns hiervon einen Abzug zuzusenden

Zählung der Fälle:

Reports

Monitoring der Fallzahlen

[aktualisieren](#)[Daten exportieren](#)

Offen: 11

Entlassen: 0

Abgeschlossen: 2

Abgelehnt: 1 - davon "Einwilligung widerrufen": 0

Abgebrochen: 1

Zählung der Gründe „Patient nicht geeignet für IdA“

Monitoring der Gründe "Patient nicht für IdA geeignet"

[aktualisieren](#)[Daten exportieren](#)

unzureichende Deutschkenntnisse: 0

geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt: 0

kritischer Gesundheitszustand: 0

Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie: 0

Corona-bedingter Ausschluss: 0

Patient mehrfach nicht angetroffen: 0

72h Frist kann nicht eingehalten werden: 0

6CIT verweigert: 0

Sonstiges: 0

6. IDA-ABSCHLUSS

6.1 Entlassung

- wird der Patient aus dem Krankenhaus regulär entlassen, kann er auch im IdA-Portal entlassen werden

The screenshot shows the 'IdA-Portal' interface. At the top, there is a header with the 'IdA' logo and the text 'Startseite Fall erfassen'. Below this is a section titled 'Stammdaten'. On the left, there are two buttons: 'IdA-Akte erfassen' and 'weitere Aktionen'. The 'weitere Aktionen' button is open, showing a dropdown menu with the following options: 'Eingangsassessament einsehen', 'Bedarfsermittlung einsehen', 'Bedarfsanpassung erfassen', 'Entlassen' (which is circled in red), 'vorzeitiger Abbruch', and 'Historie einsehen'. To the right of the dropdown, there are two input fields: 'Institutskennzeichen: 2' and 'Kennzeichen: 01-00006'. Below these, there is a field for 'Erhebungsdatum geeig' with the value '12.11.2020'. To the right of this, there is a dropdown menu for 'Patient ist für IdA geeignet: *' with the value 'ja'. Below the 'Stammdaten' section, there is a section titled 'Entlassung'. It contains two input fields: 'Entlassungsdatum und Entlasszeit: *' and 'Entlassender Standort: *'. The 'Entlassender Standort: *' field has a dropdown menu with the text 'Bitte wählen Sie den Standort ...'.

- Auch in diesem Status ist es möglich, weitere IdA-Akten zu erfassen
- Achtung: ein Patient kann nicht in die Zukunft entlassen werden

6.2 Abschließen

IdA Startseite Fall erfassen

Stammdaten

Der Fall ist entlassen, bitte schließen Sie ihn ab (Status Entlassen).

IdA-Akte erfassen weitere Aktionen ▾

Institutskennzeichen: 2 Kennzeichen: 01-00007

Erhebungsdatum geeig 07.11.2020

Patient ist für IdA geeignet: *

Ja ▾

Eingangsassessament einsehen
Bedarfsermittlung einsehen
Bedarfsanpassung erfassen
Entlassung einsehen
Abschließen
Historie einsehen

- Wichtig: Erst wenn alle Tage **vollständig** dokumentiert (IdA-Akten) wurden, wird der Fall abgeschlossen.
 - → „weitere Aktionen“ → „Abschließen“ → **Der Fall kann dann nicht mehr bearbeitet werden!**

IdA Startseite Fall erfassen Reports Export

✓ Der Fall wurde erfolgreich abgeschlossen.

Stammdaten

Der Fall ist abgeschlossen (Status Abgeschlossen).

weitere Aktionen ▾

7. GESPRÄCHSFÜHRUNG

7.1 Kommunikationsregeln

- Durchführung von Screening und Eingangsassessment ist in der Zielgruppe in unterschiedlichem Ausmaß – je nach Beeinträchtigungsgrad – möglich
- Allgemeine Verhaltens- und Kommunikationsregeln:
 - Grundsätzlich: größtmögliche Standardisierung und Neutralität der Durchführung erwünscht – „Prinzip der gleichen Bedingungen“
 - Aber: Spezifika der Zielgruppe bedürfen einem individualisierten Ansatz → Orientierung am einzelnen Patienten nötig
 - → Balance zwischen standardisierter „Frage-Antwort-Situation“ und „durchführungsnotwendiger“ Gesprächsatmosphäre
 - Neutralität: keine subjektive Meinung zu Projekt oder Fragen/ Tests äußern, keine Beeinflussung des Patienten bei der Beantwortung der Fragen
 - Empathische und wertschätzende Kommunikation
 - kurze klare Sätze
 - deutlich und langsam sprechen, wichtige Wörter betonen
 - Sprechpausen machen
 - allgemeinverständliche Formulierungen
 - Blickkontakt halten
 - offene, dem Patienten zugewandte Sitzhaltung (auch bei Unannehmlichkeiten)
 - Unterbrechungen durch den Patienten ernst nehmen
 - Unnötiges Korrigieren und Diskutieren vermeiden
- Flexibilität in der Kommunikation:
 - Anpassung der Kommunikation an vorliegende, v.a. kognitive, Einschränkungen nötig
 - → Herausforderung, da „ob“ und Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung ggf. unklar sind und erst im Verlauf der Durchführung sichtbar werden
 - An die Realität des Patienten anpassen
 - mit zunehmendem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung gestaltet sich die Kommunikation schwieriger/ herausfordernder,
 - Einbezug von Gefühlen (Angst, Wut etc.) und Antrieben (Ordnungssinn, Pünktlichkeit) werden wichtiger
 - Para- (Lautstärke, Betonung) und nonverbale Ebene (Körperhaltung, Blickkontakt) werden wichtiger
 - Orientierung geben wird wichtiger (wer sind Sie, was machen Sie dort), auch zwischenzeitlich und proaktiv

- Allgemeine Kommunikationsregeln bei Menschen mit Demenz (Reisberg-Stadien),

Quelle: <http://bit.ly/3axV3XZ>:

GDS	Schweregrad	Handlungs- und Kommunikationsleitfaden
I	Normal	Normale Wertschätzende Kommunikation
II	MCI	Sorgen u. Ängste ernst nehmen
III	Sehr leichte Demenz	Depression/Trauer. Emotionale Unterstützung. Empathische, beratender Kommunikationsstil.
IV	Leichte Demenz	Wortfindungsstörungen. Depression/Trauer. Bei Wortfindung evtl. helfen, echte Interesse an der Lebensgeschichte der Person zeigen. Sensible Kommunikationsstil!
V	Mittelschwere Demenz	Zorn/Leugnung der Fehler. Konfrontationen und Rationalisierungen vermeiden. Keine „Warum-Fragen“ stellen. Fokussierung auf die Stärken und Leistungen der Person. Gefühle formulieren und spiegeln.
VI	Schwere Demenz	Zorn. Schwierigkeiten mit verbaler Kommunikation. Kurze einfache Sätze, langsam und deutlich sprechen. Bevormundung vermeiden. Leistungen im Leben loben, b. B. im Gehen kommunizieren.
VII	Sehr schwere Demenz	Erschöpfung/Harmoniebedürfnis. Verlust der Sprache. Bedeutung der nonverbalen Kommunikation nimmt zu. Respektvolle Ansprache, keine Baby-Sprache! Lob und positive Kommunikation.

7.2 Ablauf

Begrüßung: Vorstellung der eigenen Person und Bezug zur Patienteneinwilligung herstellen

- „Guten Tag, mein Name ist AB. Ich bin Studienassistentin im Projekt IdA. Darf ich Sie (kurz) stören? Vielen Dank! (Darf ich mich setzen?“)“
- „Frau XY hat Ihnen das Projekt IdA gestern/vorgestern (falls bekannt) ausführlicher vorgestellt. Können Sie sich erinnern?“
- Falls nicht: Projekt noch einmal kurz vorstellen (ggf. IdA-Flyer zeigen/austeilen)
- „Frau XY hat Sie gefragt, ob Sie einverstanden sind, dass wir Ihnen ein paar Fragen stellen, Daten von Ihnen erheben und anonym auswerten (d.h., Ihr Namen, Ihre Versichertennummer, Ihre Adresse werden nicht weitergegeben an das Institut, das die Daten auswertet). Sie waren so freundlich zuzustimmen.“
- „Darf ich Ihnen jetzt einige Fragen stellen?“
 - Falls ja: weiter
 - Falls nein: „Wann würde es Ihnen denn besser passen? Darf ich in XY min/h noch einmal vorbeikommen?“
 - Falls Einwilligung widerrufen wird/ Patient Teilnahme ablehnt, obwohl gesetzlicher Vertreter zugestimmt hat
 - → Versuchen, zur Teilnahme zu überzeugen
 - Nachfrage, warum Einwilligung widerrufen wird → auf Gründe eingehen
 - Ggf. nochmaliges Erläutern des Projektes
 - Ggf. Erklären, was beim Screening und Eingangsassessment gemacht wird
 - falls erfolglos: Vermerk, dass Teilnahme verweigert wird/ Einwilligung widerrufen wird in Patientenliste/ Reporting und Verabschiedung

Vorgehen erläutern:

- „Vielen Dank! Ich möchte Ihnen gerne ein paar Fragen stellen. Dabei geht es zum Beispiel darum zu schauen, wie gut Sie sich an Dinge erinnern können, wie gut Sie sich orientieren können, was Ihnen im Alltag leicht und weniger leicht fällt.“
- „Die ersten Fragen dauern nur ca. 5min. Danach schauen wir, ob ich Ihnen weitere Fragen stelle.“
- „Ich erkläre Ihnen immer genau, was Sie machen sollen. Falls Sie Fragen haben, beantworte ich Sie Ihnen gerne.“
- „Ich mache mir jeweils ein paar Notizen zu Ihren Antworten auf dem jeweiligen Formular, damit ich nichts vergesse.“
- „Haben Sie dazu noch Fragen?“
 - Falls Ja, entsprechend beantworten.
 - Falls nein: „Dann würde ich mit den ersten Fragen beginnen.“

Durchführung der Tests:

- Grundsätzlich: Orientierung an Ablauf und Anweisungen der einzelnen Tests
- Vor jedem Test darauf hinweisen, dass bei Verständnisproblemen nachgefragt werden darf/soll: „Bitte sagen Sie mir, wenn Sie eine Frage nicht richtig verstanden haben oder bei einer Frage irgendwelche Unklarheiten bestehen.“

- Fragen (und mögliche Antworten) langsam, deutlich, vollständig und richtig betont vorlesen bzw. formulieren
- Zwischendurch den Patienten immer wieder motivieren

6CIT:

- „So, dann beginnen wir. Ich möchte Ihnen ein paar Fragen stellen, bei denen es um Ihre Orientierungs- und Merkfähigkeit geht.“
- Durchführung nach Vorgaben (Klärung: Uhr!) und Abschluss des Tests: Berechnung des Summenwerts:
 - Wert < 8: Patient ist nicht geeignet für IdA → Abbruch:
 - „So, haben Sie vielen Dank für Ihre Zeit! Sie haben sehr gute Orientierungs- und Merkfähigkeiten – herzlichen Glückwunsch. Deshalb sind Sie für die Teilnahme am IdA-Projekt nicht geeignet. Sie müssen mir deshalb keine weiteren Fragen beantworten. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Bereitschaft und wünsche Ihnen schnelle Genesung und noch einen angenehmen Aufenthalt in der Klinik.“
 - Dokumentation auf 6CIT-Bogen und in Patientenliste → Überführung ins IdA-Portal
 - Wert ab 8: Patient geeignet für IdA → Eingangsassessment
 - „So, haben Sie vielen Dank fürs Beantworten der ersten Fragen. Ich würde Ihnen gerne ein paar weitere Fragen stellen.“

Barthel-Index:

- „Jetzt habe ich ein paar Fragen dazu, wie gut Sie alleine im Alltag zurechtkommen. Wir möchten gerne wissen, in welchen Bereichen Sie sich selbständig gut versorgen können und in welchen Bereichen Sie evtl. Hilfe benötigen.“
- Durchführung nach Vorgaben
- Notieren, welche Fragen/ Dimensionen nicht beantwortet wurden (später: Übertragung ins IdA-Portal)
- „Haben Sie vielen Dank für die Beantwortung der Fragen! Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich Ihnen gerne noch ein paar Fragen stellen.“

MMST:

- „In den nächsten Fragen geht es noch einmal etwas ausführlicher darum, wie gut Sie sich Sachen merken können, wie gut Sie sich zeitlich orientieren können u.ä. Beginnen wir mit der ersten Frage.“
- Durchführung nach Vorgaben (es wird ein Tisch/Schreibunterlage, ein Stift für den Patienten benötigt sowie eine Armbanduhr und ein Bleistift)
- Notieren, welche Fragen nicht beantwortet wurden/ werden konnten (später: Übertragung ins IdA-Portal)
- „Haben Sie vielen Dank! Jetzt sind wir auch schon fast fertig.“

Short-CAM:

- „Ich notiere mir noch kurz ein paar Stichpunkte, damit ich nichts vergesse.“

Abschluss:

- „So, jetzt haben Sie es geschafft! Haben Sie vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für meine Fragen genommen haben. Sie haben uns, dem Projekt IdA, sehr damit geholfen!“
- „Haben Sie noch Fragen?“

- „Was passiert mit den Ergebnissen?“ werden anonym ausgewertet, um die Versorgung im Krankenhaus für ältere Menschen zu verbessern (Hinweis auf ausführliche Informationen in der Patienteninformation).
- „Wie habe ich denn abgeschnitten? Wie ist mein Ergebnis?“ „Dazu kann ich Ihnen leider nichts Genaues sagen. Ihre Antworten werden zusammen mit denen anderer Patienten anonym ausgewertet. Dies übernimmt ein Forschungsinstitut in Berlin“ (Hinweis auf ausführliche Informationen in der Patienteninformation inkl. Kontaktdaten).
- „Ich wünsche Ihnen noch alles Gute und eine gute Genesung.“

7.3 Herausforderungen

- Patient versteht Frage-/ Aufgabenstellung nicht
 - Keine direkten Korrekturen („Sie sollen nicht XY machen, sondern AB.“)
 - „Klären“ (Wiederholung der Frage mit Betonung des Wichtigen, ggf. Beschreiben, zur nächsten Frage/Aufforderung wechseln)
- Patient möchte abbrechen (Aufgaben zu leicht, zu persönlich etc.)
 - Verständnis zeigen („Ich kann verstehen, dass die Fragen vielleicht nicht so spannend/ sehr zu leicht/ sehr persönlich sind.“)
 - Motivieren, weiterzumachen („Sie haben schon das Meiste geschafft.“ „Sie helfen uns sehr, wenn Sie die restlichen Fragen auch noch beantworten.“)
- Patient realisiert, dass er (einzelne) Fragen/ Aufgaben nicht beantworten kann, findet Wörter nicht, reagiert wütend/ traurig etc.
 - Gefühle formulieren („Es macht Ihnen zu schaffen, dass Sie das Datum nicht mehr wissen“)
 - Sicherheit geben („Mir passiert das auch manchmal, dass ich ein Datum vergesse.“)
 - Zur nächsten Frage wechseln
- Patient kommuniziert nicht situationsbezogen, antwortet nicht auf Fragen
 - Konfrontation meiden („Darum geht es hier aber nicht.“)
 - ggf. auf offensichtlich nicht zum Kontext gehörende Sätze oder Fragen unverbindlich reagieren („Ich weiß nicht“, „Ach, wirklich“) oder unkommentiert lassen
 - Zweckmäßig handeln (Patienten nicht unterbrechen, aber bei Abschweifen durch aktives Zuhören und einfache, kurze Sätze/Antworten die Aufmerksamkeit zum Thema zurückführen)
- Patient verhält sich desorientiert, fragt, wer Sie sind
 - Konfrontation vermeiden („Das habe ich Ihnen doch schon erklärt.“)
 - Wiederholen („Ich bin Frau AB. Ich möchte mit Ihnen ein paar Fragen durchgehen. Sind Sie damit einverstanden?“)
- Patient fragt nach Screening- oder Assessmentergebnissen
 - Darauf hinweisen, dass die Daten erst ausgewertet werden müssen
 - Bei Interesse an allgemeinen Ergebnissen zum Projekt auf die Ansprechpartner verweisen (Patienteninformation)