

Sektorenübergreifende Betreuung von demenzkranken Pflegebedürftigen im Krankenhaus.

Die Ergebnisse des Projekts SEBKam

(Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der
Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung)

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.

Dr. Sabine Kirchen-Peters; Dr. Elisabeth Krupp; Jana Rößler

unter Mitarbeit von Melanie Schmitt, Janet Kunz und Lea Willems

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Jürgen Stausberg

Saarbrücken, 30. Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
1. Einleitung und Forschungsstand	1
2. Wissenschaftliche Begleitforschung	5
2.1 Forschungsdesign und methodischer Ansatz	5
2.2 Prozessbegleitung und Beratung	6
2.3 Wirkungsanalyse Patientensicherheit	8
2.3.1 Ziel der Teilstudie, methodische Konzeption und Ablauf der Datenerfassung	8
2.3.2 Datenschutzrechtliche Anforderungen	11
2.3.3 Veränderungen der Studienbedingungen in Neunkirchen	12
2.3.4 Stichprobenbeschreibung	13
2.3.5 Ergebnisse Wartelistengruppe	15
2.3.6 Ergebnisse Studienzentrum Saarlouis	18
2.3.7 Ergebnisse Studienzentrum Neunkirchen	23
2.3.8 Vergleich gewohnte Betreuung und Betreuung Modellstation....	25
2.3.9 Diskussion der Ergebnisse	25
2.4 Wirkungsanalyse Kostenwirksamkeit	26
2.4.1 Ziel der Teilstudie, methodische Konzeption und Ablauf der Datenerfassung	26
2.4.2 Matching-Kriterien	27
2.4.3 Datenschutzrechtliche Anforderungen	28
2.4.4 Stichprobenbeschreibung	29
2.4.5 Ergebnisse	31
2.4.6 Diskussion der Ergebnisse	34
2.5 Struktur- und Prozessanalyse	35
2.5.1 Ergebnisse aus Interviews mit Angehörigen und mit Betreuten .	39
2.5.2 Ergebnisse aus Interviews und Gruppengesprächen mit Projektbeteiligten	44
2.5.3 Datenerfassung zu Art und Inhalt der Betreuung	61
2.5.4 Kostenanalyse	65

3.	Das Praxisprojekt	69
3.1	Projekt- und Kooperationsstruktur.....	69
3.2	Interne Koordinierungsgruppe	73
3.3	Steuerungsgruppe	76
3.4	Rekrutierung und Qualifizierung der Betreuungskräfte	81
3.5	Einsatz von Betreuungskräften in den Modellstationen	83
3.6	Einsatz zusätzlicher Ehrenamtlicher	88
3.7	Einsatz gewohnter Betreuungskräfte	92
3.8	Einbindung der Angehörigen und Öffentlichkeitsarbeit	97
4.	Ergebnisse, Reflektion und Bewertung	101
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	101
4.2	Struktur- und Prozessempfehlungen für den Transfer	104
5.	Fazit und Ausblick	110
	Literaturverzeichnis	112
	Anhang	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konzept der wissenschaftlichen Analyse.....	5
Tabelle 2: Zahl der eingegangenen Bögen.....	13
Tabelle 3: Pflegeeinstufung in SEBKam.....	14
Tabelle 4: Aufenthaltsdauer in Tagen.....	15
Tabelle 5: Zahl und Anteil der Demenzkranken mit Vorkommnissen	16
Tabelle 6: Erfassung von Mehrfachvorkommnissen	17
Tabelle 7: Vorkommnisse nach Abteilung	17
Tabelle 8: Gesamtzahl mit Mehrfachvorkommnissen	22
Tabelle 9: Mittelwertvergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe	23
Tabelle 10: Bereinigte Zahl der Interventions- und Kontrollgruppenfälle	30
Tabelle 11: Verteilung Altersgruppen.....	30
Tabelle 12: Verteilung der Pflegegrade	31
Tabelle 13: Durchschnittskosten je Kostengruppe	32
Tabelle 14: Durchschnittskosten je Kostengruppe mit Einschränkungen (n=18).....	33
Tabelle 15: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests	33
Tabelle 16: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests.....	34
Tabelle 17: Übersicht zur Betreuung	62
Tabelle 18: Art der Betreuung (Mehrfachnennungen möglich).....	62
Tabelle 19: Art der Betreuung nach Betreuungsform (Mehrfachnennungen möglich) ..	63
Tabelle 20: Inhalt der Betreuung	64
Tabelle 21: Inhalt der Betreuung nach Betreuungsform (Mehrfachnennungen möglich)	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Patienten mit Vorkommnissen in Saarlouis 19

Abbildung 2: Anteil der Patienten mit Vorkommnissen in Neunkirchen 24

1. Einleitung und Forschungsstand

Vor dem Hintergrund einer stetig steigenden Zahl von Menschen mit Demenz wurden vom Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 und mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2012 zusätzliche Leistungen eingeführt, um eine Kompensation für den mit der Krankheit verbundenen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf zu leisten. In Pflegeheimen sowie seit 2013 in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen wurde die Einstellung zusätzlicher Betreuungskräfte für die Aktivierung und Tagesstrukturierung der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Gäste ermöglicht. Ihre Finanzierung war durch über die vereinbarten Pflegeentgelte hinausgehende Zuschläge nach § 87b SGB XI (später § 43b SGB XI) geregelt. Mit dem Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) wurde dieser Anspruch zum 01.01.2015 auf alle Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ausgeweitet.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts waren 2013 bereits ca. 28.000 Personen als zusätzliche Betreuungskräfte in Pflegeheimen eingesetzt (Statistisches Bundesamt 2015). Eine Evaluation durch das IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbands konnte durchweg positive Wirkungen des Einsatzes von Betreuungskräften in Pflegeheimen nachweisen. Durch den Einsatz würden die Pflegekräfte entlastet, und es stehe mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung. Zudem wurden eine höhere Zufriedenheit der Bewohner sowie eine qualitative Verbesserung der Betreuung und des Lebensalltags festgestellt (GKV 2012). Bis Ende 2017 erhöhte sich die Zahl der Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen durch den gesetzgeberischen Impuls auf rund 55.000 Kräfte (Statistisches Bundesamt 2017). Damit stehen im Durchschnitt mehr als vier zusätzliche Betreuungskräfte je Pflegeeinrichtung zur Verfügung, die 1,8 Millionen Stunden Betreuung pro Woche durchführen (BMG 2017).

Zur Qualitätssicherung wurden Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben dieser Kräfte in Abgrenzung zur professionellen Pflege erarbeitet (Betreuungskräfte-RL vom 19.08.2008 mit Neuregelung vom 23.11.2016). Nach einem Orientierungspraktikum umfasst die eigentliche Qualifizierungsmaßnahme einen Umfang von 160 Stunden sowie ein zweiwöchiges Betreuungspraktikum (§ 4 Betreuungskräfte-RL). Nach der Ausbildung sind regelmäßige Fortbildungen mit mindestens 16 Stunden pro Jahr einzuplanen. Daneben sind in § 3 der Richtlinie umfangreiche Qualifikationsanforderungen sowie in § 2 die vorgesehenen Tätigkeitsbereiche ausformuliert.

Die Geburtsstunde der Betreuung in der ambulanten Pflege war die Einführung sogenannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (01.01.2002). Im § 45a SGB XI wurden Betreuungsangebote für Pflegebedürftige,

Entlastungsangebote für Pflegende sowie Entlastung im Alltag als Leistungsfälle definiert. Für die Umsetzung wurden auf Länderebene Richtlinien erlassen. Die Leistungen der Häuslichen Betreuung sind laut Vereinbarung über die Leistungen der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI im Saarland im Leistungskomplex 16a konkreter definiert. Demnach enthalten die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen insbesondere folgende Inhalte:

- a) Begleitung: Unterstützung von Aktivitäten in und außerhalb des häuslichen Umfeldes, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, z. B. Spaziergänge, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten.
- b) Beschäftigung: Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, z. B. Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, Hilfen zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen, Hilfen zur Einübung bzw. Einhaltung von Tages- und Nachtrhythmus, Unterstützung bei Hobby und Spiel.
- c) Beaufsichtigung: Sonstige Hilfen, bei denen aktives Tun nicht im Vordergrund steht und persönliche Anwesenheit erforderlich ist, z. B. Anwesenheit der Betreuungsperson, Beobachtung des Versicherten zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung, bloße Anwesenheit, um emotionale Sicherheit zu geben.

Zudem eröffneten die Richtlinien mit einem neuen Leistungskomplex 16b auch die Möglichkeit einer häuslichen Betreuung durch Fachkräfte. Seit Juli 2017 mit dem Inkrafttreten der Richtlinien des GKV nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste besteht nunmehr bundesweit die Möglichkeit, Betreuungsleistungen auch ohne Anbindung an einen ambulanten Pflegedienst zu erbringen.

Ungeachtet dieser umfassenden Entwicklungen zur Implementierung und Qualitätssicherung von Betreuungsangeboten im SGB XI, sind im Krankenhaussektor noch keine systematischen Anstrengungen feststellbar, sich geregelt auf die speziellen Versorgungserfordernisse von Menschen mit Demenz einzustellen. Im Rahmen von Modellprojekten wurden vereinzelt Betreuungsangebote mit ehrenamtlichen Kräften oder mit Beschäftigten im Freiwilligen Sozialen Jahr erprobt. Solche Vorhaben haben sich jedoch als sehr aufwendig und gleichzeitig störungsanfällig herausgestellt (Kirchen-Peters/Krupp 2019).

Die mangelnde Beschäftigung mit dem regelhaften Aufbau von Betreuungsangeboten passt nicht zu der Tatsache, dass bereits ein relevanter Anteil an Krankenhauspatienten unter kognitiven Störungen leidet. Nach den Ergebnissen der im Auftrag der Robert

Bosch Stiftung durchgeführten GHoSt-Studie beträgt die Gesamtprävalenz von Demenzen unter Krankenhauspatienten 18,4 %, darunter sind 6,8 % der Patienten leicht, 6,6 % mittelschwer und 5 % schwer erkrankt (Bickel et al. 2019). In einer epidemiologischen Studie basierend auf Routinedaten der AOK Plus im Bundesland Sachsen wurde eine Prävalenz der Demenz bei den über 65-jährigen im Krankenhaus von 16,7 % festgestellt (Motzek et al. 2019).

In den Akutkrankenhäusern gehören demnach Menschen mit kognitiven Einschränkungen mittlerweile zum klinischen Alltag und werden dort zu einer besonderen Herausforderung. Als Schwachstellen gelten vor allem das geringe Informationsniveau der Krankenhausmitarbeiter, eine ungeeignete räumlich-strukturelle Umgebung sowie interne Abläufe, die nicht an die Bedürfnisse Demenzkranker angepasst sind (Kirchen-Peters 2013). Die Probleme in der Versorgung werden durch einen zunehmenden Ökonomisierungsdruck forciert, der wenig Spielraum für die persönliche Zuwendung, Aktivierung und Tagesstrukturierung pflegebedürftiger demenzkranker Patienten lässt. Hinzu kommt ein professionelles Selbstverständnis, das nicht Betreuung und Gespräche mit Patienten als nützliche und wichtige therapeutische Arbeit bewertet, sondern eher die auf die Somatik bezogenen Aspekte in den Vordergrund stellt (Kirchen-Peters/Krupp 2019).

Das mangelnde Hintergrundwissen, die zunehmende Arbeitsverdichtung und die ungeeigneten Organisationsstrukturen und -prozesse führen in vielfacher Weise zu Problemen in der Versorgungssicherheit der Patienten mit Demenz. Demenzkranke, die im straff organisierten Krankenhausalltag ohne Beschäftigung und Ansprache auf sich alleine gestellt sind, zeigen häufig ein so genanntes herausforderndes Verhalten. Sie beschließen z. B., nach Hause zu gehen, rufen ständig oder sie lösen sich aus Langeweile die Verbände (Kirchen-Peters 2017). Wie das Pflge thermometer 2014 beschreibt, gehören solche „unerwünschten Vorkommnisse“ zum Alltag im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten in Akutkrankenhäusern. Rund 1.870.000 Mal bzw. 1.700.000 Mal im Jahr entfernen sich dort Menschen mit Demenz angelegte Verbände bzw. periphere Venenzugänge. In 725.000 Fällen kommt es zu Stürzen von Demenzpatienten (Isfort et al. 2014).

Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixierungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrechtzuerhalten. Sedierungen werden deutschlandweit ca. 2,6 Millionen Mal im Jahr verabreicht, körpernahe Fixierungen von demenzkranken Patienten werden rund 500.000 Mal im Jahr vorgenommen (Isfort et al. 2014). Die Patienten verlieren durch die „unerwünschten Vorkommnisse“ weiter an Selbstständigkeit und die Demenzsymptome verstärken sich, was nicht nur zu negativen

Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, sondern auch zu finanziellen Konsequenzen führt. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Patienten ein paar Tage nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen oder in Psychiatrische Krankenhäuser überwiesen werden müssen. Zudem werden nach misslungenen Krankenhausaufenthalten nicht selten Heimunterbringungen bei zuvor noch vergleichsweise selbständigen älteren Menschen in die Wege geleitet (Kirchen-Peters 2015). Damit entstehen auch für die Pflegeversicherungsträger Folgekosten durch misslungene Krankenhausaufenthalte von Menschen mit Demenz.

Darüber hinaus treten nach einem Krankenhausaufenthalt häufig Versorgungsbrüche auf, weil sich der Fokus nur auf den isoliert wahrgenommenen Aufenthalt bezieht und keine Anstrengungen in Richtung einer vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgung unternommen werden. Vielmehr ist die Kooperation zwischen Krankenhäusern sowie Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen häufig von gegenseitigen Schuldzuweisungen und mangelnder Einsicht in die Logik der jeweils anderen Arbeitsroutinen geprägt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die positiven Erfahrungen von Pflegeheimen und ambulanten Diensten mit dem Einsatz von Betreuungskräften im Bereich der Pflegeversicherung für die Akutkrankenhäuser systematisch nutzbar gemacht werden könnten. In Deutschland liegen derzeit kaum Erfahrungswerte zum Einsatz von Betreuungskräften im Akutkrankenhaus vor. Die Evaluationsstudie eines Modellprojektes zur Tagesbetreuung von pflegebedürftigen demenzkranken Patienten im Krankenhaus lieferte erste Hinweise auf positive Effekte mit Blick auf die motorischen und kognitiven Fähigkeiten, die Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten und die psychische Situation der Zielgruppe (Wingenfeld/ Steinke 2013). Im Rahmen des durchgeführten Vorhabens „Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung“ (SEBKam) wurde ein erweiterter Ansatz entwickelt, der die beschriebene Versorgungslücke schließen kann. Dabei verfolgte das Projekt zusätzliche Erkenntnis- und Gestaltungsinteressen, welche mit der sektorenübergreifenden, systematischen Verknüpfung von Hilfen der ambulanten Pflege mit denen des Krankenhauses verbunden waren.

2. Wissenschaftliche Begleitforschung

Für das Projekt wurde eine übergreifende wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken eingesetzt. Die wissenschaftliche Begleitung umfasste zum einen die Prozessbegleitung und Beratung. Dabei ging es z. B. darum, die Projektbeteiligten bei der Sicherstellung der gemeinsamen konzeptionellen Ausrichtung, der wechselseitigen Abstimmung und der Initiierung von Lernprozessen zu unterstützen. Das iso-Institut war zudem Antragsteller und Konsortialführer für das Gesamtvorhaben, womit auch allgemeine Aufgaben der Projektsteuerung und -abrechnung verbunden waren. Im Mittelpunkt der Forschungstätigkeiten standen eine Struktur-, Prozess- und Wirkungsanalyse.

2.1 Forschungsdesign und methodischer Ansatz

Die Wissenschaftliche Begleitforschung durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V. umfasste eine Wirkungsanalyse sowie eine Struktur- und Prozessanalyse. Die Wirkungsanalyse verfolgte zum einen das Ziel, die Effekte des Einsatzes von Betreuungskräften auf die Patientensicherheit pflegebedürftiger Menschen mit Demenz anhand objektivierbarer Kriterien vergleichend zu untersuchen. Zum anderen wurde die Kostenwirksamkeit dieser Maßnahmen empirisch ermittelt.

Im Rahmen der Struktur- und Prozessanalyse wurde über einen qualitativ-formativen Zugang auf der betrieblichen Ebene die Kooperation der Akteure aus den verschiedenen Sektoren sowie auf der institutionellen Ebene die finanziellen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen für den Einsatz von Betreuungskräften im Krankenhaus wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die verschiedenen Ziel- und Analyseebenen sind in folgender Tabelle systematisiert:

Zielebenen	Zielkriterien	Analyseschwerpunkt
Institutionelle Ebene	Klärung finanzieller und struktureller Rahmenbedingungen	Strukturanalyse
Betriebliche Ebene	Organisationale Umsetzung des sektorenübergreifenden Einsatzes von Betreuungskräften	Struktur- und Prozessanalyse
Ebene Demenzkranke	Reduktion Komplikationen (Stürze, Delirien etc.)	Wirkungsanalyse
Ebene Kostenträger	Kostenwirksamkeit (z. B. Vermeidung von Drehtüreffekten)	Wirkungsanalyse

Tabelle 1: Konzept der wissenschaftlichen Analyse

Die Begleitforschung basierte auf einem *mixed methods* Design, das qualitative und quantitative Methoden miteinander verband. Neben der wissenschaftlichen Analyse

fanden eine Prozessbegleitung und Beratung der Projektbeteiligten statt. Erläuterungen zu den einzelnen Arbeitsschritten und Methoden sowie zu den Ergebnissen finden sich in den nachfolgenden Abschnitten.

Zur Vorbereitung der Begleitforschung wurde im Mai 2017 zunächst ein **Methodenworkshop** durchgeführt. Die Vorbereitung, Moderation und Auswertung übernahm die wissenschaftliche Begleitung. Im Methodenworkshop wurde zusammen mit dem biometrischen Berater das Konzept der beiden Wirkungsanalysen konkretisiert und das Ethikvotum vorbereitet. Zu diesem Workshop wurden auch die Praxispartner eingeladen, um die Umsetzung in den Einrichtungen abzustimmen.

Die Zuständigkeit für das **Ethikvotum** lag bei der Saarländischen Ärztekammer. Am 8. Juni 2017 wurde der Antrag mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme hinsichtlich der ethischen und rechtlichen Implikationen des Forschungsvorhabens eingereicht. Nach einer telefonischen Rückmeldung der Geschäftsstelle am 12. Juni 2017 wurde eine überarbeitete Fassung des Ethikantrags am 21. Juni 2017 übersandt. Nach Prüfung des Ethikantrags durch die vollständige Ethik-Kommission erfolgte am 5. September eine Rückmeldung mit Änderungsvorschlägen. Die Vorschläge bezogen sich sowohl auf ethische als auch auf methodische und konzeptionelle Fragen. Die überarbeiteten Materialien wurden am 28. September 2017 erneut der Ethik-Kommission zur Beratung vorgelegt. Am 5. Oktober 2017 wurde das Ethikvotum ohne Einschränkungen erteilt. Die Empfehlungen der Kommission wurden als umgesetzt und die Durchführung der Studie als bedenkenlos bewertet.

2.2 Prozessbegleitung und Beratung

Die Begleitung und Beratung der Einrichtungen fand seit der Machbarkeitsstudie kontinuierlich statt. Dabei hatte jede Projektphase eigene Herausforderungen. In der Anfangsphase war die Beratung insbesondere darauf ausgerichtet, die Arbeitsgrundlagen für die Projektdurchführung zügig zu entwerfen und abzustimmen (vgl. 3.2).

Anfang 2018 sollte laut Meilensteinplan eine Kooperationsvereinbarung mit den Pflege- und Krankenkassen erarbeitet werden. Nach Start des Projekts stellte sich bald heraus, dass sinnvollerweise zwei Vereinbarungen zu schließen waren: Mit einer ersten Vereinbarung sollte für die Erprobungszeit eine Öffnung der §§ 45a und 45b SGB XI erfolgen, damit die Betreuungskräfte, die im SGB XI verortet waren, ihre Pflegebedürftigen mit Demenz ins Krankenhaus begleiten und die ambulanten Dienste diese Leistung über die Pflegekassen abrechnen konnten. Diese Vereinbarung, die vom iso-Institut bereits vorbereitet war, wurde nicht mehr benötigt, weil sich der GKV-Spitzenverband entschloss, die Einsätze doch über Modellmittel zu finanzieren.

Um die Unterstützung des Projekts durch die regionalen Pflegekassen zu dokumentieren, kam man überein, die Vereinbarung durch eine Absichtserklärung zu ersetzen. Zur Vorbereitung und Konzipierung dieser Absichtserklärung wurden von der Begleitforschung bereits im Rahmen der Machbarkeitsstudie vielfältige Aktivitäten unternommen. Ein Entwurf wurde entwickelt und zur Diskussion gestellt. Nach wiederholten Abstimmungen zwischen den Zuständigen der Pflegekassen und mehreren Überarbeitungsschleifen erteilten alle regionalen Pflegekassen ihre Zustimmung zu einer finalen Fassung, die am 3. September 2018 zunächst an die AOK Saarland–Rheinland–Pfalz übersandt wurde. Von dort aus wurde das Papier über ein Umlaufverfahren von allen Pflegekassen unterzeichnet.

Im Rahmen der Modell- und Evaluationsphase wurden neben Einzelgesprächen verschiedene Beratungselemente eingesetzt, die auch für die Struktur- und Prozessanalyse genutzt werden konnten (vgl. 2.5), darunter z. B.:

- ein Workshop mit dem Evangelischen Krankenhaus Bad Dürkheim, anlässlich dessen sich die Projektbeteiligten mit externen Expertinnen und Experten über den Einsatz zusätzlicher ehrenamtlicher Kräfte austauschen konnten (15. Januar 2019),
- ein Reflexionsworkshop mit allen Projektbeteiligten der operativen Ebene (25. März 2019) zur weiteren Verständigung auf eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen Betreuungs- und Pflegekräften,
- ein moderierter Austausch mit den Betreuungskräften beider Standorte (25. März 2019) sowie
- ein Experteninterview mit dem Geschäftsführer der Saarländischen Pflegegesellschaft (28. Januar 2019), in dem insbesondere die Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft vertieft wurden.

In der fortlaufenden Modell- und Evaluationsphase traten unvorhergesehene Herausforderungen auf, die die Projektumsetzung erschwerten. Der Aufwand für Beratung und Prozessbegleitung, der für eine Implementationsphase üblich ist, entwickelte sich nochmals steigend. Dies lag seit Ende 2018 an der Komplexität der sektorenübergreifenden Ausrichtung und der wissenschaftlichen Analyse sowie an personellen und strukturellen Diskontinuitäten in den Projekten. Die Prozessbegleitung und Beratung bezogen sich in dieser Phase u. a. auf folgende Bereiche:

- Entwicklung und Abstimmung von Maßnahmen zur Steigerung der Fallzahl in der gewohnten Betreuung (z. B. Präsentationen, Gruppen- und Einzelgespräche usw.; vgl. 3.7)

- Prozesssteuerung und Monitoring der quantitativen Erhebungen (z. B. schriftliche und mündliche Informationen zum Vorgehen beim Patienteneinschluss, Monitoring des Rücklaufs und Veranlassung der Komplettierung von Daten; vgl. 2.3 und 2.4)
- Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Vorträge, Bewerbungen um Pflegepreise, Kooperationsgespräche zur Vorbereitung der Abschlussveranstaltung; vgl. 3.8)
- Maßnahmen zur Weiterentwicklung des inhaltlichen Konzeptes (z. B. Abstimmung des Plakats für die Modellstationen, Rücksprachen mit den Pflegestützpunkten und der Landesfachstelle zum Beratungsfax, Beratung der Träger zur Gewinnung und Schulung der Ehrenamtlichen; vgl. 3.6 und 3.8)
- Sicherung von Kontinuität (z. B. mündliche und schriftliche Informationen zum Projekt anlässlich personeller Wechsel; vgl. 2.5.2)

Neben den genannten Bereichen gehörten zur Prozessbegleitung Leistungen zur Sicherung einer produktiven Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband. Anlässlich eines Telefonats zwischen dem GKV und den Mitarbeiterinnen des iso-Instituts im Dezember 2018 wurde vereinbart, eine Videokonferenz durchzuführen. Damit sollte insbesondere für die Projektbeteiligten die Möglichkeit eines gegenseitigen Kennenlernens ohne größeren Reiseaufwand geschaffen werden. Die Videokonferenz wurde schließlich am 19. August 2019 durchgeführt.

2.3 Wirkungsanalyse Patientensicherheit

2.3.1 Ziel der Teilstudie, methodische Konzeption und Ablauf der Datenerfassung

Die erste Teilstudie der Wirkungsanalyse (1a) verfolgte das Ziel, die Effekte des Einsatzes von Betreuungskräften auf die Patientensicherheit von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz anhand objektivierbarer Kriterien vergleichend zu untersuchen. Die forschungsleitende Hypothese lautete:

Durch den Einsatz von Betreuungskräften kommt es seltener zu unerwünschten Vorkommnissen als bei vergleichbaren Personen ohne Betreuung.

Zum Nachweis von Effekten wurde ein Kontrollgruppenvergleich durchgeführt. Dabei war geplant, die Pflegebedürftigen mit Demenz aus den Projektstationen im Fliedner Krankenhaus Neunkirchen und im Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis, in denen Betreuungskräfte eingesetzt wurden (Interventionsgruppen), mit Personenstichproben derselben Stationen vor Implementierung der Betreuung (Wartelistengruppen) miteinander zu vergleichen. Leider konnte diese Planung für den Standort Neunkirchen nicht durchgeführt werden (vgl. 2.3.3).

Die Erfassung in der Wartelistengruppe begann im Juni 2017 und sollte zunächst maximal bis Dezember 2017 andauern. Nach einer Durchsicht der Unterlagen wurde jedoch festgestellt, dass ein Teil der Fragebögen nur lückenhaft ausgefüllt war und sich die Daten aufgrund der Anonymisierung nicht vervollständigen ließen. Um weitere vollständige Dokumentationen zu erhalten, wurde der Erfassungszeitraum bis Mitte Januar 2018 verlängert.

Der Fokus lag auf der Dokumentation von Komplikationen. Im Rahmen des Methodenshops (vgl. 2.1) hatten sich die Praxispartner dafür ausgesprochen, eine möglichst umfassende Liste von Komplikationen zu erstellen, um ein realistisches Bild der Auswirkungen dementieller Syndrome auf den Krankenhausalltag zu zeichnen. Erhoben wurden diejenigen Daten, die mit einem vertretbaren Aufwand von den Krankenhäusern erfasst werden konnten. Im Einzelnen handelte es sich um folgende Vorkommnisse:

- Sturz
- Delir
- Patient weggelaufen
- Ständiges Rufen
- An-/Auskleiden zu unpassendem Zeitpunkt
- Inkontinenzslip entfernt
- Kot verteilt
- Entfernen von Katheter
- Entfernen von Verbänden/Pflaster
- Entfernen peripherer Venenzugänge
- Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe
- Störung von Mitpatienten
- Abwehr von Pflege oder Behandlung
- Einsatz sedierender Medikamente
- Anbringung von Bettgitter oder Stecktisch
- Körpernahe Fixierung

Die Erfassung über einen Patientenbogen enthielt darüber hinaus Grunddaten, wie Pflegegrad, Demenzdiagnose und Art der Aufnahme, auf deren Basis die Stichproben beschrieben werden konnten. Auf Anregung der Ethik-Kommission wurde die Erfassung des Aufnahme- und Entlassungsdatums ergänzt, um Zusammenhänge, die sich aus der Länge des Aufenthaltes ergaben, kontrollieren zu können¹.

In die Wartelistengruppe wurden die jeweils ersten 50 Personen aufgenommen, die

¹ Es ergab sich letztlich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der Zahl der Ereignisse.

- mindestens 65 Jahre alt waren und
- eine Diagnose F00–F003 nach ICD–10 hatten.

Zum Einschlusskriterium des Vorliegens einer Demenzerkrankung wurde mit den Praxispartnern ein einheitliches Verfahren vereinbart, falls die Diagnose nicht aus den Aufnahmeinformationen hervorging. Gekoppelt an die Pflegeanamnese wurde der Six Item Cognitive Impairment Test (6 CIT) nach Bickel als Kurzscreening durchgeführt (vgl. Hessler et al. 2017). Bei Auffälligkeiten wurde ein internes fachärztliches Konsil zur Demenzabklärung einberufen.

Ausgeschlossen wurden Personen,

- die bereits bei Aufnahme ein Delir aufwiesen²,
- bei denen die Demenz als Hauptdiagnose geführt wurde.

Der Ablauf der Datenerfassung wurde mit den Praxispartnern wie folgt verabredet:

- Das „Anlegen des Falls“ erfolgte durch die Pflegekräfte der Stationen im Rahmen der Pflegeanamnese.
- Der Patientenbogen wurde anschließend in die Patientenakte gelegt.
- Wenn Komplikationen auftraten, wurden diese zeitnah in den Patientenbogen eingetragen. Der Eintrag erfolgte spätestens bei der nächsten Übergabe.
- Die Komplettierung der Daten wurde – wenn nötig – von der Stationsleitung vorgenommen.

Zur Vorbereitung der Erfassung der Wartelistengruppe erhielt das Stationspersonal ein Informationsblatt, in dem die Notwendigkeit der Teilstudie nochmals begründet und alle wichtigen Schritte für die Datenerhebung aufgelistet wurden.

Nach Erfassung der ersten zehn Fälle und einem Datenmonitoring führte die wissenschaftliche Begleitung Beratungstermine in beiden Krankenhäusern durch, um beim Ausfüllen auftretende Probleme zu besprechen und das Klinikpersonal zu unterstützen.

Die Erfassung in der Interventionsgruppe startete Ende Februar 2019 und wurde fortgeführt, bis die erforderlichen 50 Fälle im November 2019 vollständig protokolliert waren. Das Stationspersonal wurde ebenso mit einem Informationsblatt unterstützt. Der Fokus lag wie in der Wartelistengruppe auf der Dokumentation von Komplikationen. Der Erfassungsbogen zur Patientensicherheit war identisch mit dem, der in der Wartelistengruppe verwendet wurde. Nach Eingang der ersten zehn Erfassungsbögen der Interventions-

² Patienten mit einem Delir wurden ausgeschlossen, weil das Delir bei Demenz mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten einhergehen kann. Damit hätte es bei der Dokumentation unerwünschter Ereignisse zu Verzerrungen der Daten kommen können.

gruppe erfolgte wiederum ein Monitoring der Datenqualität. Dabei wurde bemerkt, dass einige Bögen unvollständig ausgefüllt waren. Dies betraf insbesondere die Daten zu Aufnahme und Entlassung sowie zum Alter der Pflegebedürftigen. In Rücksprache mit den zuständigen Pflegedirektoren wurden ein Verfahren vereinbart, mit dem die fehlenden Angaben aus den Krankenhausdaten gewonnen werden konnten. Zudem fanden Gespräche mit den beiden zuständigen Pflegekräften der Stationen statt, um die Datenqualität der weiteren Bögen zu verbessern.

2.3.2 Datenschutzrechtliche Anforderungen

In der ursprünglichen Konzeption sollte der Patienteneinschluss für die beiden Teilstudien parallel stattfinden. In Teilstudie 1a zur Patientensicherheit wurde die Wartelistengruppe in anonymisierter Form vor Installation der Betreuung bereits erfasst. Dazu war nach Prüfung durch den biometrischen Berater und nach Genehmigung durch die Ethik-Kommission keine Einwilligung erforderlich. Die beiden Krankenhäuser hatten die Daten zum Zweck der zu ihrem Aufgabenbereich gehörenden Qualitätssicherung noch vor Inkrafttreten der EU-DSGVO erhoben. In der Interventionsgruppe war geplant, die Erfassungsbögen mit einer Identifikationsnummer zu versehen, wodurch die Anonymisierung aufgelöst und eine Einwilligung erforderlich gewesen wäre. Die Pflegebedürftigen bzw. ihre Bevollmächtigten/ Betreuer hätten dann für die beiden Teilstudien jeweils zwei Einwilligungen unterzeichnen müssen. Dies hätte zu Problemen in der Akzeptanz beider Teilstudien führen können.

Um den Patienteneinschluss nicht zu gefährden, wurde nach Möglichkeiten gesucht, die Teilstudie 1a auch in der Interventionsgruppe ohne Einwilligung durchführen zu können. Dazu wurde ein anderes Einschlussverfahren mit Zufallsprinzip festgelegt. Nicht mehr die ersten 50 Pflegebedürftigen mit Betreuung wurden eingeschlossen, sondern jeweils alle Personen, die den Einschlusskriterien entsprachen und in den ersten beiden vollen Wochen eines Monats im Krankenhaus waren. Die Dokumentation endete, als für 50 Pflegebedürftige vollständige Daten vorlagen. Diese Änderung gewährleistete, dass bei der vergleichsweise geringen Fallzahl dennoch eine Anonymität bestand und somit keine Einwilligung erforderlich war.

Bevor der Patienteneinschluss in der Teilstudie zur Patientensicherheit erfolgen konnte, musste das Konzept zusätzlich mit den Datenschutzbeauftragten der Krankenhäuser abgestimmt werden. Betroffen waren in diesem Fall die Krankenhäuser, weil die Daten vom dortigen Pflegepersonal in Früh-, Mittag- und Nachtschicht dokumentiert werden mussten. Zu den Daten gehörten neben anonymisierten Grunddaten vor allem die aufgetretenen unerwünschten Ereignisse bei pflegebedürftigen Menschen mit Demenz während des Krankenhausaufenthaltes. Zur Vorbereitung eines Treffens mit den jeweiligen Datenschutzbeauftragten fertigte das iso-Institut ein Informationsschreiben an,

das von den Projektverantwortlichen der Kliniken Ende September 2018 an diese weitergeleitet wurde. Rückfragen wurden direkt zwischen dem iso-Institut und den jeweiligen Datenschutzbeauftragten geklärt. Ein Agreement lag im Frühjahr 2019 vor.

2.3.3 Veränderungen der Studienbedingungen in Neunkirchen

Ende September 2018 und damit vor der Erfassung in der Interventionsgruppe musste das Projekt vom Fliedner Krankenhaus in das Diakonieklinikum Neunkirchen überführt werden. Beim Diakonieklinikum Neunkirchen handelt sich um ein bestehendes Gebäude in ehemals städtischer Trägerschaft, das von der Stiftung kreuznacher diakonie im Rahmen einer unternehmenspolitischen Entscheidung übernommen wurde. Als Folge dieser Entscheidung wurde das Fliedner Krankenhaus zu einer reinen Psychiatrie umgewidmet und es stand keine Innere Abteilung mehr zur Verfügung.

Wie sich im weiteren Verlauf des Projekts herausstellte, hatte diese Entscheidung für SEBKam viele negative Konsequenzen, die an anderer Stelle des Berichts näher ausgeführt werden (vgl. 2.5.2). Für die Wirkungsanalyse zur Patientensicherheit ergaben sich zudem erheblich abweichende Bedingungen, die einen Vergleich zwischen Kontrolle und Intervention aus methodischen Gründen ausschließen. Darunter sind vor allem folgende Aspekte zu benennen:

- **Patientenstruktur:** Während es sich im Fliedner Krankenhaus um eine Innere Abteilung mit vorwiegend mobilen Menschen handelte, wurden auf der internistischen Station im Diakonieklinikum traditionell Pflegebedürftige mit einem hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf versorgt. Von der Zentralen Aufnahme werden dort fast ausschließlich Patienten mit eingeschränkter Mobilität zugeführt, die häufig stürzen. Aus der Betrachtung der Aufenthaltsdauer konnten ebenfalls Rückschlüsse auf eine Veränderung der Patientenstruktur gezogen werden: Während sich in Saarlouis keine Veränderungen ergeben hatten, blieben die Patienten mit Demenz in der Interventionsgruppe aus Neunkirchen zwei Tage länger im Krankenhaus. Dies spricht für eine stärker ausgeprägte „Frailty“ (Gebrechlichkeit) in der Interventionsgruppe.
- **Personalstruktur:** Im Fliedner Krankenhaus war das Personal in besonderer Weise affin für Menschen mit Demenz. Das lag an Qualifizierungsmaßnahmen des Trägers zum Umgang mit Demenzkranken, aber auch an der Anbindung an die Psychiatrische Abteilung, die zu einer zusätzlichen Sensibilisierung geführt hatte. Damit traf SEBKam zunächst auf einen fruchtbaren Boden, was sich in einer bereits als niedrig einzuschätzenden Zahl an Vorkommnissen in der Kontrollgruppe zeigte. Der Durchschnitt lag bei rund neun Ereignissen pro Aufenthalt und Patient, wohingegen diese Zahl in Saarlouis bei rund 16 lag. Im Diakonieklinikum hatten hingegen noch keine Schulungen zur Demenz stattgefunden.

- **Organisationskonzept:** Während es sich im Fliedner Krankenhaus um eine eher beschauliche Station mit rund 20 Betten innerhalb eines kleineren Krankenhauses handelte und die Patienten in Zweitbettzimmern untergebracht waren, ist das Diakonieklinikum ein mehrgeschossiges Hochhaus. Die Innere Abteilung umfasst rund 30 Betten mit Mehrbettzimmern für drei oder vier Patienten.
- **Unterschiedliche Modellbedingungen:** Während in Saarlouis das verabredete Betreuungskonzept während des gesamten Interventionszeitraums umgesetzt wurde, waren im Diakonieklinikum Einschränkungen erforderlich. Dies betraf insbesondere die Gruppenbetreuung: Es standen weder geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung, in denen ungestört größere Patientengruppen hätten betreut werden können. Zum anderen waren die meisten Patienten bettlägerig und damit nicht gruppenfähig. Damit kam es auch zu deutlichen Unterschieden in den Interventionsbedingungen an beiden Standorten.

Nach Rücksprache mit dem biometrischen Berater wurde deshalb davon Abstand genommen, eine ausführliche Auswertung der Ergebnisse aus Neunkirchen durchzuführen. Denn aus den beschriebenen Umständen ist abzuleiten, dass der Ausgangswert an Ereignissen im Diakonieklinikum sicherlich deutlich über dem niedrigen Ausgangswert im Fliedner Krankenhaus gelegen hätte. Dadurch ergeben sich auch für die Gesamtauswertung Limitationen. Zum einen ist die Zahl der verwertbaren Fälle damit geringer. Zum anderen kann kein Vergleich zwischen den Ergebnissen der beiden Studienzentren gezogen werden.

2.3.4 Stichprobenbeschreibung

Aus Tabelle 2 leitet sich ab, wie sich die Gesamtstichprobe zusammensetzte:

	Gesamt	Modellstation	Gewohnte Betreuung
Neunkirchen	101	95	6
Saarlouis	105	101	4
Zusammen	206	196	10

Tabelle 2: Zahl der eingegangenen Bögen

Es handelte sich um 101 Personen aus Neunkirchen und 105 Personen aus Saarlouis. Der Großteil der erfassten Demenzkranken wurde auf den Modellstationen betreut. Insgesamt gingen zehn Fälle gewohnter Betreuung mit ein. Das durchschnittliche Alter lag in der Gesamtstichprobe bei 85 Jahren. Dabei gab es keine Unterschiede zwischen den Betreuten aus Neunkirchen und Saarlouis. Auch zwischen Wartelistengruppe und Interventionsgruppe gab es nur einen geringen Unterschied im Durchschnittsalter. Die Abweichung betrug 1,2 Jahre.

In der Gesamtstichprobe waren rund 60 % Frauen und 40 % Männer vertreten. Ebenso wie bei der Wohnform, gab es zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe keine gravierenden Unterschiede. Jeweils 39 % der erfassten Patienten waren Heimbewohner. Von den anderen lebten im Durchschnitt noch ca. ein Viertel allein in der eigenen Wohnung (25,3 %), der Rest mit Angehörigen (36,0 %).

Es handelte sich fast ausschließlich um Notaufnahmen. Nur 7 % der Probanden unterzogen sich einer geplanten Behandlung. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 11,7 Tage. Mit rund 80 % war einem Großteil der erfassten Personen ein Pflegegrad zugeteilt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Verteilung der Pflegegrade:³

Pflegeeinstufung	Häufigkeit	Prozent
kein Pflegegrad	36	19,8
Pflegegrad beantragt	5	2,7
Pflegegrad 1	13	7,1
Pflegegrad 2	41	22,5
Pflegegrad 3	50	27,5
Pflegegrad 4	26	14,3
Pflegegrad 5	11	6,0
Gesamt	182	100,0

Tabelle 3: Pflegeeinstufung in SEBKam

In lediglich rund 20 % der Fälle lag keine Pflegeeinstufung vor. Die meisten Menschen mit Demenz waren in Pflegegrad 3 (rund 28 %) und in Pflegegrad 2 (rund 23 %) eingestuft. Rund jeder fünfte Proband befand sich bereits in einem höheren Pflegegrad 4 oder 5. Eine geringe Pflegebedürftigkeit (Grad 1) spielte eine untergeordnete Rolle. Damit verdeutlicht die Verteilung, dass Krankenhäuser in einem hohen Maße mit Demenzkranken zu tun haben, die bereits als pflegebedürftig einzustufen sind.

Eine näher bezeichnete Demenzdiagnose war bei den Probanden eher die Ausnahme. Bei über 80 % wurde eine nicht näher bezeichnete Demenz als Diagnose eingetragen. Unter den differenzierten Diagnosen spielte in erster Linie die Alzheimerdemenz mit rund 10 % eine Rolle. Die Angaben zu differenzierten Diagnosen entstammten vor allem aus der Kontrollgruppe in Neunkirchen, bei der eine Anbindung an die psychiatrische Abteilung vorhanden war. Damit ergaben sich offensichtlich erhöhte diagnostische Möglichkeiten im psychiatrischen Krankheitsspektrum.

³ Bei der Berechnung wurden diejenigen Fälle nicht berücksichtigt, in denen der Pflegegrad unbekannt war. Dabei handelte es sich um rund 12 %.

2.3.5 Ergebnisse Wartelistengruppe

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erfassung in der Wartelistengruppe dargelegt. Die Auswertung erlaubt Aussagen zur Häufigkeit und strukturellen Verteilung von Vorkommnissen innerhalb der Stationen vor Einführung der Intervention. In die Auswertung gingen Angaben zu insgesamt 102 Patientinnen und Patienten ein, darunter 52 Fragebögen aus der unfallchirurgischen Abteilung und 50 aus der Abteilung für Innere Medizin.

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung	N
Aufenthaltsdauer	11,2	2	40	6,7	97

Tabelle 4: Aufenthaltsdauer in Tagen

Die Demenzkranken wurden zwischen zwei und 40 Tagen stationär behandelt (vgl. Tabelle 4). Im Mittel betrug die Verweildauer 11,2 Tage und lag damit deutlich über der damals aktuellen durchschnittlichen Verweildauer von 7,3 Tagen (Statistisches Bundesamt 2016) für alle Patientinnen und Patienten sowie von rund neun Tagen für Personen über 65 Jahre (Statistisches Bundesamt 2012).

Die durchschnittliche Verweildauer unterscheidet sich generell zwischen verschiedenen Fachabteilungen. In deutschen Krankenhäusern verbringen Patientinnen und Patienten z. B. durchschnittlich 15,6 Tage in der Geriatrie, 6,0 Tage in der Inneren Medizin und 6,3 Tage in der Chirurgie (Klauber et al. 2017). Auch in der Wartelistengruppe wichen die mittleren Aufenthaltsdauern in den beiden Studienzentren voneinander ab. Bei den demenzkranken Pflegebedürftigen in der unfallchirurgischen Abteilung betrug diese durchschnittlich 13 Tage und in der Inneren Abteilung lediglich neun Tage. Die Differenz von vier Tagen lässt sich durch abteilungsspezifische Unterschiede erklären. So handelte es sich in Saarlouis um eine auf Alterstraumatologie spezialisierte Station, in der die älteren Patienten eine längere Rekonvaleszenz haben.

Vorkommnis	Häufigkeit	Prozent
Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe	65	63,7
Störung von Mitpatienten	51	50,0
Ständiges Rufen	47	46,1
Abwehr von Pflege oder Behandlung	44	43,1
Anbringung von Bettgitter oder Stecktisch	43	42,1
An-/Auskleiden zu unpassendem Zeitpunkt	33	32,3
Entfernen peripherer Venenzugänge	29	28,4
Inkontinenzslip entfernt	26	25,4
Entfernen von Verbänden/Pflaster	25	24,5
Einsatz sedierender Medikamente	24	23,5
Kot verteilt	16	15,7
Patient weggelaufen	15	14,7

Entfernen von Katheter	11	10,8
Delir	9	8,8
Sturz	6	5,9
Körpernahe Fixierung	6	5,9

Tabelle 5: Zahl und Anteil der Demenzkranken mit Vorkommnissen

Zur Einschätzung der Patientensicherheit von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus war die Abfrage von Vorkommnissen von entscheidender Bedeutung (vgl. Tabelle 5). Nur bei einem von 102 Demenzkranken verlief der Aufenthalt ohne Vorkommnisse (ohne Tabelle). Vor allem expansives und störendes Verhalten wurde von den Pflegekräften verzeichnet. Über 60 % zeigten Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe. Die Hälfte der Demenzkranken störte Mitpatientinnen und Mitpatienten; rund 46 % riefen oder schrien ständig.

Eine große Rolle spielten unter den Vorkommnissen auch Aktivitäten, die den Behandlungserfolg in Frage stellten. So widersetzten sich über 40 % der demenzkranken Pflegebedürftigen der Pflege oder der Behandlung. Zudem entfernten sich die Demenzkranken häufig periphere Venenzugänge (28,4 %), Verbände bzw. Pflaster (24,5 %) oder Katheter (10,8 %). Solche Vorkommnisse vergrößern das Verletzungs- und Infektionsrisiko und sie verursachen zusätzliche Schmerzen und mitunter starke Blutungen. Die Versorgung der Demenzkranken wurde zudem durch ein Verhalten erschwert, dass zu einem erhöhten Pflegeaufwand führte, etwa das An- oder Auskleiden zu unpassenden Zeitpunkten, das immerhin bei einem Drittel der Demenzkranken vorkam, ebenso wie das Auflösen des Inkontinenzslips (25,4 %) oder das Verteilen von Kot (15,7 %).

Maßnahmen zur Verhaltenskontrolle sind im Pflegealltag das letzte Mittel der Wahl, da sie oftmals mit körperlichen und seelischen Risiken für die Patientinnen und Patienten einhergehen. Trotzdem sah sich das Krankenhauspersonal bei über 40 % der Pflegebedürftigen mit Demenz gezwungen, Bettgitter oder Stecktische und bei fast jedem Vierten (23,5 %) sedierende Medikamente einzusetzen. Ein kleinerer Teil der Menschen mit Demenz (5,9 %) wurden sogar körpernah fixiert. Dennoch gab es mit 14,7 % einen relevanten Anteil an Demenzkranken, die die Station unbemerkt verließen und gesucht werden mussten. Auch schwerwiegende Vorkommnisse mit potentiell langfristigen gesundheitlichen Folgen waren zu verzeichnen. Immerhin rund 6 % der Probanden stürzten und rund 9 % erlitten ein Delir.

Vorkommnis	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung
Anbringung von Bettgitter oder Stecktisch	6,4	1	10	3,4
Ständiges Rufen	4,9	1	15	4,1

Vorkommnis	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung
An-/Auskleiden zu unpassendem Zeitpunkt	4,3	1	12	3,2
Patient weggelaufen	4,1	1	12	2,7
Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe	4,0	1	12	2,9
Abwehr von Pflege oder Behandlung	3,9	1	11	2,9
Störung von Mitpatienten	3,9	1	9	2,4
Inkontinenzslip entfernt	3,9	1	12	2,9

Tabelle 6: Erfassung von Mehrfachvorkommnissen

Tabelle 6 gibt Aufschluss darüber, ob die einzelnen Vorkommnisse vereinzelt auftraten oder ob diese sich im Falle ihres Eintretens bei einzelnen Demenzkranken häuften. Aufgeführt sind nur diejenigen Vorkommnisse, die im Mittel mehr als einmal pro Person auftraten. Der Mittelwert bezeichnet nach dieser Bereinigung die durchschnittliche Häufigkeit von Vorkommnissen pro Patient. Wenn Bettgitter angebracht werden mussten, traten diese Probleme während des Aufenthalts durchschnittlich rund sechsmal auf. Ein Blick auf die Maximalwerte verdeutlicht, die Dimensionen, die solche Vorkommnisse haben können. Dies betraf z. B. auch das ständige Rufen, das mit dem höchsten Maximalwert von 15 je Proband und Aufenthalt dokumentiert wurde. Im Mittel rund viermal wurden zudem das unpassende An-/oder Auskleiden bzw. das Entfernen des Inkontinenzslips aufgeführt ebenso wie Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe, die Störung von Mitpatienten, die Abwehr von Pflege bzw. Behandlung oder das Weglaufen der Demenzkranken.

Abteilung	N	Mittelwert	Standardabweichung
Innere	50	8,2	7,7
Chirurgie	52	27,9	17,8
Insgesamt	102	16,8	15,7

Tabelle 7: Vorkommnisse nach Abteilung

Tabelle 7 verdeutlicht die durchschnittliche Zahl von Vorkommnissen im Vergleich der Abteilungen. Während sich in der Unfallchirurgie in Saarlouis im Durchschnitt fast 28 Vorkommnisse pro Person ereigneten, waren es in der Inneren Abteilung in Neunkirchen nur rund acht. Mit dem T-Test kann nachgewiesen werden, dass in der unfallchirurgischen Abteilung im Mittel signifikant ($p=0,01$) mehr Vorkommnisse je Patient zu verzeichnen waren als in der Abteilung für Innere Medizin. Es ist davon auszugehen, dass ein Grund dafür in der jeweiligen medizinischen Spezialisierung der Stationen lag. Die Unfallchirurgie befasste sich mit besonders schwerwiegenden Erkrankungen, die in

aller Regel mit Operationen einhergingen. Die Operationen erforderten eine aufwendige pflegerische Nachbehandlung und waren für Demenzkranke eine erhebliche körperliche und psychische Belastung. Häufig bestanden starke Schmerzen, die zu Abwehrreaktionen führen konnten. Zudem waren die Demenzkranken meist mit Kathetern, Zugängen und Verbänden versehen. Damit bestand bereits ein erhöhtes Risiko für Komplikationen auf der unfallchirurgischen Station, weil die Pflegekräfte dort in noch stärkerem Maße auf die Compliance der Menschen mit Demenz angewiesen waren.

Ein weiterer Grund waren die deutlich voneinander abweichenden Aufenthaltsdauern in den beiden Stationen. Wenn Menschen mit Demenz länger im Krankenhaus bleiben mussten, erhöhte sich auch die Zeit, in der Komplikationen auftreten konnten. Es ist allerdings auch nicht ausgeschlossen, dass in Neunkirchen auch deshalb weniger Komplikationen auftraten, weil es sich um eine Station mit sehr günstigen Bedingungen für eine erfolgreiche Versorgung von Patienten mit Demenz handelte. Dazu zählte das zum Umgang mit Demenz geschulte Personal, die überschaubare Stationsstruktur sowie die Nähe zu einer psychiatrischen Abteilung (vgl. 2.5.3).

Insgesamt hat die Auswertung der Wartelistengruppe gezeigt, dass Vorkommnisse bei pflegebedürftigen Demenzkranken, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, häufig sind und dass diese je nach Fachrichtung unterschiedlich stark ins Gewicht fallen. Dabei sind diese Ereignisse vielschichtig: Während ein Teil erhebliche Gefährdungen der Menschen mit Demenz darstellen, etwa im Fall von Stürzen, Delirien oder beim Entfernen von Kathetern oder Zugängen, führen andere zu deutlichem Mehraufwand in Pflege und Behandlung, etwa wenn sich Menschen mit Demenz immer wieder an- oder auskleiden oder ihren Kot verteilen. Auch ständiges Rufen, das oft mehrmals auftretende Weglaufen oder die Abwehr notwendiger Verrichtungen können zu sehr angespannten Situationen führen, die mitunter in unerwünschte Interventionen, wie Sedierungen oder Fixierungen, münden.

2.3.6 Ergebnisse Studienzentrum Saarlouis

Im Studienzentrum Saarlouis konnten die Bedingungen von Wartelisten- und Interventionsgruppe konstant gehalten werden, so dass ein methodisch korrekter Vergleich möglich war. Im Zentrum der Darstellung stand die Frage, wie sich die unerwünschten Vorkommnisse in der unfallchirurgischen Abteilung nach Einführung der Betreuung verändert hatten. Dabei wurde zunächst darauf fokussiert, wie viele Probanden die betrachteten Vorkommnisse zeigten. Anschließend wurde der Blick auf Mehrfachvorkommnisse und damit auf die Gesamthäufigkeit der Ereignisse gerichtet.

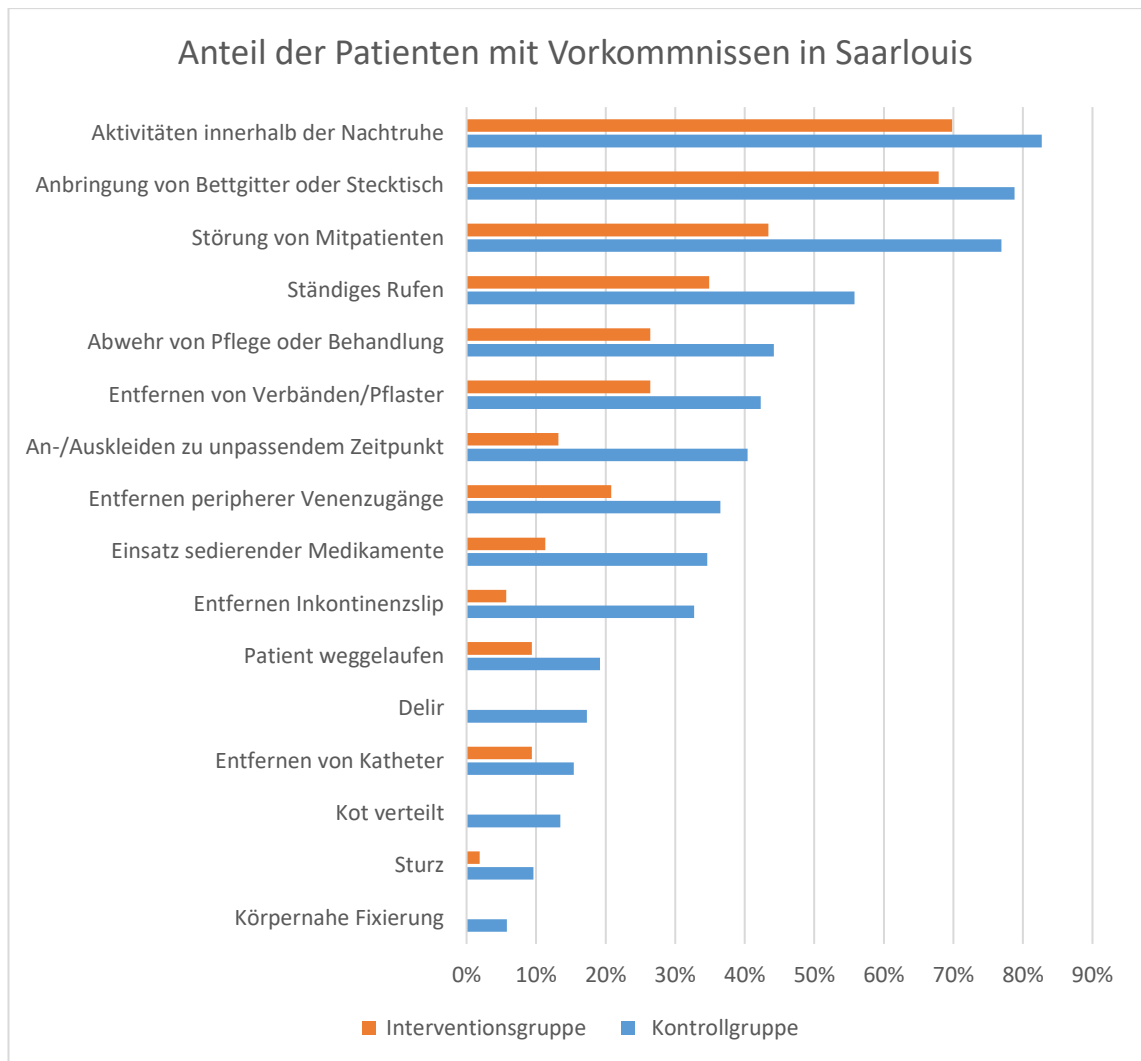


Abbildung 1: Anteil der Patienten mit Vorkommnissen in Saarlouis

Bei fast allen Pflegebedürftigen mit Demenz in der unfallchirurgischen Abteilung traten Vorkommnisse auf. In der Kontrollgruppe gab es einen, in der Interventionsgruppe zwei Personen, bei denen keine Ereignisse beobachtet wurden (ohne Tabelle). Wie Abbildung 1 verdeutlicht, zeigten in Saarlouis in allen Kategorien weniger Patienten in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe Vorkommnisse. Drei schwerwiegende Ereignisse traten in der Interventionsgruppe gar nicht oder fast nicht mehr auf, darunter das Delir, das die häufigste und kostenintensivste Komplikation im Zusammenhang mit einer Demenz darstellt (Lawlor et al. 2000; Chan/Brennan 1999; Thielscher et al. 2015). Die Inzidenz von Delirien bei über 70-Jährigen im Krankenhaus liegt zwischen 30 % und 50 % (Inouye et al. 2014). Bei Delirien erhöhen sich die Gesundheitskosten um den Faktor 2,5 bei zugleich geringerer Überlebensdauer der Patienten (Leslie et al. 2008). Das Sterblichkeitsrisiko bei Delir ist so hoch wie bei einem Herzinfarkt; zudem hat der Patient eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Heimeintritt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt (Wolter 2010). In der verfolgten Forschungslogik stellten Delirien einen geeigneten Wirkungsparameter dar, weil bereits einfache Betreuungsmaßnahmen

effektiv zur Prophylaxe beitragen können (DGPPN 2013). Deshalb wurde bereits erwartet, dass Delirien in den Interventionsgruppen seltener auftraten als in der Wartelistengruppe ohne Betreuung.

In ähnlicher Weise verhielt es sich mit Vorkommnissen wie Stürzen und körpernahen Fixierungsmaßnahmen, die für die Menschen häufig traumatisierend wirken und sich sehr negativ auf die weiteren Lebensperspektiven auswirken können. Aus bundesweiten Referenzzahlen geht hervor, dass auch solche Ereignisse insgesamt häufig sind und durch die Herstellung einer adäquaten Betreuungssituation reduziert werden können (Isfort et al. 2014; Stoppe/Stiens 2009). Anstatt fünf Menschen mit Demenz stürzte in der Interventionsgruppe nur noch eine Person und körpernahe Fixierungen waren gar nicht mehr nötig. Immer noch häufig angewendet wurden Bettgitter oder Stecktisch, in der Regel zum vorübergehenden Schutz bei frisch operierten Personen. Betraf dies in der Kontrollgruppe jedoch noch rund 80 % der Menschen mit Demenz, sank dieser Anteil in der Interventionsgruppe auf 68 %. Noch stärker war ein Rückgang bei der Verabreichung sedierender Medikamente zu verzeichnen. Nur noch rund jeder zehnte Patient der Interventionsgruppe erhielt eine solche Maßnahme (11,3 %), während es in der Kontrollgruppe noch über ein Drittel waren (34,6 %).

Neben diesen Vorkommnissen, die zu einer erheblichen Patientengefährdung führen können, gab es auch Ereignisse die weniger gefährdend waren, aber als eine zusätzliche Belastung des Personals zu bewerten sind. Dazu zählte z. B. das Verteilen von Kot, das in der Wartelistengruppe noch bei sieben von 52 Patienten und unter Betreuung gar nicht mehr auftrat. Deutlich rückläufig waren auch das Entfernen eines Inkontinenzslips (von 17 auf drei Personen reduziert) sowie das An- oder Auskleiden zu unpassendem Zeitpunkt (von 21 auf sieben Personen). Wenn Menschen mit Demenz unbemerkt die Station oder sogar das Krankenhaus verlassen, ist die Suche in aller Regel mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden. Gleichzeitig können diese Personen sich dadurch großen Risiken aussetzen. Somit ist es ein Vorteil der Betreuung, wenn sich das Weglaufen reduziert, was in der Teilstudie nur noch auf fünf im Vergleich zu vorher zehn Personen zutraf.

Eine weitere Gruppe beschreibt Vorkommnisse, die zu einer Gefährdung des Behandlungserfolges führen können. Damit ist insbesondere die Abwehr von Pflege oder Behandlung sowie das Entfernen von Verbänden und sonstigen Anwendungen gemeint. Der Anteil Patienten, die Abwehrverhalten zeigten, reduzierte sich um rund 18 Prozentpunkte, um jeweils rund 16 Prozentpunkte reduzierte sich der Anteil derjenigen, die periphere Venenzugänge oder Pflaster bzw. Verbände entfernten und um 6 Prozentpunkte der Anteil jener, die gelegte Katheter entfernten. Dabei ist zu vermuten, dass ein

Unterlaufen von Maßnahmen, die unangenehm sind oder Schmerzen verursachen, durch eine Betreuung von Menschen mit Demenz nicht in größerem Umfang zu beeinflussen ist.

Schließlich soll auf Vorkommnisse verwiesen werden, die mit Störungen einhergehen und die während eines Krankenhausaufenthalts von Demenzkranken besonders häufig sind. So waren rund 83 % der Kontrollpatienten innerhalb der Nachtruhe aktiv, während dies in der Interventionsgruppe nur noch rund 70 % betraf. Dabei ist zu betonen, dass in der Nacht keine Betreuung stattfand und der Effekt eher dadurch zustande kam, dass Patienten, die tagsüber beschäftigt waren in manchen Fällen auch nachts besser schlafen konnten. Stärkere Wirkungen haben sich bei der Störung von Mitpatienten und beim ständigen Rufen ergeben. Hier ist ein Rückgang um 33,5 bzw. um 21,8 Prozentpunkte derjenigen Personen zu verzeichnen, die störendes Verhalten gezeigt hatten.

Vorkommnis	Gesamtzahl der Vorkommnisse				
	Häufigkeit Kontroll- gruppe	Häufigkeit Interventi- onsgruppe	Differenz		Signifi- kantzni- veau p
			Häufigkeit	Prozent	
Kot verteilt	32	0	32	100,0	.006*
Delir	9	0	9	100,0	.002*
Körpernahe Fixie- rung	8	0	8	100,0	.077
Inkontinenzslip entfernt	80	9	71	88,8	.000*
Ständiges Rufen	162	30	132	81,5	.000*
Sturz	5	1	4	80,0	.090
An-/Auskleiden zu unpassendem Zeitpunkt	97	25	72	74,2	.001*
Einsatz sedieren- der Medikamente	53	15	38	71,7	.005*
Abwehr von Pflege oder Behandlung	121	36	85	70,5	.012*
Anbringung von Bettgitter oder Stecktisch	258	86	172	66,7	.000*
Patient weggelau- fen	48	17	31	64,6	.132
Störung von Mit- patienten	172	72	100	58,1	.000*

Vorkommnis	Gesamtzahl der Vorkommnisse				
	Häufigkeit Kontrollgruppe	Häufigkeit Interventionsgruppe	Differenz		Signifikanzniveau p
			Häufigkeit	Prozent	
Entfernen peripherer Venenzugänge	42	20	22	52,4	.081
Entfernen von Verbänden/ Pflaster	84	42	42	50,0	.080
Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe	190	128	62	32,7	.027*
Entfernen von Katheter	10	10	0	0,0	.413

Tabelle 8: Gesamtzahl mit Mehrfachvorkommnissen

In Tabelle 8 wird veranschaulicht, ob die einzelnen Vorkommnisse vereinzelt auftraten oder ob diese sich im Falle ihres Eintretens häuften. Für die überwiegende Mehrzahl an Einzelergebnissen konnte eine Signifikanz nachgewiesen werden (*signifikant bei $p < .05$, Signifikanztestung durch den Mann-Whitney-U-Test). Die dargestellte Tabelle enthält zudem eine Reihe zusätzlicher Informationen. So wurde jeweils eine Differenz zwischen der Gesamtzahl an Vorkommnissen in Kontroll- bzw. Interventionsgruppe gebildet und auf der Grundlage dieses Differenzwertes ein prozentuales Abbild des Rückgangs an Ereignissen geschaffen. Dadurch kann eine Rangfolge gebildet werden, die die Vorkommnisse nach deren Rückläufigkeit durch Betreuung sortiert.

Betrachtet man die Gesamtzahl an Ereignissen und nicht nur die Zahl der Personen, die das jeweilige Ereignis zeigten, wird die Dynamik noch deutlicher, die durch Menschen mit Demenz im Krankenhaus ausgelöst wird. Zudem kann aus der Tabelle abgeleitet werden, wie viele der Verbesserungen als signifikant gelten (10 von 16). So waren es beispielsweise nicht nur 23 von 52 Patienten in der Kontrollgruppe, die Pflege oder Behandlung abwehrten, sondern es ereigneten sich insgesamt 121 solcher Vorkommnisse. Neben der Anbringung von Bettgitter oder Stecktisch waren in der Kontrollgruppe insbesondere Ereignisse häufig, die ein störendes Verhalten zum Ausdruck brachten. Während ständiges Rufen und das Stören von Mitpatienten deutlich reduziert werden konnte, traf dies im geringeren Maße, aber immerhin noch zu einem Drittel für Aktivitäten innerhalb der Nachtruhe zu.

Die Darstellung der Mehrfachereignisse verdeutlicht die positiven Wirkungen der Betreuung noch stärker. Wie bereits berichtet, fanden drei Ereignisse nicht mehr statt. Der Anteil weiterer sechs Ereignisse ging zwischen 88,8 und 70,5 Prozentpunkte zurück. Zwischen zwei Drittel und der Hälfte an Rückgang liegen weitere fünf Kategorien von Vorkommnissen.

Mittelwert Kontrollgruppe	Mittelwert Interventionsgruppe	Differenz	
		Häufigkeit	Prozent
27,9	9,2	18,7	67,0

Tabelle 9: Mittelwertvergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe

In Tabelle 9 wird ein Vergleich der durchschnittlichen Zahl an Vorkommnissen je Patient in Kontroll- und Interventionsgruppe dargestellt. Aus diesen Mittelwerten wird eine absolute Differenz gebildet und der Rückgang an Vorkommnissen prozentual veranschaulicht. So ist erkennbar, dass es nach Einführung der Betreuung quer über alle Kategorien im Studienzentrum Saarlouis rund zwei Drittel weniger Vorkommnisse gab.

2.3.7 Ergebnisse Studienzentrum Neunkirchen

Wie bereits dargestellt, haben sich die Bedingungen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe am Studienzentrum Neunkirchen so stark verändert, dass durch einen Vergleich keine Aussagen zur Wirksamkeit der Betreuung abgeleitet werden können. Eine Auswertung der Daten erfolgte aus diesem Grund nur exemplarisch und verkürzt.

Aus den Interviews auf der Interventionsstation ging hervor, dass dem Pflegepersonal unerwünschte Vorkommnisse seit Installierung der Betreuung rückläufig erschienen. Allerdings wurde dieser Rückgang vor dem Hintergrund eines offensichtlich höheren Ausgangsniveaus im Diakonieklinikum Neunkirchen festgestellt. So verwundert es nicht, dass sich im Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe kein allgemeiner Rückgang von Ereignissen darstellen lässt (vgl. Abbildung 2). Allerdings gab es mehr Personen mit Betreuung, bei denen keine Vorkommnisse beobachtet wurden (ohne Tabelle). Während dies in der Kontrollgruppe nur einen Demenzkranken betraf, waren es in der Interventionsgruppe neun Personen.

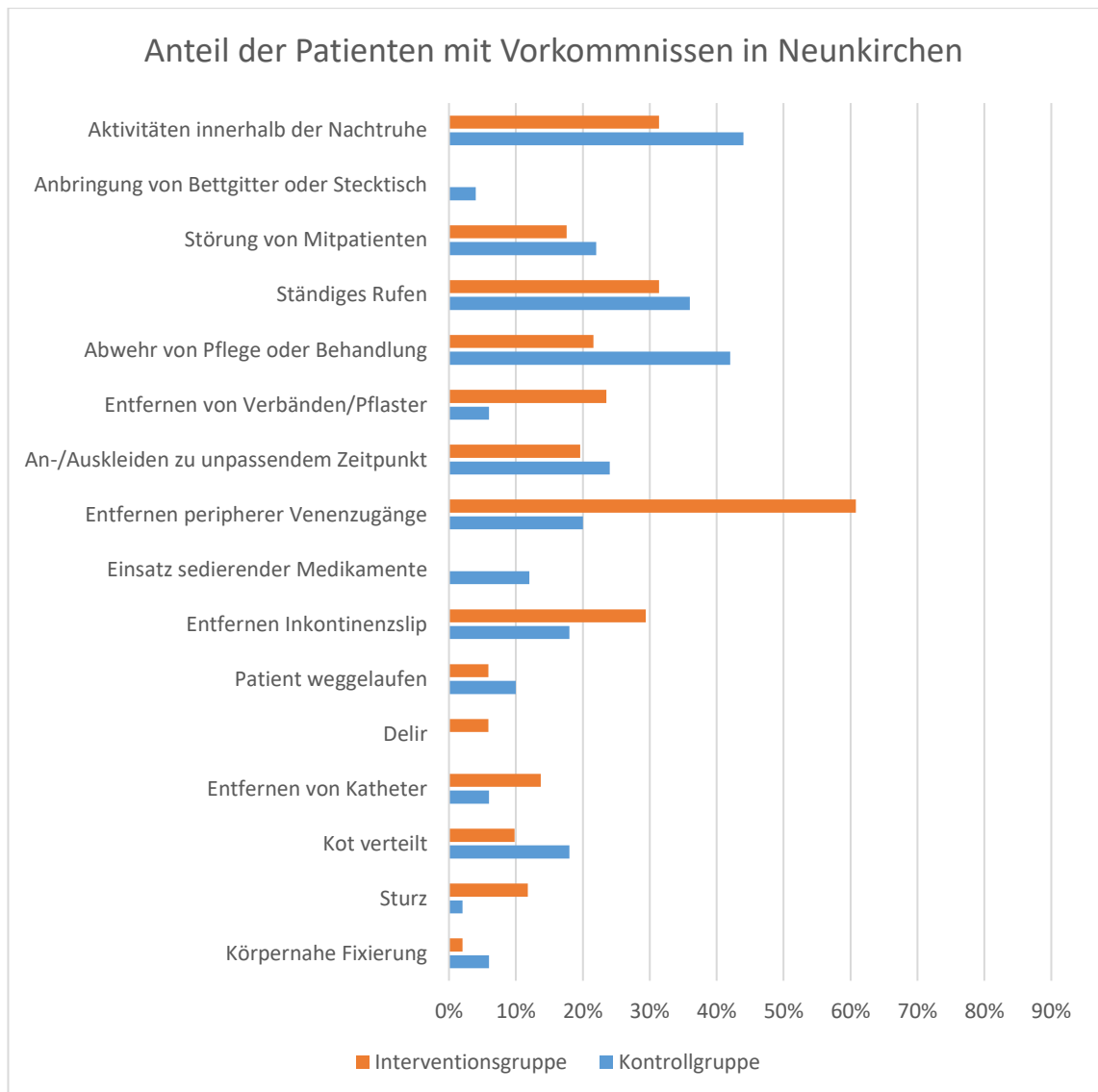


Abbildung 2: Anteil der Patienten mit Vorkommnissen in Neunkirchen

Bei schwerwiegenden Ereignissen wie Sturz oder Delir verschlechterte sich die Interventionsgruppe, auch wenn es hier nicht um eine hohe Zahl an Ereignissen ging. Deutlich mehr Personen als in der Kontrollgruppe entfernten sich zudem Venenzugänge, was als einziger Unterschied eine Signifikanz aufweist. Die Menschen mit Demenz der Interventionsgruppe entfernten sich auch häufiger Verbände, Katheter und den Inkontinenzslip. Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe ergaben sich bei der Abwehr von Pflege oder Behandlung sowie bei den unterschiedlichen Formen von störendem Verhalten. Nur in der Kontrollgruppe wurde vereinzelt mit Bettgitter bzw. Stecktisch oder mit sedierenden Medikamenten gearbeitet.

Vergleicht man wie in Saarlouis die Mittelwerte an Gesamtereignissen schneidet die Interventionsgruppe schlechter ab: Während sich in der Kontrollgruppe durchschnittlich acht Vorkommnisse pro Patient und Aufenthalt ereigneten, waren es in der Interventionsgruppe zwölf, was einem Zuwachs von rund einem Drittel entspricht.

Insgesamt sprechen auch die sehr heterogenen Ergebnisse für eine Nichtvergleichbarkeit von Kontroll- und Interventionsgruppe in Neunkirchen. Offensichtlich waren sowohl die Demenzkranken als auch die Pflegekonzepte in den beiden Krankenhäusern voneinander abweichend.

2.3.8 Vergleich gewohnte Betreuung und Betreuung Modellstation

Eine detaillierte Gegenüberstellung der Daten von Probanden nach Betreuungsart ist aufgrund der geringen Fallzahl in der gewohnten Betreuung (N=10) nicht sinnvoll. Als auffälliger Unterschied in den Daten ist zu erwähnen, dass es bei den gewohnten Betreuungen mit 50 % deutlich mehr Personen gab, bei denen während des Aufenthalts keinerlei Vorkommnisse beobachtet wurden. Bei den Betreuten in den Modellstationen waren nur rund 12 % ohne Ereignis. Ob dies dafür spricht, dass sich gewohnte Betreuungen besonders günstig auf die Patientensicherheit auswirken, müsste auf der Basis einer höheren Fallzahl in Folgestudien untersucht werden.

2.3.9 Diskussion der Ergebnisse

Ziel der Teilstudie war es, zu überprüfen, ob eine demenzspezifische Betreuung im Akutkrankenhaus die Patientensicherheit beeinflussen kann. Aufgrund der geringen Fallzahlen an gewohnten Betreuungen wurde auf einen umfassenden Vergleich entlang der Betreuungsformen verzichtet (vgl. 2.3.8).

Die Patientensicherheit wurde anhand von 16 Einzelkategorien unerwünschter Vorkommnisse operationalisiert. Bereits die Auswertung der Wartelistengruppe erbrachte wichtige Erkenntnisse. Sie verdeutlichte, welchen hohen Stellenwert unerwünschte Ereignisse bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus haben und dass diese insbesondere in chirurgischen Fachgebieten häufig auftreten.

Nur im Studienzentrum Saarlouis konnten die Bedingungen zwischen Wartelistengruppe und Interventionsgruppe konstant gehalten werden. Damit wird die Studie durch eine verhältnismäßig kleine Fallzahl von 105 limitiert. Der durchgeführte Vergleich hat für den Standort Saarlouis deutliche Ergebnisse geliefert: In allen Einzeldimensionen haben sich die Werte der Patienten mit Demenz verbessert. Insgesamt gab es einen Rückgang von zwei Drittel der zuvor konstatierten Ereignisse.

Schwerwiegende und kostenintensive Ereignisse wie Delirien oder Stürze konnten reduziert werden. Experten sehen hier ein großes Einsparpotential in der Prävention z. B. durch tagesstrukturierende und entängstigende Maßnahmen wie zusätzliche Betreuung. Rund 30 bis 40 % der Delirien, die sich im Krankenhaus ereignen, werden für vermeidbar gehalten bei Kosten von rund 25.000 € pro Delir (Thielscher et al. 2015).

Auch andere Komplikationen wie Infektionen aufgrund von Manipulationen an Wunden und Kathetern oder Eskalationen durch unbemerktes Verlassen der Stationen sind teure Komplikationen. Wenn sich durch solche Komplikationen Krankenhausaufenthalte verlängern, entstehen Kosten, die besser in die Prävention durch Betreuungskräfte investiert werden sollten.

Dabei ist zu betonen, dass die bis jetzt genannten Vorkommnisse nicht nur von der Kostenseite zu betrachten sind, sondern dass die Lebensqualität der Betroffenen durch die Vermeidung dieser Komplikationen gesichert werden kann. Denn wie bereits in vielen Studien nachgewiesen wurde, verlieren diese Menschen durch unerwünschten Vorkommnisse weiter an Selbständigkeit und die Demenzsymptome verstärken sich, mit teils gravierenden Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven (Kirchen-Peters 2017).

Zu berücksichtigen sind darüber hinaus Vorkommnisse, die die Zeit des Krankenhauspersonals strapazieren. Betrachtet man die Ereignisse, sind viele mit einem erhöhten Zeitaufwand durch Wiederholungen oder zusätzliche Ansprache von Patienten verbunden, darunter insbesondere:

- die Wiederholung von Anwendungen nach Entfernungen von Verbänden etc.
- zusätzliche Versuche nach Abwehrverhalten, um notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Behandlung durchzuführen
- das Suchen abgängiger Patienten
- zusätzliche Körperpflege und Bettenbeziehen nach Lösen von Inkontinenzslips oder Kotschmierern
- das Beruhigen störender Patienten oder von Patienten, die keine Nachtruhe finden
- Gespräche mit Mitpatienten und Angehörigen, um Konflikte zu moderieren

Die Auflistung verdeutlicht das hohe Potential an Zeitersparnissen, die durch das präventive Vermeiden von Vorkommnissen ermöglicht werden könnten.

2.4 Wirkungsanalyse Kostenwirksamkeit

2.4.1 Ziel der Teilstudie, methodische Konzeption und Ablauf der Datenerfassung

In der zweiten Teilstudie (1b) wurde das Kriterium der „Kostenwirksamkeit“ untersucht. Hierzu wurden Daten der Interventionsgruppe mit Krankenkassendaten vergleichbarer Probandengruppen in einem Matched-Pairs-Verfahrens gegenübergestellt. Die forschungsleitende Hypothese lautete:

Durch den Einsatz von Betreuungskräften kommt es zu weniger Behandlungs- und Folgekosten bei pflegebedürftigen Demenzkranken als bei vergleichbaren Personen ohne Betreuung.

Mithilfe des Matched-Pairs-Verfahrens wurde der Effekt der Teilnahme an der Betreuung von pflegebedürftigen Demenzkranken (Interventionsgruppe) auf die Ergebnisvariable „Kosten“ im Vergleich zur Versorgung von pflegebedürftigen Demenzkranken ohne Betreuung (Kontrollgruppe) untersucht. Dabei wurden als primäre Zielgröße die getrennten Kosten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ab Indexaufenthalt bis 90 Tage nach Entlassung verglichen. Der Indexaufenthalt war der erste zum Einschluss in die Studie führende Aufenthalt.

Die Interventionsgruppe wurde in den beiden teilnehmenden Kliniken in Saarlouis und Neunkirchen gebildet. Als Intervention galt entweder der Einsatz einer gewohnten Betreuungskraft oder eine Betreuung in den Modellstationen. Der Einschluss in die Interventionsgruppe begann im Mai 2019 nach Erteilung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde der AOK (vgl. 2.4.3) und endete Anfang Januar 2020.

In die Teilstudie wurden pflegebedürftige Demenzkranke eingeschlossen, die

- mindestens 65 Jahre alt waren,
- eine Demenzdiagnose F00–F03 nach ICD–10 hatten und
- eine Einwilligungserklärung unterzeichnet hatten.

Ausgeschlossen wurden pflegebedürftige Demenzkranke,

- bei denen bei Aufnahme ein Delir vorlag, weil dieses schwere Krankheitsbild zu einer Verzerrung der Ergebnisse hätte führen können,
- bei denen keine Einwilligungserklärung vorlag oder
- bei denen ein Kassenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Aufnahme bestand (Indexaufenthalt).

Nach den ursprünglichen Planungen war in jedem Krankenhaus ein Einschluss von ca. 250 Fällen geplant. Es traten jedoch bei der Schaffung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die Studie erhebliche Verzögerungen auf, so dass schließlich nur eine Modellrechnung auf der Basis einer deutlich niedrigeren Fallzahl durchgeführt werden konnte.

2.4.2 Matching-Kriterien

Für die Interventionsgruppe wurde nach Abschluss der Datensammlung bei der Kranken- und Pflegekasse der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland nach dem Matched-Pairs-Verfahren für die Kontrollgruppe sogenannte „Datenpaare“ gebildet. Ein Datenpaar setzte sich aus einem Datensatz für die Interventionsgruppe und einem oder mehreren zufällig

ausgewählten Datensätzen aus dem Datenpool der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland für die Kontrollgruppe zusammen. Zur Bildung der Datenpaare wurden unter Rücksprache mit dem biometrischen Berater und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland folgende Matching-Kriterien festgelegt:

- Alter der über 65-Jährigen in 5-Jahres-Gruppen,
- Geschlecht (weiblich/männlich),
- Demenzdiagnose nach ICD-10 aus der Gruppe F00-F03 als Nebendiagnose,
- ADRG (erste 3 Stellen der G-DRG),
- Vorliegen eines Krankenhausaufenthaltes,
- Pflegegrad zu Beginn des Betrachtungszeitraums.

Die Datenerhebung sollte ursprünglich im April 2018 starten. Die deutlichen Verzögerungen liegen zum einen in der zeitaufwendigen Gewinnung der Kranken- und Pflegekassen für eine Zusammenarbeit und zum anderen in den stark gestiegenen Anforderungen an den Datenschutz begründet.

Der von der AOK ermittelte Datensatz wurde anonymisiert an das iso-Institut weitergeleitet und in einem mehrstufigen Verfahren zur Berechnung der Kostenwirksamkeit aufbereitet. Es mussten u. a. die Zuordnung der Versicherten-ID und Forschungsnummer für jeden Fall der Interventions- und Kontrollgruppe überprüft sowie das Aufnahme und Entlassungsdatum, der Indexaufenthalt und das Matching in beiden Gruppen auf Plausibilität geprüft werden. Unklare Datensätze wurden aus der Datei ausgeschlossen. In dem von der AOK durchgeführten Matching-Verfahren wurden einem Interventionsfall bis zu drei Kontrollfälle zugeordnet. Damit konnte eine höhere Datenqualität im Vergleich zu einem eins-zu-eins-Verfahren gewährleistet werden. Für den Vergleich wurden aus den maximal drei Fällen der Kontrollgruppe, die einem Interventionsfall zugeordnet waren, Mittelwerte zu den Kosten gebildet. Damit stand abschließend einem Wert der Interventionsgruppe jeweils nur noch ein Wert der Kontrollgruppe für die Berechnungen der Kostenwirksamkeit gegenüber.

2.4.3 Datenschutzrechtliche Anforderungen

Vor der Klärung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfolgte zunächst eine Anfrage bei allen regionalen Kranken- und Pflegekassen, ob diese sich an der Teilstudie 1b beteiligen würden. Die Umfrage kam zu dem Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Studie nur die AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland die technischen Voraussetzungen für eine zeitnahe Lieferung der komplexen Daten erfüllen konnte.

Mit dem Einschluss von Fällen in die Interventionsgruppe konnte jedoch erst begonnen werden, nachdem das Datenschutzkonzept einschließlich der Einverständniserklärung durch das Rheinland-Pfälzische Sozialministerium als Aufsichtsbehörde der AOK

genehmigt worden war. Durch diesen Genehmigungsprozess und dessen Vorbereitung kam es zu großen, vorher nicht kalkulierbaren Verzögerungen im Projekt. Denn für die Kostenwirksamkeitsanalyse waren die datenschutzrechtlichen Anforderungen seit Projektbeginn mit Inkrafttreten der DS-GVO erheblich gestiegen. Im Rahmen der DS-GVO war z. B. auch § 75 Absatz 1 SGB X geändert worden, mit der Folge, dass Kranken- und Pflegekassen für die Übermittlung von Sozialdaten eine Zustimmung ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde sowie zusätzliche Unterlagen wie z. B. ein Datenschutzkonzept benötigten. Für die Erstellung dieses Datenschutzkonzeptes wurden in einem ersten Schritt die Patienteninformation und Einverständniserklärungen, die bereits im Rahmen des Ethikvotums erarbeitet wurden, von einer Juristin des iso-Instituts an die neuen Bedingungen angepasst. Parallel dazu wurde ein Datenmanagementkonzept erstellt, auf dessen Grundlage anschließend ein detailliertes Datenschutzkonzept mit integrierter Patienteninformation und Einverständniserklärung entworfen wurde.

Da bei SEBKam sowohl katholische als auch evangelische Einrichtungen beteiligt waren, war neben der DS-GVO und dem BDSG katholisches und evangelisches Datenschutzrecht zu berücksichtigen. Auch die für die Datenverarbeitung notwendigen Einwilligungserklärungen mussten in Absprache mit den Behörden mehrmals überarbeitet werden, damit sie den Anforderungen der DS-GVO genügten und alle Projektbeteiligten sie für in der Praxis handhabbar betrachteten. Für den Abstimmungsprozess erfolgten mehrere Telefonkonferenzen und persönliche Treffen mit den Datenverantwortlichen der AOK, der für die Pflegeversicherung zuständigen Fachbereichsleitung, dem biometrischen Berater und den Mitarbeiterinnen des iso-Instituts.

Nach der Konsentierungsphase des Datenschutzkonzeptes wurden weitere Unterlagen (Kooperationsvereinbarung, Datensatzbeschreibung etc.) erstellt und abgestimmt, die für einen Antrag nach § 75 SGB X erforderlich waren. Die zuständige Aufsichtsbehörde der AOK, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, erteilte die Zustimmung zur Datenübermittlung erst Mitte April 2019, nachdem zu einer weiteren Prüfung auch noch der Rheinland-Pfälzische Datenschutzbeauftragte einbezogen worden war. Somit konnte der Einschluss für die Interventionsgruppe erst im Mai 2019 beginnen. Aufgrund der deutlich verkürzten Zeit für den Patienteneinschluss wurde die Kostenwirksamkeitsanalyse nunmehr als explorative Modellrechnung konzipiert, auf deren Basis Trendaussagen zu treffen waren.

2.4.4 Stichprobenbeschreibung

Von den insgesamt 176 Datensätzen, die Ende März 2020 von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland an das iso übermittelt wurden, konnten nach erfolgter Plausibilitätsprüfung und Datenbereinigung 125 Datensätze für die weitere Analyse verwendet werden. Die übrig gebliebenen 35 Fälle der Interventions- und 90 Fälle der Kontrollgruppe

gingen in die Beschreibung der Stichprobe ein. Als Untersuchungszeitraum für die Kostenwirksamkeitsanalyse wurde ein Zeitraum von 90 Tagen betrachtet, der ab dem Entlassungstag des ersten Krankenhausaufenthalts (Indexaufenthalt) begann. In der Interventionsgruppe konnten 19 Fälle in Studienzentrum A (Neunkirchen) und 16 Fälle in Studienzentrum B (Saarlouis) gewonnen werden. Die 90 Fälle der Kontrollgruppe stammen aus einem Versichertendatensatz der AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland, der mithilfe des Matched-Pairs-Verfahren generiert wurde.

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Neunkirchen (Studienzentrum A)	19	
Saarlouis (Studienzentrum B)	16	
AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland		90
Gesamt	35	90

Tabelle 10: Bereinigte Zahl der Interventions- und Kontrollgruppenfälle

Das durchschnittliche Alter lag in der Interventionsgruppe bei 84,3 Jahren und in der Kontrollgruppe bei 83,5 Jahren. Betrachtet man die Verteilung nach Altersgruppen in der Interventions- (n=35) und in der Kontrollgruppe (n=90), so ergibt sich folgendes Bild. Die überwiegende Mehrzahl der Probanden in beiden Gruppen gehörten zu den drei Alterskohorten der 80- bis 84-Jährigen, der 85- bis 89-Jährigen und der 90- bis 94-Jährigen (vgl. Tabelle 11). Auf die Interventionsgruppe entfielen bei den 80- bis 84-Jährigen 23 % und auf die Kontrollgruppe 27 %. Bei den 85- bis 89-jährigen Probanden ergab sich ein etwas höherer Anteil von 30 % in der Kontroll- und 31 % in der Interventionsgruppe. Diese Anteile sanken wieder bei den 90- bis 94-Jährigen, hier gehörten 24 % zur Kontroll- und 23 % zur Interventionsgruppe. Mit diesen Zahlen kann die korrekte Zuordnung von Interventions- zu Kontrollfällen im Matched-Pairs-Verfahren bestätigt werden.

Altersgruppe	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unter 70	2	6 %	2	2 %
70-74	0	0 %	3	3 %
75-79	4	11 %	7	8 %
80-84	8	23 %	24	27 %
85-89	11	31 %	27	30 %
90-94	8	23 %	22	24 %
ab 95	2	6 %	5	6 %
Gesamt	35	100 %	90	100 %

Tabelle 11: Verteilung Altersgruppen

Rund 90% der Probanden war in einen Pflegegrad eingruppiert, darunter keiner in Pflegegrad 1 (vgl. Tabelle 12). In der Interventionsgruppe (n=35) waren 11 % der Probanden

und in der Kontrollgruppe (n=90) 10 % Pflegegrad 2 zugeordnet. Beinahe die Hälfte der Erkrankten in beiden Gruppen entfielen auf Pflegegrad 3. In Pflegegrad 4 waren 23 % bzw. 24% der Personen eingestuft. Der höchste Pflegegrad 5 wurde bei 11% bzw. 10% der Erkrankten festgestellt. Somit gehörten jeweils beinahe vier Fünftel der Stichprobe in beiden Gruppen zu den Pflegegraden 3 bis 5, was auf einen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf beim überwiegenden Teil der Probanden schließen lässt.

Pflegegrad	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
1	0	0 %	0	0 %
2	4	11 %	9	10 %
3	16	46 %	42	47 %
4	8	23 %	22	24 %
5	3	9 %	6	7 %
Kein Pflegegrad	4	11 %	11	12 %
Gesamt	35	100 %	90	110 %

Tabelle 12: Verteilung der Pflegegrade

In der Interventionsgruppe waren 60 % Frauen und 40 % Männer vertreten. Zur Kontrollgruppe gehörten 61 % Frauen und 39 % Männer. Somit war auch die Geschlechterverteilung in beiden Gruppen nahezu identisch.

2.4.5 Ergebnisse

Zur sekundären Zielgröße in dieser Untersuchung gehörten die Rate der Wiedereinweisungen (Anzahl Krankenhausaufenthalte) innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung und die Verweildauer. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer betrug in der Interventionsgruppe 14 Tage und in der Kontrollgruppe 11,6 Tage.

Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte in beiden Gruppen, so entfallen durchschnittlich 1,8 Aufenthalte auf die Interventions- und 1,5 Krankenhausaufenthalte auf die Kontrollgruppe.

Wie zu erwarten, sind in dem Betrachtungszeitraum sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe Probanden verstorben. Alle Fälle, die während des Krankenhausaufenthalts verstarben, wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Im Untersuchungszeitraum verstarben 37 Probanden, davon 13 Probanden in der Interventionsgruppe (37 %) und 24 Probanden in der Kontrollgruppe (27 %). Diese Zahlen entsprechen einer Mortalitätsrate von 30 % in der Gesamtstichprobe (n=125). Die leicht erhöhte Mortalitätsrate in der Interventionsgruppe könnte im Zusammenhang mit der längeren Verweildauer im Krankenhaus stehen. Daraus ergeben sich Hinweise, dass möglicherweise schwerwiegendere Gesundheitseinschränkungen und unterschiedliche Komorbiditätscores in beiden Gruppen vorlagen.

Für die Berechnung der Kostenwirksamkeit wurden die Kosten der Kontrollfälle je Interventionsfall gemittelt, sodass auf beide Gruppen gleich viele Ereignisse (n=35) entfielen. In einem ersten Schritt wurden für jeden Fall der Interventions- und Kontrollgruppe die durchschnittlichen Kosten für die folgenden Kostengruppen berechnet:

- Krankenhauskosten aller Krankenhausaufenthalte pro Fall
- Pflegekosten der Pflegeversicherung pro Fall innerhalb 90 Tage ab Indexaufenthalt
- Gesamtkosten, die sich aus den Krankenhauskosten und den Kosten der Pflegeversicherung pro Fall aus dem gesamten Untersuchungszeitraum zusammensetzen

Aus den fallbezogenen Durchschnittswerten pro Kostengruppe wurden im zweiten Schritt Mittelwerte für die gesamte Interventions- und Kontrollgruppe berechnet. In der Interventionsgruppe lagen die Krankhauskosten bei 9.060,21 €, die Pflegekosten bei 2.889,85 € und die Gesamtkosten bei 11.950,06 € (vgl. Tabelle 13). In der Kontrollgruppe zeigten sich andere Werte. Dort lagen Krankenhauskosten in Höhe von 7.132,58 €, Pflegekosten von 2.889,72 € und Gesamtkosten von 10.022,30 € vor. Dabei zeigte sich für die Modellrechnung, dass Krankenhaus-, Pflege- und Gesamtkosten im Mittel in der Interventionsgruppe höher waren als in der Kontrollgruppe.

	Krankenhauskosten	Pflegekosten	Gesamtkosten
Interventionsgruppe	9.060,21 €	2.889,85 €	11.950,06 €
Kontrollgruppe	7.132,58 €	2.889,72 €	10.022,30 €

Tabelle 13: Durchschnittskosten je Kostengruppe

Eine Erklärung für die höheren Krankenhaus- und Gesamtkosten in der Interventionsgruppe kann in der um 2,4 Tage höheren durchschnittlichen Krankenhausverweildauer (14 Tage) im Vergleich zur Kontrollgruppe (11,6 Tage) bestehen. Darüber hinaus wiesen die Fälle der Interventionsgruppe eine 0,3-fach erhöhte durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten auf. Allerdings erklären diese Zahlen nicht, warum die Verweildauer und Krankenhausaufenthalte bei den Interventionsfällen erhöht waren.

Im Matching wurden bewusst nur wenige Kriterien eingesetzt, um keine Fälle der Interventionsgruppe zu verlieren. Insbesondere wurde darauf verzichtet, das Versterben sowie grobe Abweichungen der Kosten zu kontrollieren. Für beides sind vermutlich Gesichtspunkte wie die Morbidität ursächlich. Es war hingegen nicht zu erwarten, dass die Intervention diese Größen beeinflusst. Bei den Fällen der Modellrechnung zeigten sich dann auch für das Ergebnis relevante Verzerrungen. So lagen die Kosten bei den

Verstorbenen der Kontrollgruppe deutlich niedriger als bei den Überlebenden der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied zeigte sich in der Interventionsgruppe nicht.

In einem Zwischenschritt wurden deshalb zur Überprüfung der Plausibilität des Datensatzes alle Todesfälle innerhalb der 90 Tage ab Indexaufenthalt ausgeschlossen und eine maximale Abweichung in Höhe von 50 % in Bezug auf die Kosten zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgelegt. Dabei konnten zwar nur noch neun Interventions- und neun Kontrollfälle (n=18) eingeschlossen werden, aber bemerkenswerter Weise kam es hierbei zu einer Umkehr der Ergebnisse mit höheren Kosten in der Kontroll- als in der Interventionsgruppe (vgl. Tabelle 14). In der Interventionsgruppe lagen die Krankenhauskosten bei 5.686,58 €, bei den Pflegekosten bei 2.430,04 € und die Gesamtkosten betragen 8.115,62 €. In der Kontrollgruppe bewegten sich die Krankenhauskosten bei 6.584,17 €, die Pflegekosten bei 2.810,44 € und die Gesamtkosten bei 9.341,61 €.

	Krankenhauskosten	Pflegekosten	Gesamtkosten
Interventionsgruppe	5.685,58 €	2.430,04 €	8.115,62 €
Kontrollgruppe	6.584,17 €	2.810,44 €	9.394,61 €

Tabelle 14: Durchschnittskosten je Kostengruppe mit Einschränkungen (n=18)

Bei der weiteren statistischen Analyse wurden mithilfe eines Signifikanztests für zwei voneinander unabhängige Gruppen (Interventions- und Kontrollgruppe), Unterschiede der Mittelwerte in Bezug auf die Krankenhaus-, Pflege- und Gesamtkosten untersucht. Geplant war der Einsatz des T-Test für unabhängige Stichproben, allerdings setzt der T-Test eine Normalverteilung bei metrisch verteilten Merkmalen wie bspw. den Krankenhaus-, Pflege- und Gesamtkosten in beiden Gruppen voraus. Eine Prüfung der Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test ergab jedoch, dass nur die Kosten in der Interventions-, aber nicht in der Kontrollgruppe normalverteilt waren ($p < .05$) (vgl. Tabelle 15).

Kostenart		Statistik	df	Signifikanz
Krankenhauskosten	Interventionsgruppe	.155	31	.057
	Kontrollgruppe	.141	90	.000
Kosten der Pflegeversicherung	Interventionsgruppe	.116	31	.200
	Kontrollgruppe	.125	90	.001
Gesamtkosten	Interventionsgruppe	.138	31	.141
	Kontrollgruppe	.105	90	.016

Tabelle 15: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests

Es musste daher für den Gruppenvergleich und die Signifikanzprüfung der Mann-Whitney-U-Test für nicht parametrische unabhängige Stichproben verwendet werden. Er kann eingesetzt werden, wenn die Voraussetzungen für einen T-Test nicht gegeben sind, denn darin wird keine Normalverteilung der Daten vorausgesetzt. Mit dem Mann-Whitney-U-Test sollte aufgezeigt werden, wie sich die Rangfolge der Werte in der Interventions- und in der Kontrollgruppe hinsichtlich der Krankenhaus-, der Pflege- und der Gesamtkosten unterscheiden.

	Krankenhauskosten	Pflegekosten	Gesamtkosten
Mann-Whitney-U	508.00	576.00	501.00
Z-Wert	-1.227	-.429	-1.310
Exakte Signifikanz (2-seitig)	.220	.668	.190

Tabelle 16: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests

Im Ergebnis ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bei den verursachten Gesamtkosten nachweisen ($U = 501.00$, $Z = -1.310$, $p = .190$) (vgl. Tabelle 16). Ebenso unterschieden sich die Gruppen weder im Hinblick auf die Krankenhauskosten ($U = 508.00$, $Z = -1.227$, $p = .220$), noch auf die Pflegekosten ($U = 576.00$, $Z = -0.429$, $p = .668$).

2.4.6 Diskussion der Ergebnisse

Ziel der Teilstudie war es, die Kostenwirksamkeit zu überprüfen und zu analysieren, ob eine Betreuung die Kostenentwicklung von Krankenhaus-, Pflege- und Gesamtkosten beeinflusst. Dabei ging es im Rahmen der Modellrechnung auf niedriger Fallbasis um Trendaussagen. Werden alle Fälle inklusive der „Ausreißer“ sowie der Todesfälle innerhalb des Betrachtungszeitraums in die Berechnung einbezogen, lagen die Kosten in der Kontrollgruppe im Schnitt unter den Kosten der Interventionsgruppe. Somit konnte kein positiver Effekt auf die Kosten nachgewiesen werden. Allerdings ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren. Schließlich sprechen die vermehrten Todesfälle sowie auch die im Vergleich längeren Krankenhausaufenthalte in der Interventionsgruppe und höheren Pflegegrade (3 bis 5) für eine Problemmakkumulation bei den betreuten Menschen mit Demenz. Gerade vor dem Hintergrund der geringen Fallzahl ist eine Verzerrung des Ergebnisses damit nicht auszuschließen.

Dafür sprechen auch weitere Berechnungen, die zur Plausibilitätsprüfung durchgeführt wurden: In einem exemplarischen Zwischenschritt konnte an einer kleinen Stichprobe durch den Ausschluss der Todesfälle innerhalb des Untersuchungszeitraums und der Eingrenzung der maximalen Kostenabweichungen in Höhe von 50 % zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe im Datensatz eine Ergebnisumkehr aufgezeigt werden.

Bei allen Kosten kam es hierbei in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe zu höheren Kosten.

Vor Beginn der Untersuchung war zwar in Erwägung gezogen worden, einen Komorbiditätsscore bei allen Probanden zu erfassen, um Unterschiede im Gesundheitszustand kontrollieren zu können. Mithilfe des Komorbiditätsscores würden sich möglicherweise erhöhte Morbiditätsraten, längere Krankenhausverweildauern oder eine höhere Anzahl an Krankenhausaufenthalten sowie damit evtl. einhergehende höhere Kosten in den Gruppen erklären lassen. Diese Überlegungen ließen sich jedoch aufgrund des hohen zusätzlichen Berechnungsaufwandes nicht umsetzen.

Aus den aufgeführten Argumenten kann geschlossen werden, dass nur eine weitere Studie mit höheren Teilnehmerzahlen und erweiterten Matching-Kriterien zu sicheren Aussagen über die Kostenwirksamkeit führen könnte.

2.5 Struktur- und Prozessanalyse

Die Struktur- und Prozessanalyse war eine umfangreiche Aufgabe der Begleitforschung, in die vielfältige Methoden und Arbeitsschritte einfließen (vgl. 2.1). Auf der **institutionellen Zielebene** wurde ermittelt, welche Rechtsfragen an die sektorenübergreifende Betreuung geknüpft sind (vgl. 3.5) und welche Kosten ein solcher Ansatz verursacht (vgl. 2.5.4). Während die juristischen Fragen bereits im Rahmen der Machbarkeitsstudie geklärt werden mussten, um einen rechtssicheren Einsatz der Betreuungskräfte zu gewährleisten, setzte die Kostenanalyse erst in einer Phase des Regelbetriebs ein.

Auf der **betrieblichen Zielebene** spielten Fragen nach der Kooperation der Akteure und nach Strukturen und Prozessen rund um den konkreten Einsatz der Betreuungskräfte eine Rolle. Im gesamten Zeitraum standen komplexe Sachverhalte, wie die konkreten Abläufe in der Zusammenarbeit von Betreuungskräften und Krankenhauspersonal sowie die Arbeitsanforderungen, die sich am neuen Einsatzort stellten, in der Diskussion. Personelle und strukturelle Veränderungen an beiden Standorten führten zudem zu Problemen und Reibungsverlusten, die jeweils Anpassungsprozesse erforderten.

Zur Erfüllung dieser Anforderungen bediente sich die Begleitforschung qualitativer und quantitativer Methoden mit vier sich ergänzenden Elementen:

- leitfadengestützte Experteninterviews und Gruppengespräche mit Projektbeteiligten und Ehrenamtlichen sowie mit Angehörigen bzw. Demenzkranken,
- semistrukturierte Diskussionen in Fokusgruppen,
- quantitative Abfrage von Daten zu Art und Inhalt der Betreuung,
- quantitative Abfrage von Kosten der Projektbeteiligten für die Teilnahme an SEBKam.

In den weiteren Ausführungen erfolgen Erläuterungen zu den einzelnen methodischen Schritten:

In allen Arbeitsphasen führte die wissenschaftliche Begleitung **leitfadengestützte Experteninterviews** (Bogner et al. 2009; Gläser/Laudel 2009) mit den unterschiedlichen Akteuren im Modellkontext durch. Ein Hauptaugenmerk der Gespräche lag auf den Strukturen und Prozessen der Projektdurchführung sowie auf Bewertungen des jeweiligen Projektfortschritts. Es gab einen ersten Interviewzyklus im Rahmen der Machbarkeitsstudie und zwei weitere im Rahmen der Modell- und Evaluationsphase. Es wurden in jedem Zyklus rund 20 Expertinnen und Experten aus den Projekten befragt (vgl. 2.5.2). Darüber hinaus fanden in der Modellphase zehn Interviews mit Angehörigen und vier mit betreuten Pflegebedürftigen statt (vgl. 2.5.1). Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zur Ergänzung der Interviews setzte die Begleitforschung je nach Erfordernis **zusätzliche Gruppengespräche** ein. Diese Schritte kamen in der Regel zum Einsatz, um im Projektverlauf entstandene Reibungsverluste zu bearbeiten. Im Folgenden werden Beispiele für solche zusätzlichen Leistungen benannt:

- Im Marienhausklinikum St. Elisabeth Saarlouis wurden im Februar 2018 zwei Gruppengespräche durchgeführt. An einem Gespräch nahm die Pflegedirektion, die Stationsleitung und zwei weitere Pflegekräfte teil. An dem zweiten waren zusätzlich auch die drei Betreuungskräfte und die Pflegedienstleitung des ambulanten Dienstes beteiligt sowie eine weitere Pflegekraft, die auf der Station als Ansprechpartnerin der Betreuungskräfte fungierte. Die beiden Gespräche waren nach den Ergebnissen der Einzelinterviews zusätzlich vereinbart worden, um Konflikte und Probleme in der Zusammenarbeit gemeinsam zu reflektieren.
- Mit den Pflegedienstleitungen beider Sozialstationen waren weitere Details zum Einsatz der gewohnten Betreuung zu diskutieren und zu vereinbaren. Es ging konkret um Maßnahmen zur Steigerung der Fallzahlen. Die Termine fanden im Juni und August 2018 statt.
- Anlässlich des Umzugs der Modellabteilung in Neunkirchen und daraufhin entstandener Anpassungsbedarfe fand im Dezember 2018 ein Gespräch mit dem ambulanten Dienst und den handelnden Akteuren im Akutkrankenhaus statt.
- Im Januar 2019 wurde ein Gespräch mit den Führungskräften des Krankenhauses am neuen Standort der Modellabteilung geführt, um Ergebnisse der Interviews bezüglich eines Umzugs des Projekts zurück zu spiegeln und daraus Konsequenzen abzuleiten.

- Aufgrund einer Verrentung des Caritasdirektors und damit verbundenen personellen Umstrukturierungen fand im März 2019 ein Austausch mit dem neuen Caritasdirektor, dem internen Projektkoordinator und den beiden Projektzuständigen der Sozialstationen statt.
- Zur Umsetzung der Planung, weitere Caritas Sozialstationen in die Akquise gewohnter Betreuungen einzubinden, fand im Mai 2019 eine Projektpräsentation mit anschließender Diskussion mit allen Führungskräften der sieben Standorte und dem Caritasdirektor statt. Im Mai wurde zudem eine ähnliche Veranstaltung für Führungskräfte und Betreuungskräfte in der Sozialstation Neunkirchen durchgeführt.

Neben den beschriebenen Arbeitsschritten fanden in jeweils etwa halbjährlichen Abständen mehrere **Fokusgruppen** (Helfferrich 2011) statt. Je nach thematischem Stimulus der jeweiligen Fokusgruppe waren diese etwas unterschiedlich besetzt. Die Diskussionen erfolgten unter Moderation der wissenschaftlichen Begleitung strukturiert und leitfadengestützt. Folgende Fokusgruppen tagten im Rahmen von SEBKam:

- Fokusgruppe 1 „Rekrutierung und Qualifizierung von Betreuungskräften“ (N=8)
In dieser Gruppe standen alle Fragen rund um die Schaffung eines geeigneten Pools an Betreuungskräften (z. B. Gewinnung, Auswahl, Qualifizierung) im Mittelpunkt. Einbezogen wurden die Pflegedienstleitungen der ambulanten Dienste, die Demenzbeauftragten sowie Vertreter der Pflegedirektion aus den Kliniken sowie ausgewählte Betreuungskräfte im Probelauf. Die Fokusgruppe 1 tagte lediglich im Rahmen der Machbarkeitsstudie.
- Fokusgruppe 2 „Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften“ (N=8)
In dieser Gruppe wurde über alle Fragen zum Einsatz von Betreuungskräften (z. B. Einsatzzeiten, Tätigkeiten, Kooperationserfolge und -hemmnisse) diskutiert. Einbezogen waren die Führungskräfte der ambulanten Dienste und der Kliniken, die Demenzbeauftragten der Krankenhäuser und Vertreter der übergeordneten Träger. Die Gruppe tagte fünfmal, darunter zweimal im Zeitraum der Machbarkeitsstudie.
- Fokusgruppe 3 „Einbindung der Angehörigen“ (N=10)
Die Gruppe beschäftigte sich mit den Fragen, wie die gewohnte Betreuung umzusetzen war und wie Angehörige in das Konzept eingebunden werden konnten. Einbezogen waren die Führungskräfte der ambulanten Dienste, die Demenzbeauftragten und die Pflegedirektoren der Kliniken sowie der Demenzverein Saarlouis als Vertreter der Selbsthilfe. Die Fokusgruppe 3 tagte im Berichtszeitraum fünfmal.

- Fokusgruppe 4 „Kosten“ (N=6)
Mit der Fokusgruppe 4 war zu klären, welche Kosten der neue Ansatz verursacht. Erörtert wurde diese Frage mit den Vertretern der übergeordneten Träger, mit den Geschäftsführungen der ambulanten Dienste sowie mit den Pflegedirektoren der Kliniken. Die Fokusgruppe 4 traf sich nach der Machbarkeitsstudie viermal.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden verdichtet in die jeweils nächsten Sitzungen der Fokusgruppen im Rahmen einer Protokolllegung zurückgespiegelt. Ziel war neben der Generierung von empirischen Daten die Erarbeitung von übertragbaren Prozessbeschreibungen zum jeweiligen Thema. Die Ergebnisse der Fokusgruppen eins, zwei und drei sind in den Kapiteln 3.4 bis 3.8 niedergelegt, weil sie den Projektverlauf maßgeblich beeinflussten. Hier gehen auch solche Ergebnisse aus Interviews und Gruppengesprächen ein, die sich mit den inhaltlichen Themen der Fokusgruppen befassen. Die Ergebnisse aus Fokusgruppe 4 finden sich im Kapitel zur Kostenanalyse (vgl. 2.5.4).

Um den zwischenzeitlich entstandenen Bedarf an **Prozessbegleitung** begegnen zu können, wurden in der Modell- und Evaluationsphase zusätzlich weitere methodische Elemente eingesetzt, die auch für die Struktur- und Prozessanalyse genutzt wurden (vgl. 2.5.1). Neben den beschriebenen empirischen Schritten war die Struktur- und Prozessanalyse eng mit der übergeordneten Steuerung des Projekts verwoben und knüpfte an verschiedenen Stellen an die in diesem Rahmen zu schaffenden Strukturen an. Ein zentraler Baustein hierfür war die kontinuierliche **Mitarbeit der Begleitforschung in der internen Koordinierungsgruppe** (vgl. 3.2).

Zusätzlich zum vorgesehenen Arbeitsplan wurde schnell nach der Implementierung der Betreuung ein Erfassungsblatt zur **Erhebung von Daten zu Art und Inhalt der Betreuung** entworfen und ab Februar 2018 eingesetzt. Das von den Betreuungskräften ausgefüllte Instrument erlaubte einen kontinuierlichen Überblick zur quantitativen Entwicklung der Betreuungsleistungen. Die Auswertung, deren Ergebnisse jeweils mit den Projektbeteiligten rückgekoppelt wurden, erfolgte zu fünf Stichtagen (vgl. 2.5.3).

Ein weiterer quantitativer Schwerpunkt bezog sich auf die **Kostenanalyse**. Das Vorgehen wurde wie beschrieben im Rahmen der Fokusgruppe 4 und anhand persönlicher Gespräche mit den Projektbeteiligten abgestimmt. Für die Datenerfassung erhielten diese aus den Krankenhäusern und ambulanten Diensten Erfassungsblätter, die die Grundlage für die Berechnung lieferten.

In den folgenden Unterkapiteln wird ein Teil der Ergebnisse der beschriebenen empirischen Schritte zusammengestellt. Zunächst wird über die Eindrücke der Angehörigen und Betreuten (vgl. Kapitel 2.5.1) sowie der Projektbeteiligten (vgl. 2.5.2) berichtet. Die darauffolgenden Kapitel befassen sich mit der Datenerfassung zu Art und Inhalt der

durchgeführten Betreuungen (vgl. 2.5.3) sowie mit den Ergebnissen der Kostenanalyse (vgl. 2.5.4). Weitere Ergebnisse finden sich im Kapitel 3 zum Praxisverlauf.

2.5.1 Ergebnisse aus Interviews mit Angehörigen und mit Betreuten

Seit Juli 2018 führte die Begleitforschung kontinuierlich Interviews mit Angehörigen durch. Vereinzelt wurden auch Interviews mit pflegebedürftigen Demenzkranken geführt, die eine Betreuung in der Modellstation oder eine gewohnte Betreuung in Anspruch nahmen. Die Interviews auf der Nutzerseite hatten insbesondere zum Ziel, eine Außenansicht auf die Strukturen und Abläufe im Projekt zu gewinnen und daraus Empfehlungen für Optimierungsbedarfe abzuleiten. Darüber hinaus sollte die Zufriedenheit mit dem Angebot und dessen Wirksamkeit beleuchtet werden.

Die Interviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Dabei standen z. B. folgende Themenkomplexe im Vordergrund:

- Problembewusstsein hinsichtlich zusätzlicher Betreuungsbedarfe von Demenzkranken während eines Krankenhausaufenthalts
- Informationsstand über die modellhaften Leistungen
- Bewertung von Umfang, Art und Inhalt der Betreuung
- Gründe für die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuung (vor allem bei gewohnter Betreuung) sowie Planung des Einsatzes
- Reaktionen der Demenzkranken und Auswirkungen der Betreuung
- Wirkungen auf die pflegenden Angehörigen

Insgesamt wurden zehn Interviews mit Angehörigen und vier mit betreuten Demenzkranken durchgeführt. Die vier Betreuten der Modellabteilungen waren jeweils zur Hälfte aus Neunkirchen und aus Saarlouis. Sechs Angehörige aus Saarlouis und vier aus Neunkirchen wurden befragt, darunter waren sechs pflegende (Schwieger-)Töchter, zwei Ehepartner sowie zwei pflegende Söhne. Berichtet wurde über fünf Betreuungen auf der Modellstation und über fünf gewohnte Betreuungen.

Im Falle der **gewohnten Betreuungen** handelte es sich einmal um einen männlichen und viermal um weibliche Pflegebedürftige. Die Anlässe zur Krankenhauseinweisung waren unterschiedlich: ein unspezifisches schlechtes Befinden mit Fieber, eine akute Gallenentzündung mit starken Schmerzen, eine Sepsis, ein Verdacht auf Schlaganfall und schließlich eine akute Verletzung.

In ersten Fall lag eine Bettlägerigkeit vor und die Demenzkranke lag im Sterben. Es handelte sich eher um einen kurzen Aufenthalt, in dem die Schwiegertochter durch die gewohnte Betreuung in der Sterbebegleitung unterstützt wurde. Dazu fanden zwei Einsätze der Betreuungskraft statt.

Die zweite Person war noch mobil und musste nach einer Operation von einem ständigen Umhergehen abgehalten werden. Die Angehörigen waren während der zwölf Tage des Aufenthaltes stark gefordert, dies umzusetzen. Drei Verwandte übernahmen jeweils das Rooming-In in der Nacht, zwei weitere teilten sich die Betreuung über den Tag. Um die Belastung zu reduzieren, wurde die Weiterführung der häuslichen Betreuung vereinbart. Als Grund für die Inanspruchnahme wurde aber auch die Situation des Demenzkranken genannt: *„Weil es ihm extrem gut tut, wenn der Michael ihn besucht. Dann lacht er, zu ihm hat er Vertrauen. Er lässt sich anregen, erzählt etwas. (...) Wenn da jemand Fremdes sitzen würde, das wäre nicht so gut.“* In Absprache mit dem Betreuer erfolgten während des Aufenthaltes drei Einsätze zu jeweils zwei Stunden. Die Betreuung funktionierte wie zu Hause: *„Zusammensitzen und sich unterhalten, Kaffee trinken und zum Wassertrinken anregen. Am Tisch sitzen und erzählen. Mal auf dem Gang hoch und runter, kurz Luft schnappen.“* Die pflegende Tochter betonte, wie wichtig das Angebot gewesen sei, um dem Vater die schwierige Situation im Krankenhaus zu erleichtern und um die Angehörigen zu entlasten. *„Es war gut für seine Stimmung. Er ist dann gut gelaunt, auch wenn er es eine halbe Stunde später nicht mehr weiß. Wenn er nicht gekommen wäre, wäre es noch mehr Arbeit für uns als Familie gewesen. Es war eine deutliche Entlastung für die Familie.“*

Die Frau des dritten Interviewpartners erlitt aufgrund einer zurückliegenden Entfernung der Blase immer wieder Sepsen, die zu Krankenhausaufenthalten führten. Im betrachteten Fall musste die Patientin aus Kapazitätsgründen in ein ihr unbekanntes Krankenhaus, was eine zusätzliche Belastung darstellte. Nach dem Hinweis der Sozialstation ging das Ehepaar gerne darauf ein, die bereits lange bekannte Betreuungskraft in die Krankenbesuche einzubinden. Die Pflegekraft besuchte die Patientin nahezu jeden Tag für ca. eine Stunde. *„Sie hat Gespräche mit meiner Frau und hat auch alles besorgt, wenn sie mal was gebraucht hat. Das Wichtigste für meine Frau ist aber ein Gesprächspartner.“* Der Ehemann betonte, dass er mit seiner Frau auf sich alleine gestellt sei, weil die Tochter andernorts wohnte und keine weiteren Kontakte bestanden. *„Nur noch ich und meine Frau sind da. Da ist es auch mal schön, wenn jemand anderes kommt. Gerade die Betreuerin, die meine Frau besuchen gegangen ist. (...) Mit ihr hat sich meine Frau ein wenig angefreundet und freut sich, wenn sie kommt. (...) Sie machen Scherze und albern miteinander. Das hat meine Frau sehr aufgebaut (...). Das hatte gute Auswirkungen. Wenn die Kranken ein bekanntes Gesicht sehen und mit ihm sprechen können, ist das besser.“* Der Ehemann, der noch in einem Familienbetrieb berufstätig war, fühlte sich durch die gewohnte Betreuung entlastet.

Die vierte gewohnte Betreuung wurde bei einer 90jährigen durchgeführt, bei der die Demenz erst im Krankenhaus festgestellt wurde. Die bestehende Demenz wurde

wahrscheinlich erst dort entdeckt, weil die Tochter in Bayern lebte und auch sonst keine engen Kontakte zu Verwandten bestanden. Die eingesetzte Betreuungskraft, die bereits seit drei Jahren zum Kartenspielen kam, war eine wichtige Bezugsperson für die Pflegebedürftige. Die befragte Tochter stimmte die Einsätze mit der Betreuungskraft selbst ab und hatte den Eindruck, dass die Besuche ihre Mutter aufmunterten. *„Aber es war ganz wichtig, dass jemand kam, den sie kannte. Insbesondere, weil in diesem Alter ja kaum noch Freundinnen existieren, die zu Besuch kommen könnten. Das soziale Umfeld ist erbärmlich!“* Durch die Betreuungskraft konnte die Tochter trotz der Entfernung Nähe zur Mutter herstellen. *„Sie hat Fotos von meiner Mutter gemacht und mir über Whatsapp geschickt und ich konnte über ihr Handy mit meiner Mutter telefonieren.“* Dadurch profitierten Mutter und Tochter in mehrfacher Hinsicht von der gewohnten Betreuung.

Im fünften Fall ging es vor allem um die emotionale Unterstützung der Betreuten, die Krankenhausaufenthalte immer mit der großen Sorge verband, anschließend nicht mehr in die häusliche Umgebung zurückkehren zu können. Von drei Tagen, die die Person im Krankenhaus verbrachte, wurde sie an zwei Tagen betreut. *„Hauptsächlich sollten Gespräche geführt werden, um sie aufzumuntern. (...) Es war ein Ansprechpartner da und die Betreuung hat das immer wieder mit ihr besprochen, dass sie wieder in die gewohnte Umgebung zurückkommt.“*

Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Sozialstation wurde im Interview deutlich zum Ausdruck gebracht. Gelobt wurde der frühe Hinweis, dass die Möglichkeit zu einer gewohnten Betreuung bestand sowie die gemeinsame Planung der Betreuungszeiten, damit diese einen optimalen Entlastungseffekt erzeugen konnten. Die Pflegebedürftige profitierte nach dem Eindruck der Angehörigen durch die Betreuung sehr. *„Sie war wesentlich zufriedener, sie hatte keine Alpträume. (...) Das ist für sie trotz der Umstände sehr positiv verlaufen.“* Und auch die eigene Entlastung hatte einen großen Stellenwert: *„Ohne die Betreuung hätte ich meine Arbeit unterbrechen müssen. Ich hätte hingehen müssen, damit sie nicht depressiv wird. Also hat die Betreuung auch geholfen, dass ich meine Zeit besser einteilen konnte“.*

Kritisiert wurden die ungünstigen Umstände in der Notaufnahme wie z. B. die langen Wartezeiten, die für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mit Stress verbunden sind. Zur gewohnten Betreuung wurde jedoch ein sehr positives Fazit gezogen: *„In unserem Fall hat das sehr gut funktioniert. Da wüsste ich jetzt nicht, was man besser machen kann. Das ist eine sehr gute Idee, was da umgesetzt wird und ich hoffe, da bleibt man am Ball, damit andere sich auch so wohl fühlen können.“*

Bei den Interviews zur **Betreuung auf der Modellstation** handelte es sich um einen Mann und vier Frauen. In Saarlouis wurden die Demenzkranken jeweils mit Knochenbrüchen

nach Stürzen eingeliefert. Eine pflegende Tochter berichtete von unguuten Gefühlen, die mit dem Krankenhausaufenthalt verbunden waren. Diese resultierten aus schlechten Erfahrungen mit einem früheren Aufenthalt. Die Mutter hatte damals auch Schmerzen, zog sich daraufhin zurück und äußerte ihre Bedürfnisse nicht mehr. *„Sie hat dann auch in die Hose gemacht, weil sie sich nicht getraut hat zu sagen, dass sie zur Toilette muss.“* Die Tochter sorgte sich, dass ihre Mutter sich im Krankenhaus nicht zurechtfinden würde und der Situation völlig hilflos ausgeliefert wäre. *„Wenn von uns keiner da ist, kann sie sich ja nicht verständlich machen.“* Die Tochter begegnete einer der Betreuungskräfte während eines Besuchs. Sie berichtete, dass diese ihre Aufgabe erläuterte und sie über das Projekt informiert habe. Die Tochter lobte, dass die Mutter auch im Krankenhaus eine Ansprache hatte und dass Gespräche mit ihr geführt wurden. *„Die Betreuungskräfte sollen die Angehörigen ersetzen, wenn die keine Zeit haben. Einfach dabei sein“.*

Auch der zweite Fall in der Unfallchirurgie wurde voll umfänglich positiv erlebt. *„Die Mutter war während der Betreuung sehr lebendig und aktiv. Sie hat sich wohlgefühlt und das war perfekt für den Tag. Sie denkt ja nur noch für den Augenblick. Später vergisst sie auch wieder was war, aber das positive Gefühl bleibt. Man hat ihr die Unsicherheit genommen und dann funktioniert auch ihr Kopf besser.“* Die Tochter empfand es als große Erleichterung zu wissen, dass die Mutter im Krankenhaus eine Betreuung erhielt und sie nicht auf sich alleine gestellt war.

Über den dritten Fall in Saarlouis berichtete ein pflegender Sohn. Da der Krankenhausaufenthalt für die hochaltrige Mutter mit starken Ängsten verbunden war, begrüßte er die Möglichkeit der Betreuung, auf die er im Krankenhaus aufmerksam gemacht wurde. Aufgrund seiner Berufstätigkeit war der Sohn stark eingebunden und fühlte sich dadurch entlastet, seine Mutter gut versorgt zu wissen. *„Ich bin mal dazugekommen, als sie in einem Gemeinschaftsraum gesessen haben mit mehreren Leuten und sie war richtig gut gelaunt und guter Dinge, also besser als im Krankenzimmer.“* Aus seiner Sicht wirkte sich die Betreuung sehr positiv auf seine Mutter aus. *„Ich kann ja jetzt nicht so lange am Tag bei ihr sein und deswegen wusste ich, sie hat ja auch dann eine Zeit lang eine Unterhaltung und ihr geht's dann gut.“*

In Neunkirchen wurden internistische Krankheitsbilder behandelt, wie etwa ein chronischer Durchfall bei einer rund 90-jährigen Demenzkranken, die aufgrund von Multimorbidität in den vergangenen Jahren mehrere Krankenhausaufenthalte hinter sich bringen musste. In verschiedenen Krankenhäusern sammelte die Familie schlechte Erfahrungen. Diese betrafen die Unfreundlichkeit des Personals und die mangelnde Aufmerksamkeit in der Versorgung, z. B. mit Essen, Getränken und Medikamenten. Zudem traten gravierende Vorkommnisse auf, darunter ein Delir und ein Sturz nach sedierender Medikation.

Sowohl die Mutter als auch die pflegenden Kinder waren in der Folge sehr angespannt, als ein erneuter Krankenhausaufenthalt anstand. *„Oh mein Gott, wieder Krankenhaus! Das wird wieder der Horror!“*, so beschrieb die Tochter ihre Gefühle in dieser Situation, denn aus Erfahrung wusste sie, dass die Mutter stets mit Weinerlichkeit und Verwirrtheit auf das Krankenhaus reagierte. Nach Auskunft der Tochter fing diese sich allerdings unter den Modellbedingungen recht zügig und ihre Stimmung verbesserte sich nach ein paar Tagen. *„Sie ist jetzt wieder eher gut drauf und hat wieder Mut gefasst. Sie hat auch wieder klare Momente.“* Die Betreuung fand allerdings unter erschwerten Bedingungen statt, weil die Mutter aufgrund einer Infektionsgefahr in einem isolierten Zimmer untergebracht war.

Beim zweiten Fall auf der Modellstation in Neunkirchen handelte es sich um einen pflegebedürftigen Demenzkranken in Pflegegrad 5, den die Hausärztin aufgrund akuter Hautprobleme in Verbindung mit Diabetes in das Krankenhaus überwiesen hatte. Die befragte Ehefrau konnte sich zur Betreuung eher weniger äußern, weil ihr Mann aufgrund seines schlechten Zustandes nur im Zimmer betreut wurde und sie die Betreuungskraft nicht als solche erkannte. Wie aus diesem Fall abzuleiten ist, hatte der Umzug der Modellabteilung in Neunkirchen auch negative Konsequenzen auf die Einbindung der Angehörigen (vgl. Kapitel 2.5.2). Dennoch zeigte sich die Angehörige erfreut über das zusätzliche Angebot. *„Wenn er allein ist und nicht reden kann, dann ist es gut, wenn ihn mal jemand anspricht. Und sagt, geht's gut oder hätten Sie gern was? Wenn ich mal nicht da bin, also abends oder morgens. Für so was haben ja die Schwestern gar keine Zeit.“*

In einem Teil der Interviews gaben die Angehörigen Anregungen, die teilweise umgesetzt werden konnten. Der Wunsch, dass die Betreuungskräfte bei allen Mahlzeiten dabei sein sollten, konnte vor dem Hintergrund der begrenzten Ressourcen nur beim Mittagessen und Nachmittagskaffee organisiert werden. Einzelne Angehörige wünschten sich, bereits bei Aufnahme in das Krankenhaus auf die Möglichkeit einer stundenweisen Betreuung durch die Sozialstationen hingewiesen zu werden. *„Gerade bei Betroffenen, die nicht aktiv Hilfe suchen, wäre das ein direkter Weg, die Menschen über Hilfe zu informieren. Oder Hilfe denen zukommen zu lassen, die auf sich allein gestellt sind, ohne Angehörige.“* Allerdings bezog sich die gewohnte Betreuung in SEBKam nur auf einen Anbieter pro Modellregion.

Eine weitere Idee bezog sich auf eine stärkere Verzahnung zwischen der Betreuung im Krankenhaus und der Versorgung zu Hause. *„Das ist doch auch befruchtend. Man kann Ideen für die Beschäftigung zu Hause erhalten und umgekehrt.“* Schließlich bedauerte ein Angehöriger, dass eine solche Betreuung nicht in allen Krankenhäusern umgesetzt werde, weil seine Frau meist andernorts untergebracht sei.

Auffallend war auch die Sorge fast aller Angehörigen, dass nach dem Krankenhausaufenthalt das häusliche Versorgungsarrangement nicht mehr ausreichen könnte. Angeregt wurde, dass über die Betreuungskräfte dafür gesorgt werden könnte, kleine tägliche Rituale auch im Krankenhaus beizubehalten, wie z. B. der Nachmittagskaffee zu einer bestimmten Uhrzeit.

Die Interviews mit Angehörigen bestätigten den Eindruck, dass sich die Betreuung sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Angehörigen positiv auswirkte. Dies bestätigten auch die Interviews mit den pflegebedürftigen Demenzkranken selbst. Die vier Gespräche waren zwar in ihrem Informationsgehalt nicht sehr tiefgehend. Dennoch wurde die Zufriedenheit mit der Betreuung deutlich wie an folgenden Zitaten veranschaulicht werden soll:

- *„Das ist viel Wert, wenn mal jemand mit einem spricht. Mein Sohn muss arbeiten und der kommt nicht so oft.“*
- *„Sie (Betreuungskraft) kommt mich oft besuchen. Ich freue mich, wenn sie kommt.“*
- *Interviewer: „Gefällt Ihnen das, wenn die Damen zu Ihnen kommen zum Bingo spielen? Betreuer: „Ja, Bingo (lacht und nickt heftig). Sehr schön!“*
- *„Mit den Damen kann ich reden. Die sind immer nett. Und lustig.“*

In der Interviewsituation fiel teilweise auf, dass die Betreuungskräfte auch präventiv mit-helfen, den Behandlungserfolg zu sichern. So fasste sich ein Demenzkranker an die Operationsnähte und zog daran. Die Betreuungskraft hielt ihn in der Folge davon ab, indem sie ihn ablenkte und auf andere Gedanken brachte.

2.5.2 Ergebnisse aus Interviews und Gruppengesprächen mit Projektbeteiligten

Im Modellverlauf führte die Begleitforschung in regelmäßigen Abständen Interviews mit den Projektbeteiligten durch. Es gab insgesamt drei Interviewzyklen mit jeweils identi-schen Ansprechpartnern. Die erste Gesprächsrunde begann drei Monate nach der Im-plementierung der Betreuung innerhalb der Machbarkeitsstudie. In der Modell- und Eva-luationsphase fand die zweite Runde ca. ein Jahr später und die dritte rund ein halbes Jahr vor Abschluss des Projektes statt. Es wurden in der Regel zwei Vertreter der über-geordneten Träger, vier Leitungskräfte der ambulanten Dienste, sieben Betreuungskräfte und sechs Führungskräfte bzw. Beschäftigte der Akutkrankenhäuser befragt. Zudem wurden anlassbezogen zusätzliche Gruppengespräche mit unterschiedlicher Besetzung durchgeführt (vgl. 2.5).

Erster Interviewzyklus

Im Zentrum der ersten Interviews im Rahmen der Machbarkeitsstudie standen die Erfah-rungen der Beteiligten mit der Rekrutierung und Schulung der Betreuungskräfte, mit dem

Ablauf und der Organisation der Betreuung sowie mit dem Feedback der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen. Zudem wurden die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Projektumsetzung mit den übergeordneten Trägern reflektiert.

Die **Rekrutierung geeigneter Personen** für den Pool von 1,5 Betreuungskräften, die in den Schwerpunktstationen tätig werden sollten, war für die Leitungskräfte der ambulanten Dienste schwieriger als vermutet. Sie berichteten in den Interviews, dass nur ein kleinerer Teil der in der ambulanten Betreuung Beschäftigten sich für diese Tätigkeit interessierte. Deshalb mussten in beiden ambulanten Diensten teilweise neue Personen für das Projekt gesucht und eingestellt werden. Die Ursachen für die zurückhaltende Haltung der Betreuungskräfte seien vielfältig gewesen. *„Das ist auch eine Frage, was für ein Mensch man ist und welche Interessen man hat. Es sind ja nicht alle gleich orientiert.“* Folgende Aspekte wurden von den Betreuungskräfte in den Dienstgesprächen als weniger attraktiv geschildert:

- In der Häuslichkeit tätige Betreuungskräfte haben es meist mit demenzkranken Menschen zu tun, die sie bereits eine längere Zeit kennen. Im Krankenhaus stoßen sie hingegen auf unbekannte Personen und es gibt einen fast täglichen Wechsel der zu Betreuenden.
- Erschwerend kommt hinzu, dass in aller Regel wenige Informationen über diese Menschen vorliegen, die für die Betreuung relevant sein könnten.
- Zudem befinden sich die demenzkranken Krankenhauspatientinnen und -patienten anders als in der häuslichen gewohnten Umgebung in einem vulnerablen Zustand. Sie fühlen sich verunsichert, haben Ängste und sind körperlich in einem akutkranken Zustand, der bei der Betreuung berücksichtigt werden muss.
- Schließlich wird nicht alleine gearbeitet, sondern die Betreuungskräfte stoßen in einem Krankenhaus auf große interdisziplinäre Teams, mit denen sie sich absprechen und mit denen sie zusammenarbeiten müssen.

„Manche empfinden es als einen Statusgewinn, in einem Krankenhaus arbeiten zu können. Wiederum andere arbeiten lieber alleine in der Häuslichkeit. Dann müssen sie sich nicht in der Hierarchie hinter Ärzten, Pflegekräften und Pflegehilfskräften einordnen.“

Jenseits von Interessenlagen und beruflichen Orientierungen formulierten die Befragten bestimmte **Eignungskriterien** für Betreuungskräfte, um die komplexen Anforderungen im sektorenübergreifenden Ansatz erfüllen zu können. Es müsse sich in jedem Fall um gut ausgebildete Kräfte handeln, die über eine Sicherheit im Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen verfügen und problemlos auf Menschen zugehen können. *„Die*

dürfen keine Berührungsängste haben!“ „Selbstbewusst müssen die sein und nicht so zurückhaltend!“ Wichtig sei eine Routine, wie man einen Zugang zu Demenzkranken findet. Es wurde ergänzt, dass eine Vorerfahrung mit Gruppensituationen, wie sie z. B. in Pflegeheimen üblich sind, auch für den sektorenübergreifenden Einsatz von Vorteil sein könne. *„Man braucht Übung im Umgang mit Gruppen, das schafft mehr Professionalität in der stationären Situation. Denn dort hat man es mit mehreren Menschen gleichzeitig zu tun und mit verschiedenen Fallkonstellationen und man kann sich nicht auf einen Einzelnen fixieren.“*

Vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen wurden die Befragten aufgefordert, das im Rahmen der Machbarkeitsstudie konzipierte und durchgeführte Zusatzmodul Akutversorgung zu bewerten. Alle Interviewpartner, auch die Betreuungskräfte selbst, äußerten sich sehr positiv zu der durchgeführten Schulung. *„Die Schulung war notwendig, um Sicherheit zu vermitteln. Mit der Zeit kommt dann das Gefühl für diese spezielle Art der Betreuung im Krankenhaus, dann kommt die Praxis.“* Alle Qualifizierungsbedarfe seien mit der Schulung gut abgedeckt gewesen. *„Wichtig war, die Kräfte auf die ungewohnte Situation vorzubereiten und auch darauf, dass im Krankenhaus andere Bedarfe bestehen.“*

Auch mit der Einarbeitung war man zufrieden. Erst seien die Kräfte unsicher gewesen. *„Wie verhalte ich mich im Notfall? Was ist mit Hygiene? Aber schnell kam da eine Sicherheit.“* Zu manchen Bereichen bedurfte es im Rahmen der Einarbeitung noch zusätzlicher Hilfestellungen, z. B. zum hygienischen Umgang mit Schmuck. Insgesamt wurde eine weitere Nachschulung zu diesem Zeitpunkt von allen als nicht notwendig erachtet. Allerdings wurde aus den Schulungsmaterialien eine Mappe zusammengestellt, in der die Betreuungskräfte ggf. Informationen nachschlagen konnten. Ein Teil der Befragten sprach sich dafür aus, die Hospitation vor Beginn der Betreuung weiter auszubauen. *„Vielleicht hätte es gut getan, eine ganze Woche zu hospitieren, dann wäre die Arbeit für die Betreuungskräfte am Anfang nicht so angstbesetzt gewesen.“*

Im Hinblick auf **Ablauf und Organisation der Betreuung** bildeten sich in den unterschiedlichen Fachabteilungen Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus. Unabhängig von der Fachdisziplin sammelten die Betreuungskräfte die Erfahrung, dass eine Gruppenbetreuung eher am Vormittag genutzt wurde. Nach dem Mittagessen waren die demenzkranken Pflegebedürftigen häufig müde und wünschten mehrheitlich eine Einzelbetreuung im Zimmer. Viele hatten das Bedürfnis, nach dem Mittagessen eine Ruhephase im Bett zu verbringen. Schließlich handelte es sich um ältere und akutkranke Menschen.

Im Hinblick auf die Einsatzzeiten kam man an beiden Standorten überein, die Betreuungszeiten so zu legen, dass in der Mittagszeit eine geregelte **Übergabe** stattfinden

konnte. Dies betraf den Informationsaustausch zwischen den Betreuungskräften der Früh- und der Mittagsschicht sowie zwischen den Betreuungskräften und dem Krankenhauspersonal. Eine tägliche Übergabe wurde als bedeutsam eingeschätzt, um Gefährdungen der Demenzkranken auszuschließen. So konnte sich der Zustand täglich verändern und dadurch Einfluss auf die in der Betreuung zu vermeidenden Inhalte nehmen. Der Frühdienst begann um 9.30 Uhr mit einer Viertelstunde Informationsaustausch mit den Pflegekräften der Station und endete um 13.30 nach einer halben Stunde Übergabe zwischen den Betreuungskräften der Früh- und Mittagsschicht. Die Nachmittagschicht fand beginnend mit der Übergabe um 13.00 Uhr bis 17 Uhr statt. Zudem wurde zunächst an drei von vier Wochenenden am Samstagvormittag eine Betreuung mit vergleichbaren Inhalten sichergestellt (vgl. 3.5).

Durch die Prioritätensetzung auf den Informationsaustausch war die eigentlich wünschenswerte Begleitung bei Frühstück und Abendessen nicht leistbar. *„Wenn die Einsatzzeiten nachmittags eine halbe Stunde länger wären, wäre es ideal wegen der Begleitung beim Abendessen. Vielleicht findet man dafür noch eine Lösung, wenn mehr Erfahrungen vorliegen.“* Allerdings konnten die demenzkranken Pflegebedürftigen beim gemeinsamen Mittagessen in der Gruppe und beim Nachmittagskaffee unterstützt werden. Um das Gruppenangebot in guter Qualität durchführen zu können, war die Frühschicht mit jeweils zwei Kräften besetzt. Dies stellte sich aufgrund der Heterogenität der Gruppen als Vorteil heraus. Es gab darüber hinaus Situationen, in denen ein einzelner Demenzkranker erhöhte Aufmerksamkeit benötigte. *„Das wäre schwierig allein, wenn es einem Patienten plötzlich nicht gut geht. So kann sich einer darum kümmern und der andere um den Rest.“*

Das **Spektrum der Aktivitäten** war an beiden Standorten breit. *„Singen und Musikhören ist Standard. Es wird auch viel gebastelt. Die Patienten sind stolz auf das, was sie mit den eigenen Händen gebastelt haben. Manche legen sich die Sachen auf ihr Kissen und nehmen es mit nach Hause. Es wird auch gereimt, gespielt oder gepuzzelt.“* Anders als in der Betreuung im Heimbereich konnten sich Wochenpläne jedoch nicht durchsetzen. Die Bedürfnisse der ständig wechselnden Menschen mit Demenz seien zu unterschiedlich und die Gruppenzusammensetzung stets eine andere. Dann müsse flexibel auf den Anteil von Männern und Frauen sowie auf den jeweiligen Demenzgrad und den körperlichen Zustand der Beteiligten Rücksicht genommen werden. Eine hohe Bedeutung hatte die psychosoziale Begleitung. *„Eine Patientin hat geweint. Sie hatte Angst zu sterben. Später hat sie dann gelacht.“* Eine weitere Aufgabe bestand darin, den Menschen mit Demenz am Entlassungstag die Zeit zu vertreiben, wenn es zu Wartezeiten kam.

Vor allem bei den Toilettengängen und sonstigen Transfers entstanden **Schnittstellen zur Pflege**. *„Da war es wichtig, die Betreuungskräfte darin zu versichern, wo die Grenzen ihrer Tätigkeit liegen. Da sind die sensibilisiert und wir als Leitungskräfte achten darauf (...) Es herrscht Klarheit: die Betreuungskräfte sollen den Patienten dienen, nicht der Entlastung der Pflege.“* Die Erstellung von Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen und die dazu gehörige Schulung wirkten sich positiv aus. Die Betreuungskräfte fühlten sich gut orientiert, was ihre Aufgabenzuteilung anbelangte, auch wenn es ihnen manchmal schwerfiel, die Trennung aufrechtzuerhalten, wenn sie merkten, dass das Krankenhauspersonal gestresst war. *„Sie würden manchmal gerne helfen, aber sie dürfen es ja nicht.“*

Unterschiede entlang der Abteilungen stellten sich insbesondere in der Eingebundenheit der Betreuungskräfte und in der Haltung des Krankenhauspersonals dar. Während die Kräfte in der Inneren Abteilung des Fliedner Krankenhauses in Neunkirchen sehr schnell integriert und wertgeschätzt wurden, gestaltete sich der Probelauf in der Unfallchirurgie im Marienhausklinikum St. Elisabeth Saarlouis deutlich holpriger. Die Unfallchirurgie wurde erst kurz vor Projektbeginn zu einer Abteilung für Alterstraumatologie umfunktioniert. In der Abteilung waren demnach ältere Menschen mit einem erhöhten Pflegebedarf und mit Demenz überrepräsentiert, was zu einer höheren Personalbelastung führte. Die Atmosphäre in der Station war aufgrund der schweren Krankheitsbilder, die meist eine schnelle operative Versorgung benötigten, hektisch und angespannt. Für Menschen mit Demenz, die frisch operiert in der Regel mit Verbänden, Zugängen und/oder Kathetern ausgestattet waren, stellte sich die Situation unverständlich und beängstigend dar und es gab deutlich mehr Möglichkeiten als in konservativen Abteilungen, durch mangelnde Compliance den Behandlungserfolg zu gefährden.

Das Team war vergleichsweise neu zusammengestellt und musste sich noch finden. Zudem hatte nur ein Teil der Pflegekräfte die in der Einrichtung in regelmäßigen Abständen durchgeführten Demenzfortbildungen durchlaufen. Auch aus diesem Grund fehlte zunächst das Verständnis, warum der Einsatz von Betreuungskräften sinnvoll und die notwendige Zeit für die Organisation der Kooperation zwischen Krankenhaus und ambulanten Kräften gut investiert war. *„Hallo? Wir sind Unfallchirurgie. Und die bespaßen Demenzkranke!“*

Um das Projekt besser in Gang zu bringen, waren mehrere Gruppengespräche erforderlich, in die sich die wissenschaftliche Begleitforschung einbrachte. In einem ersten Termin wurde dem Stationspersonal das Projekt präsentiert und die Situation gemeinsam reflektiert. In einem zweiten Gespräch fanden sich Krankenhauspersonal und Betreuungskräfte sowie die Leitungskräfte von ambulantem Dienst und Krankenhaus zusammen, um entstandene Unstimmigkeiten zu besprechen und sich auf sinnvolle Abläufe zu

verständigen. Dabei wurde deutlich, dass die geplante Konzeption für eine unfallchirurgische Abteilung an verschiedenen Stellen angepasst werden musste. So konnten beispielsweise frisch operierte Personen nicht über mehrere Stunden an Gruppenangeboten teilnehmen, weil das lange Sitzen nach einer gewissen Zeit zu Schmerzen und Unbehagen führte. Folglich mussten die Gruppeneinheiten verkürzt werden und es musste eine engere Kooperation mit dem Pflegepersonal stattfinden, damit anfallende Transfers zwischen Gruppenraum und Patientenzimmer bei Bedarf zeitnah gewährleistet waren. Mehr Kommunikation war auch erforderlich, was die Auswahl betreuungsbedürftiger Menschen anbelangte ebenso darüber, mit welchen Einschränkungen die Aktivierung und Mobilisierung der Akutkranken erfolgen konnte.

In der Inneren Abteilung funktionierte der Einstieg in die Betreuung hingegen reibungslos. Die Übergabe und der Austausch über die demenzkranken Pflegebedürftigen funktionierte gut, die Pflegekräfte lobten viel und die Betreuungskräfte waren hoch zufrieden. *„Die Betreuungskräfte sind integriert, man trinkt einen Kaffee und spricht über die Patienten. Man hat eine soziale Ebene gefunden und man fühlt sich entlastet.“*

Die **Rückmeldung der Betreuten** war bereits im Probelauf durchweg positiv. Von Seiten der Projektbeteiligten wurde als Vorteil geschildert, dass der Tagesablauf der Betreuten nun strukturiert war, dass sie eine Aufgabe hatten und sich einbringen konnten. Auch Demenzkranke mit Hin- oder Weglauftendenzen blieben z. B. in der Gruppe sitzen, wenn dort interessante Aktivitäten stattfanden. Sie wurden zudem wahrgenommen und bestehende Ängste konnten abgebaut werden. *„Sonst ist es den Leuten im Krankenhaus langweilig. Bei uns ist was los. Wir singen und hören Musik. Wir lesen Zeitung und erzählen uns was.“* Auch die Rückmeldung der Menschen mit Demenz war durchgehend positiv. *„Bei Entlassung sagen die Patienten: ‚Ich komme wieder!‘ Die würden uns am liebsten mit nach Hause nehmen.“* *„Die Patienten kommen gerne zu uns. Sie fragen auch nach uns. Es ist wie eine kleine Familie.“* *„Das Ergebnis beflügelt. Die Demenzkranken lachen.“* Eine Pflegekraft berichtete von einer demenzkranken Frau, die die ganze Nacht geschrien hatte. Seit der Aktivierung durch die Betreuungskräfte habe sie nachts durchgeschlafen.

Eine besondere Aufmerksamkeit benötigten Demenzkranke in der Aufnahmephase. Durch die Umstellung auf die neue Umgebung und Situation waren sie verunsichert und unruhig. *„Die Patienten sind dankbar für die Zeit, die wir für die haben. Wir reden, sind da und halten die Hand.“*

Die sektorenübergreifende Betreuung führte teilweise zu Effekten, die auch in die Nachsorge nach Entlassung hineinreichten. Als Beispiel wurde ein Fall angeführt, in dem ein Demenzkranker zu Hause die Nahrungsaufnahme abgelehnte und nicht mehr sprach.

„Die Betreuungskräfte haben den Herrn täglich umsorgt und in das Betreuungsangebot mit einbezogen. Nach vier bis fünf Tagen hat sich sein Zustand gebessert, er hat ein wenig gegessen und wieder gesprochen. Auch hat er mit den Betreuungskräften gebastelt, gespielt und Musik gehört. Er war sehr froh und hat auch Küsschen verteilt. Die Tochter sagte, sie erkenne ihren Vater nicht wieder.“

Die Angehörigen waren von der Betreuung angenehm überrascht und fühlten sich entlastet. *„Sie können ihren Tagesablauf wie üblich gestalten mit der Gewissheit, dass der Patient wohl versorgt ist. Viele Angehörigen kommen daher erst ab 17.00 Uhr ganz entspannt zu Besuch.“* Viele Angehörige berichteten den Betreuungskräften, dass die Demenzkranken sich anders als gewohnt verhalten. Zu Hause zögen sie sich oftmals zurück und lehnten jegliche Aktivität ab. Durch die externe Betreuung fand demnach eine Aktivierung statt, die in den eigenen vier Wänden so nicht gelungen wäre.

Insbesondere die Interviews mit den Vertreterinnen und Vertretern der übergeordneten Träger brachten zudem Hinweise auf die **Rahmenbedingungen für die Projektumsetzung**. Die Befragten zeigten sich überrascht, dass für das eigentlich überschaubar komplexe Anliegen, eine bestehende Hilfeform in einer anderen Organisationsform zu implementieren, erheblicher Aufwand zu betreiben sei. Dieser Aufwand entstehe in erster Linie durch die Abschottung der Sektoren. *„Da herrscht Schubladendenken anstatt Patientenorientierung!“* Hürden für den Ansatz lägen in Fragen der Haltung und in verkrusteten Strukturen. Aber auch die übergeordneten Rahmenbedingungen seien ungünstig, wie eine enge Taktung von Abläufen und die allgegenwärtige Zeitknappheit in Akutkrankenhäusern. *„Das ist letztendlich ein Resultat der Einführung marktwirtschaftlicher Prinzipien im Gesundheitswesen.“*

Aufwendig sei im Rahmen der Machbarkeitsstudie gewesen, Rechtssicherheit für den sektorenübergreifenden Ansatz herzustellen. Hier stellten sich sowohl haftungsrechtliche als auch steuerrechtliche Anforderungen. Auch sinnvolle Arbeitsprozesse zwischen Institutionen und Personen mit unterschiedlichen beruflichen Orientierungen und Erfahrungen abzustimmen, erforderte viel Zeit. *„Das ist das Interessanteste am Projekt. Wie installiere ich in einem SBG-XI-freien Raum des Krankenhauses Betreuungsleistungen? Nur weil hier keine Durchlässigkeit möglich ist, muss man komplexe Überlegungen anstellen, wie man die Mitarbeiter abtrennt und ihre Aufgabenbereiche. Eigentlich müsste die Patientenorientierung der Maßstab sein. Durch das Projekt könnte angestoßen werden zu überlegen: braucht man diese strikte Trennung überhaupt?“* Diskutiert werden musste z. B. im Detail, welche Anforderungen an die Betreuungskräfte zu stellen waren und wie eine geeignete Zusatzqualifizierung strukturiert sein musste. Zudem war es

notwendig, durch Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen eine rechtssichere Abgrenzung zwischen Betreuung und Pflege herzustellen.

Eine weitere Anforderung lag aus Sicht der übergeordneten Träger in der Vorbereitung und Durchführung der beiden Teilstudien. Vor allem die Abstimmung mit den Krankenkassen als Kooperationspartner für die Kostenwirksamkeitsanalyse war zeitaufwendig. *„Es hat schon lange gedauert, überhaupt die Kontaktaufnahme anzubahnen und zu wissen, wer dort der richtige Ansprechpartner für den sektorenübergreifenden Ansatz ist. Und dann die vielen Termine zur Vorbereitung der Kooperationsvereinbarung.“*

Die Sinnhaftigkeit des sektorenübergreifenden Ansatzes wurde jedoch zum Zeitpunkt der Machbarkeitsstudie trotz des hohen Aufwands nicht in Zweifel gezogen. Im Gegenteil standen die übergeordneten Träger und alle Projektbeteiligten weiter hinter dem Anliegen, mit dem Projekt die Bedürfnisse von Demenzkranken in den Vordergrund zu rücken, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder im Krankenhaus betreut wurden.

Zweiter Interviewzyklus

Im Zentrum der ersten Interviews im Rahmen der Modell- und Evaluationsphase standen strukturelle und personelle Veränderungen an beiden Standorten, ihre Auswirkungen auf die Modellumsetzung sowie die Bemühungen der Projektbeteiligten, die jeweiligen Konzeptionen an die neuen Entwicklungen anzupassen. Die Ergebnisse werden in der Folge für jeden Standort getrennt dargestellt.

Die Modellabteilung des Fliedner Krankenhauses **Neunkirchen** zog Ende September 2018 in das neue Diakonieklinikum Neunkirchen um. Es handelte sich um ein bestehendes Gebäude in ehemals städtischer Trägerschaft, das von der Stiftung kreuznacher diakonie übernommen wurde. Die Klinik umfasste insgesamt zehn Fachabteilungen. Neben einer Inneren Abteilung, in die SEBKam verlegt wurde, gab es weitere Stationen mit einem hohen Anteil älterer Patientinnen und Patienten wie z. B. die Chirurgie und die Neurologie. Nach dem Umzug der Modellabteilung wurde das Fliedner Krankenhaus zu einem rein psychiatrischen Krankenhaus umgewandelt. Wie sich nach und nach herauskristallisierte, ergaben sich durch den Umzug erhebliche Nachteile:

- Verbunden mit dem Umzug war auch ein Wechsel der personellen Zuständigkeiten. Dies betraf zum einen den Pflegedirektor des Fliedner Krankenhauses, der nun für das Personal der Modellstation nicht mehr direkt weisungsbefugt war, sondern nur noch als Demenzbeauftragter des gesamten Trägers agieren konnte. Auch die Stationsleitung wechselte sowie Teile des Pflorgeteams, so dass ein Bruch in der Kontinuität der Umsetzung erfolgte.

- Es stellten sich zudem räumliche Probleme ein. Der erforderliche Gruppenraum lag etwas abseits auf der gegenüberliegenden Station, was bei den Demenzkranken zu Akzeptanzproblemen führte. So ängstigten sich diese z. B., dass Ärzte oder Angehörige sie nicht fänden, wenn sie nicht auf der Station oder in ihrem Zimmer waren. Zudem wurde der Raum zunächst vielfältig anders genutzt (Wasserbehälter und Aufenthaltsbereich für Patienten und Angehörige).
- Die Struktur der Station war different. Es waren tendenziell mehr körperlich Pflegebedürftige zu behandeln, es handelte sich um eine etwas größere Einheit mit 29 anstatt 22 Betten und die Versorgung fand vorwiegend in Dreibett- und nicht in Zweibettzimmern statt.
- Die Station war personell eng besetzt und es herrschte eine hektische und stressige Atmosphäre. Dadurch hatte das Personal wenig Zeit für die Zusammenarbeit mit den Betreuungskräften.
- Im Gegensatz zu den ursprünglichen Krankenhäusern des Trägers waren die ehemals städtischen Angestellten noch nicht für den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen geschult, so dass sie sich im Vergleich zu den Betreuungskräften unsicher im Umgang mit diesen Menschen fühlten.

In der Konsequenz waren die Betreuungskräfte nach dem Umzug zunächst frustriert, weil sich ihre Arbeitsbedingungen im Vergleich zu dem früheren Einsatzort verschlechtert hatten. Zudem mussten sie sich mit ihrem Tätigkeitsprofil wiederum aufs Neue profilieren. *„Am Anfang war das Problem, dass die Pflegekräfte nicht ausreichend über die Aufgabe der Betreuungskräfte informiert waren. Dann wurden Wünsche an sie herangetragen und wenn sie gesagt haben, das dürfen wir nicht, war die Stimmung schlecht.“* Zudem gab es Probleme, die Gruppenbetreuung am Vormittag durchzuführen. Zum einen war der Raum häufig anderweitig belegt. Zum anderen gelang es nicht, dass das belastete Personal mobilitätseingeschränkte Demenzkranke in einen Pflegestuhl mobilisierte, damit eine Gruppenbetreuung möglich wurde. Im Fließender Krankenhaus hatte diese Aufgabe eine Physiotherapeutin übernommen.

Ein Teil der Betreuungskräfte reagierte in dieser Umstellungsphase mit einem Rückzug. Die mangelnde Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und dadurch auch die fehlende Kontrolle der Arbeit wurden ausgenutzt, unerlaubte Pausen eingenommen sowie Arbeitszeiten nicht korrekt eingehalten. Nach einem Hinweis von Seiten des Krankenhauspersonals erfolgte Ende November 2018 ein unangekündigter Besuch der Sozialstation, der das Fehlverhalten belegte. Reagiert wurde mit verschiedenen Maßnahmen. In Mitarbeitergesprächen erfolgte eine Unterweisung zur Einhaltung der Arbeitszeiten, zu

Verhalten bei Krankheit sowie zum Führen des Stundennachweises. Auch arbeitsrechtliche Konsequenzen wurden gezogen.

Um die Zuverlässigkeit der Betreuung sicherzustellen, wurden zwischen Sozialstation und der Stationsleitung Formen der Zusammenarbeit vereinbart und es wurden unterstützende Instrumente wie ein neuer Tätigkeitsnachweis eingeführt, auf dem alle Betreuungen der jeweiligen Person mit Zeitangaben, Art der Tätigkeit sowie Reaktion des Betreuten auszufüllen waren. Um die Zusammenarbeit zwischen den Betreuungskräften und dem Pflegepersonal zu stärken, wurde zudem der morgendliche Dokumentationsbogen mit allen zu versorgenden Patienten um eine Spalte für die Betreuungskräfte ergänzt. Daraus konnten sie entnehmen, welcher Patient demenzkrank und wie dessen familiärer Hintergrund war, ob Schluckstörungen oder Nahrungskarenzen bestanden oder ob es Verhaltensprobleme gab. Zur Nachhaltigkeit wurden weiter regelmäßig unangekündigte Besuche der Sozialstation durchgeführt.

Die Ende 2018 ergriffenen Schritte schienen zu greifen: alle Beteiligten, die Betreuungskräfte sowie die Verantwortlichen der Sozialstation und des Krankenhauses bekräftigten, dass die Zusammenarbeit mittlerweile besser gelinge und dass die Stimmung sich verbessert habe. *„Es läuft aktuell ganz gut.“* *„Die Krankenschwestern sind nun nett und zufrieden. Auch die Ärzte. Ein Arzt kam in das Zimmer und als er mich gesehen hat, hat er seine Visite verschoben.“*

Auch die Arbeit mit den Demenzkranken laufe wieder erfolgreich, wie folgendes Fallbeispiel aufzeigt: *„Eine Frau wollte bei der Krankenschwester nicht essen. Wenn sie mit Essen kam, hat sie immer die Augen zugemacht und nicht reagiert. Wenn die Schwester rausging, hat sie mich immer angeguckt und gesagt: ‚Ich habe Hunger!‘ Ich habe dann die Schwester gerufen und es ging von vorne los. Nachher hat sie bei mir gegessen.“* Zudem berichteten die Betreuungskräfte, dass die Angehörigen so dankbar waren, dass sie oft Geschenke mitbrachten, die sie aber nicht annehmen konnten.

Am 5.2.2019 fand zur Reflexion eine Projektpräsentation auf der Modellstation statt, in der das Pflegepersonal berichtete, dass die Betreuung vorwiegend in den Zimmern stattfände, wodurch sich geistig Gesunde teilweise gestört fühlten. Es wurde der Wunsch geäußert, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass wieder mehr Gruppenangebote stattfinden konnten. Dadurch könne auch die Sichtbarkeit des Projektes im Krankenhaus gesteigert werden. *„Wenn erst mal mehr Gruppen angeboten werden können, ist das ganze Projekt auf der Station präsenter.“*

Auch wenn zu diesem Zeitpunkt einige positive Entwicklungen feststellbar waren, persistierten erhebliche Probleme. Deshalb fanden verschiedene Gespräche zwischen den

Verantwortlichen der Sozialstation und des Krankenhauses im Beisein der Begleitforschung statt, in denen Ideen generiert und Maßnahmen geplant wurden.

- **Gruppenraum:** Der allgemeine Aufenthaltsraum wurde am Vormittag für die Betreuungskräfte reserviert und konnte nun theoretisch genutzt werden. Auch ein abschließbarer Schrank für die Betreuungsmaterialien wurde angeschafft.
- **Mobilisierung der Pflegebedürftigen:** Um den Patiententransfer zum Gruppenraum zu gewährleisten, wurde geplant, die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie zu verstärken. Zudem sollten Überlegungen zu einer personellen Entlastung der Station sowie zu einer Veränderung der ausschließlichen Zuweisung von Bettlägerigen angestellt werden.
- **Demenzkompetenz:** Es wurde vereinbart, das Krankenhauspersonal zum Umgang mit Demenzkranken zu schulen. Für alle sollte es eine Basisschulung geben und darüber hinaus sollte jede Station einen aufwändiger ausgebildeten „Demenzkompetenzansprechpartner“ bekommen. Damit würde sich auch die gemeinsame Wissensbasis mit den Betreuungskräften verbessern.

Nach den getroffenen Vereinbarungen bestand zum Abschluss des Interviewzyklus die Hoffnung, dass SEBKam am neuen Standort Fuß fassen würde und die Probleme durch den Umzug reduziert werden könnten.

In **Saarlouis** waren zwar die Bedingungen auf der Modellstation bis zum Interviewzeitpunkt gleichgeblieben. Dafür gab es verschiedene personelle Wechsel, die zu verkraften waren. Die zu Beginn zuständige Pflegedienstleitung bei den Caritas Sozialstation Saar-Hochwald stieg im Frühjahr 2018 aus und die Verantwortlichkeit für das Projekt wechselte ab dem 1. Mai 2018 zu einer neuen Person. Im Januar 2019 beendete auch diese ihren Einsatz in SEBKam und wurde durch eine weitere Verantwortliche ersetzt.

Des Weiteren hatte es bereits vor dem Wechsel auf Leitungsebene eine Veränderung bei den Betreuungskräften der Caritas Sozialstationen gegeben. Eine der drei Kräfte wurde nach erheblichen Konflikten im Team und mit dem Krankenhauspersonal in die ambulante Tätigkeit zurückversetzt. Nach Aussagen aller Beteiligten waren für den Wechsel nicht Probleme in der Betreuungsarbeit mit den demenzkranken Pflegebedürftigen, sondern eine mangelnde Teamfähigkeit ausschlaggebend. Nach den Teamkonflikten führten die Leitungskräfte der ambulanten Dienste mit den verbleibenden Kräften Gespräche, in denen die jeweilige Umsetzung der Betreuungsarbeit thematisiert wurde und in denen die Betreuungskräfte ein Feedback zu ihrer Arbeitsweise erhielten. Basis der Gespräche bildeten die Ergebnisse der Begleitforschung sowie der Austausch mit dem Krankenhauspersonal. So hatte sich herausgestellt, dass zwischen den

Betreuungskräften Unstimmigkeiten über eine gute Praxis im Zugang auf und im Umgang mit den Demenzkranken herrschten. *„Im Krankenhaus kann man nicht immer Musik mit einem Instrument machen. Wand an Wand mit anderen Patienten. Das passt nicht immer.“* *„Zugang kann man über Nähe erzielen. Da sind Handmassagen gut. Das kann aber nicht jeder.“*

Die vorangehenden Zitate beschreiben verschiedene Wege, eine Betreuung bei Menschen mit Demenz anzubahnen, die man neu kennenlernt. Jede Betreuungskraft fand individuelle Wege, eine Beziehung aufzubauen. Allerdings entwickelten sich Konflikte darüber, was die geeigneteren Strategien seien. Diesen musste mit einer Steuerung durch die Leitung begegnet werden.

Am 1. November 2018 nahm eine neue Betreuungskraft die Arbeit im Projekt auf, die sich gut einpasste. *„Die personelle Änderung hat sich positiv ausgewirkt, die Stimmung ist ruhig, sie kommt gut an.“* Die Betreuten und Angehörigen waren zu diesem Zeitpunkt von der Betreuung insgesamt sehr angetan und fragten danach: *„Kann die Mama morgen nochmal zu Euch?“* oder *„Kann ich nochmal in den Sonnenraum⁴?“* Und auch die Rückmeldung vom Krankenhauspersonal war sehr positiv: *„Die kriegen die Patienten ruhig. Wie schaffen die das?“*

In einem Interview im Krankenhaus wurde die Entwicklung seit der Modellimplementierung wie folgt geschildert: *„Hauptproblem war am Anfang, dass die Betreuungskräfte nicht genau wussten, was sie dürfen. Und auch die Pflegekräfte waren nicht richtig informiert. (...) Die Haltung der Pflege war dann: wozu brauchen wir die, wenn die nichts dürfen? Jetzt merken wir: auch durch die Betreuung entstehen viele Vorteile. Die Patienten sind wacher, aufmerksamer und aktiver. Auch ihre Stimmung ist besser, sie lachen. Da waren viele Missverständnisse im Raum und beide Seiten haben dazu gelernt. Das Projekt läuft nun besser, viele Fragen sind beantwortet und es ist ruhiger geworden.“* Wie das Zitat verdeutlicht, hatte sich die Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal stark verbessert, das Projekt erreichte eine Durchdringung auf der Station und die Betreuungskräfte wurden mit ihren Kompetenzen akzeptiert und wertgeschätzt.

Leider erkrankte nach dem guten Einstieg die neue Betreuungskraft längerfristig. Die Sozialstation erhöhte daraufhin die Stelle einer der beiden anderen Kräfte auf Vollzeitniveau und ernannte diese zur Gruppenleitung. Damit sollte weiteren oder neuen Teamkonflikten über eine geeignete Arbeitsweise vorgebeugt werden. Mit der Benennung

⁴ Die Bezeichnung „Sonnenraum“ oder „Gelber Raum“ hat sich für die Gruppenbetreuung etabliert und entspricht der Farbgestaltung.

einer Leitungsfunktion innerhalb des Teams in Kombination mit geführten Personalgesprächen reagierte die Sozialstation professionell auf die Hinweise der Begleitforschung.

Die Begleitforschung nahm in der Umbruchphase an beiden Standorten eine wichtige Rolle ein, indem sie die verschiedenen Sichtweisen auf die jeweils aktuellen Entwicklungen im Sinne einer Problemanalyse bündelte und strukturierte. Dadurch bestand eine fundierte Grundlage, um lösungsorientierte Maßnahmen zu entwickeln, die eine erfolgreiche, wenn auch verzögerte Weiterarbeit an den Projektzielen ermöglichten. Zusammenfassend lässt sich für diese Phase feststellen, dass die Rahmenbedingungen in Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitswesens durch externe Faktoren wie dem Druck auf Wirtschaftlichkeit oder dem Pflegenotstand einen ständigen Wandel unterworfen sind, der für Projekte Anpassungsprozesse erforderlich macht. Diesen kann besser begegnet werden, wenn eine Prozessbegleitung sichergestellt werden kann.

Dritter Interviewzyklus

Die Interviews im dritten Zyklus wurden in einer Phase durchgeführt, in der bereits viele Erfahrungen mit der Betreuung vorlagen, auch wenn sich immer wieder neue Entwicklungen ergaben. Die Projektbeteiligten konnten ein Resümee zu den Erfolgskriterien sowie zu hemmenden Bedingungen von SEBKam ziehen. Zudem standen Fragen im Zentrum, die sich um einen Transfer der modellhaften Ansätze drehten. Da sich die Umsetzung an beiden Standorten unterschiedlich entwickelt hat, werden die Ergebnisse wieder getrennt dargelegt.

Die Gespräche in **Neunkirchen** waren allesamt von der Tatsache geprägt, dass das Projekt vier Monate vor Projektende ein zweites Mal umziehen musste. Begründet wurde dieser Schritt vom Diakonieklinikum mit dem Inkrafttreten der Personaluntergrenzen. In anderen Stationen drohte man unter die Schwelle des Mindestpersonals zu geraten und so wurde die Modellstation aufgelöst und das Personal in den unterbesetzten anderen Stationen aufgeteilt. Diese Entscheidung hatte erneut erhebliche Auswirkungen auf die Arbeit der Betreuungskräfte:

- Nur wenige Pflegekräfte aus der ursprünglichen Station zogen mit um, so dass das Konzept SEBKam mehrheitlich nicht bekannt war. Auch die Stationsleitung wechselte, so dass auf allen Ebenen gewohnte Ansprechpartner und Arbeitsroutinen wegbrachen. *„Es ist jetzt schwierig, weil die Krankenschwestern das Konzept nicht kennen, die Betreuungskräfte nicht kennen und auch die Aufgaben unbekannt sind.“*
- Dadurch tauchten wieder alt bekannte Probleme auf, die die Betreuungskräfte für erledigt gehalten hatten. Zu nennen ist hier z. B. das Unverständnis über den Sinn einer Betreuung im Akutkrankenhaus oder die Abgrenzungsprobleme zwischen

Pflege und Betreuung. *„Der Workshop hat geholfen, danach war Ruhe. Jetzt geht es wieder los, dass uns die Pflegekräfte danach fragen.“*

- Weiterhin gelang es nicht, die Kooperation zwischen Pflegekräften und Betreuungskräften am alten Stand zu orientieren. Die eingeführte Liste, anhand derer die Betreuungskräfte morgens eine Orientierung über die zu betreuenden Demenzkranken erhielten, wurde nicht mehr geführt und die Bereitschaft für einen mündlichen Austausch war wenig ausgeprägt. *„Das tut mir leid, wenn ich sehe, dass die Betreuungskräfte morgens ganz verloren auf der Station stehen und niemand ihnen sagt, was sie tun sollen.“*
- Insgesamt ergaben sich weitere Verschlechterungen in den Umsetzungsbedingungen. Vereinzelt Gruppenbetreuungen oder der Austausch über die Patienten konnten nur in einer kleinen Nische vorgenommen werden, an der viel Publikumsverkehr herrschte. Damit war viel Unruhe verbunden und der Datenschutz nicht gewährleistet. Zudem handelte es sich nun mit 43 Patienten um eine noch größere Einheit als zuvor, in der aufgrund der Involvierung verschiedener Fachdisziplinen eine ausgeprägte Hektik herrschte. *„Auf der Station herrscht eine extreme Unruhe. Da es eine Mischstation ist, sind manchmal zwei bis drei Ärzte gleichzeitig beim Patienten.“*

Die Sozialstation monierte, dass die Vereinbarung mit dem Krankenhauspersonal, den Arbeitseinsatz der Betreuungskräfte täglich zu kontrollieren und zu attestieren nach dem zweiten Umzug nicht mehr eingehalten wurde. *„Da ist ja null Kontrolle mehr. Niemand fühlt sich zuständig zu schauen, ob die Betreuungskräfte zum Dienst erschienen sind oder ob sie ihre Arbeitszeiten einhalten. Die Stimmung auf der Station ist so miserabel, dass sich die Pflegekräfte nicht aufrufen können, eine Verantwortung für den Arbeitseinsatz der Betreuungskräfte zu übernehmen.“* Damit hat sich auch die Kommunikation zwischen Sozialstation und Stationsleitung weiter verschlechtert, die bereits nach dem ersten Umzug auf ein Mindestmaß reduziert war.

Bei den Betreuungskräften gab es nach langer Kontinuität in Neunkirchen einen personellen Wechsel. Angesichts der befristeten Arbeitsverträge begann eine der drei Kräfte eine Ausbildung zur Pflegeassistentin. Der von der Sozialstation besorgte Ersatz schied bereits vor Ablauf der Modellzeit auf eigenen Wunsch aus dem Projekt aus.

Unabhängig von den geschilderten Unwägbarkeiten war die Bewertung durch die Nutzer der Betreuung ungebrochen positiv. *„Mehrere Patienten hatten den Wunsch, dass wir sie zu Hause weiter besuchen oder im Heim. Einer wollte im Krankenhaus bei uns bleiben.“* Aus den Schilderungen wurde zudem deutlich, dass die Qualität der Versorgung durch den Einsatz der Betreuungskräfte gesteigert werden konnte. So bauten die

Betreuungskräfte ein Vertrauensverhältnis zu den Demenzkranken auf, weil sie personenzentriert arbeiteten, viel Empathie mitbrachten und mehr Zeit für den Einzelnen hatten. Dadurch berichteten die Menschen mit Demenz mehr über ihr Befinden, als sie dem Krankenhauspersonal gegenüber äußerten. *„Die Patienten reden oft nicht mit dem Arzt oder der Pflegekraft, weil sie Angst vor denen haben. Sie sagen mir z. B., dass sie Hunger haben oder Schmerzen oder dass sie zur Toilette müssen.“* *„Ich kann den Schwestern sagen, dass jemand versucht aufzustehen, obwohl es für ihn gefährlich ist oder dass die Windel schon voll ist.“* Die Betreuungskräfte konnten diese Informationen weitergeben und damit für mehr Wohlbefinden und Sicherheit sorgen.

Der zuständige Demenzbeauftragte aus der Pflegedirektion der kreuznacher diakonie bedauerte ebenso den zweiten Umzug des Projektes und beklagte seinerseits Kommunikationsprobleme mit dem neuen Haus. Es sei nicht gelungen die Hintergründe und die Vorteile des Projekts ausreichend zu verdeutlichen. *„Die zuständige Stationsleitung muss für so ein Projekt brennen, ansonsten können auch die Mitarbeiter nicht gewonnen werden.“* Die ehemals städtischen Mitarbeiter seien auf die Diakonie nicht gut zu sprechen, weil im Rahmen der Übernahme Vergünstigungen gestrichen wurden. Im Hinblick auf den Transfer von SEBKam sah er am jetzigen Standort nur nach Umbaumaßnahmen, nach Neubesetzungen von Leitungsfunktionen sowie nach Schulungen des Personals einen fruchtbaren Boden für die Installierung einer Betreuung. Über diese Planungen fanden bereits Gespräche auf der Ebene der Direktion statt. Auf der anderen Seite wurden bereits Vorkehrungen getroffen, die Betreuung am ersten Standort des Fliedner Krankenhaus in der Abteilung für Gerontopsychiatrie weiterzuführen. Hier sollen auch die Ehrenamtlichen, die für SEBKam gewonnen wurden, weiter beschäftigt werden.

Eine völlig andere Entwicklung hat sich am Standort **Saarlouis** ergeben. Als größter Erfolg des Projekts wurde von den meisten Befragten beschrieben, dass sich ein gutes Miteinander zwischen den Betreuungskräften und dem Krankenhauspersonal entwickelt hat. Dies ist auch deshalb beachtlich, weil die Kräfte der unfallchirurgischen Abteilung in der ersten Projekthälfte erhebliche Probleme mit dem Projektansatz formuliert hatten. *„Die größte Veränderung ist die enorme Akzeptanzsteigerung beim Krankenhauspersonal. Die warten morgens schon auf die Betreuungskräfte und wollen nicht mehr ohne sie sein.“* Auch die Betreuungskräfte formulierten in den Interviews keine Probleme mehr in der Zusammenarbeit. Dies wurde zum einen darauf zurückgeführt, dass die Pflegekräfte mittlerweile den Sinn der Betreuung und deren Vorteile für die Demenzkranken und für das eigene Arbeiten nachvollziehen konnten. Auch negative Gefühle von Missgunst konnten reduziert werden: Die Pflegekräfte empfanden es zuvor teilweise als frustrierend zu beobachten, dass die Betreuungskräfte mehr Zeit und Möglichkeiten für eine patientenzentrierte Beziehungspflege hatten als sie selbst. *„Man muss auch die*

Hintergründe sehen, damit man auf die Leute empathisch zugehen kann. Die Schwestern, die hier sehr unter Stress stehen, haben dann gesehen, dass die Betreuungskräfte mit ein paar Patienten im Raum sitzen und eine gute Stimmung herrscht. Da kommt schon mal Neid auf. Aber das sind alles Dinge, die sich ganz gut abgebaut haben.“

Damit sich die Zusammenarbeit verbessern konnte, mussten auch die Betreuungskräfte an sich arbeiten. Sie mussten lernen, die Arbeitslogik im Krankenhaus und die Abläufe zu verstehen und nicht die eigenen Anliegen stets in den Vordergrund zu rücken. *„Man muss schauen, ob es gerade passt, damit man die Pflegekräfte nicht bei wichtigen Dingen stört (...) Früher ist man da so reingeplatzt und das ist wohl einfach keine gute Idee.“* Eine Grundlage dafür ist in der Tatsache zu sehen, dass die Betreuungskräfte mehr Sicherheit gewannen, selbständig zu arbeiten, ohne sich stets bei den Pflegekräften mit Rückfragen abzusichern. Wenn morgens bei Dienstbeginn z. B. zunächst keine Zeit war, sich über die Demenzkranken auszutauschen, konnte die Betreuung dennoch beginnen. *„Es ist ja möglich, ohne Information von den Schwestern, etwas zu tun. Man kennt ja einige Patienten schon vom Tag vorher. Oder man geht erstmal insgesamt durch die Zimmer, stellt sich vor und dann sieht man, wo Bedarf ist. Wenn ich sage: ‚Ich komme vom Caritas-Besuchsdienst‘, dann sind die Leute positiv gestimmt.“*

Die Zusammenarbeit spielte sich nach anfänglichen Problemen demnach gut ein. Die früher geführten Listen über die Patienten mit Betreuungsbedarf wurden zurückgestellt und man verständigte sich darauf, sich lieber mündlich über den aktuellen Stand bei den zu Betreuenden auszutauschen. Besprochen wurde, wer aus Sicht der Pflegekräfte betreut werden sollte und welche Besonderheiten es bei den einzelnen Menschen gab. Denn die schriftliche Liste stellte sich nicht immer als wirklich tagesaktuell heraus. *„Auf die Liste konnte man sich nicht wirklich verlassen. Wenn z. B. Veränderungen wie Schluckstörungen neu aufgetreten sind, stand das da manchmal noch nicht drin.“* Die Eigeninitiative der Betreuungskräfte, durch die Zimmer zu gehen und mit den Patienten ins Gespräch zu kommen, hatte den Vorteil, dass auch unauffälligere Formen von Demenz „dem geübten Auge“ auffielen, die in der Liste wahrscheinlich nicht aufgetaucht wären.

Neben der Zusammenarbeit mit den Pflegekräften ergab sich auch eine regelmäßige Kooperation mit den Physiotherapeuten, wenn diese gleichzeitig bei Menschen mit Betreuungsbedarf tätig waren. Auch die Pflegekräfte waren nun stärker in die Mobilisierung eingebunden. Zudem wurden einmal in der Woche Angebote der Krankenhaus-Seelsorge fest in das Programm der Gruppe integriert. Dabei ging es neben Gesprächen im Wesentlichen um das gemeinsame Beten und Singen religiöser Lieder. Bei den Seelsorgern entwickelten sich durch die Begegnungen mit den Demenzkranken neue Einsichten. *„Wir*

haben erlebt und erfahren (...) unsere Hilflosigkeit im Umgang mit Patienten, die nicht oder unlogisch und unverständlich kommunizierten.“ Um mehr Sicherheit im Umgang mit Demenz zu erhalten, wurden für die Seelsorger Schulungen durchgeführt. Die Seelsorger betonten, dass erst durch die gute Atmosphäre und vertraute Beziehung, die die Betreuungskräfte mit den Menschen mit Demenz aufgebaut hatten, eine seelsorgerische Begleitung ermöglicht wurde.

Die Betreuungszeiten wurden im Vergleich zum Projektbeginn etwas verändert und lagen nun von 9:30 bis 17:30 Uhr. Damit konnte bei einzelnen Demenzkranken eine Unterstützung beim Abendessen gewährleistet werden. Der Spielraum hatte sich dadurch ergeben, dass keine Übergabe mehr zwischen Pflege- und Betreuungskräften stattfand, was sich als unrealistisch herausstellte. Die Übergabe umfasste in der Mehrzahl Informationen, die für die Betreuungskräfte nicht relevant waren. So war es für alle Seiten effektiver, auf den mündlichen Austausch zu setzen.

Die Betreuungskräfte zogen eine positive Bilanz des Projekts. *„Ich bin da, um die Menschen aufzufangen und ihnen Geborgenheit zu geben. Manchmal stürmen vier bis fünf Personen in weißen Kitteln in die Zimmer. Die Menschen sind dann völlig verloren und verängstigt im Apparat Krankenhaus. Ich reagiere auf diese Gefühle und versuche, den Stress rauszunehmen.“* Zudem formulierten alle Interviewpartner den Eindruck, dass durch die Betreuung unerwünschte Vorkommnisse deutlich zurückgingen. Die Patienten hätten u. a. mehr Orientierung, seien ruhiger und versuchten nicht so häufig, sich zu entfernen. Diese Eindrücke bestätigten sich in der Teilstudie zur Patientensicherheit (vgl. 2.3).

Im Hinblick auf die Eignung zur Betreuungsarbeit in einem Krankenhaus benötige man besondere menschliche Kompetenzen wie Durchhaltevermögen und innere Ruhe. *„Man muss auch aushalten können, dass manches nicht perfekt läuft und dass der Beruf manchmal nicht so wertgeschätzt wird.“* Für eine reibungslose Arbeit mit den Betreuten sei neben einer soliden Ausbildung wichtig, dass man bereits Berufserfahrung mitbringe und möglichst schon mit Gruppen gearbeitet habe. Im Hinblick auf komplexe psychiatrische Bedarfslagen wünschten sich die Betreuungskräfte die Möglichkeit, eines professionell gestützten Austauschs.

Von Seiten der Sozialstation wurde eingeräumt, die Anforderungen an die Betreuungskräfte im Akutkrankenhaus unterschätzt zu haben. Es habe eine Reihe personeller Wechsel gegeben, weil es für manche der Kräfte doch nicht die richtige Aufgabe gewesen sei. Die Persönlichkeit müsse stimmen, man müsse ein sehr offener, empathischer und kontaktfreudiger Mensch sein und ein Teamplayer. Die personellen Wechsel auf der Leitungsebene der Sozialstation wurden ebenso als ungünstig empfunden. Diese hätten

sich auch auf die Zusammenarbeit mit den Führungskräften im Krankenhaus hinderlich ausgewirkt.

Von Seiten der Pflegeverantwortlichen des Krankenhauses wurde neben der gewachsenen Kooperation insbesondere der Rückgang der unerwünschten Vorkommnisse als großer Projekterfolg bewertet. Letztlich gaben diese Ergebnisse den Ausschlag für die Entscheidung, die Betreuung auch nach Modellende trotz prekärer Finanzlage weiterzuführen. Denn vor dem Hintergrund des Personalmangels in der Pflege sei es ein wichtiger Ansatz, Vorkommnisse präventiv zu verhindern, die ansonsten kostbare Zeit der Pflegekräfte binden. *„Zum Beispiel, wenn sich jemand immer wieder auszieht und wieder neu angezogen werden muss. Auch wenn die Patienten ständig rufen, kostet das Zeit, weil man ja da auch hingehen muss. Es kostet auch Zeit, wenn jemand sich den Inkontinenzslip auszieht und das Bett frisch bezogen werden muss.“*

Die Ergebnisse der letzten Interviewrunde verdeutlichten auf der einen Seite, dass die Installierung einer Betreuung im Akutkrankenhaus kein Selbstläufer ist. Krankenhäuser, die sich auf diese neue Aufgabe einlassen, müssen bereits in vielfältiger Weise demenzsensibel eingestellt und bereit sein, die erforderlichen Strukturen und Prozesse verlässlich aufzubauen. Ist dies nicht der Fall, so wie nach dem Umzug des Projekts in Neunkirchen, kommt es zu vielen Reibungsverlusten und die Betreuung kann nur in eingeschränktem Maße eine Wirkung entfalten. Sind die Bedingungen aber günstig, kann sich nach einer Implementationsphase ein gutes und wertschätzendes Miteinander mit hohen Gewinnen für die Menschen mit Demenz herausbilden.

Die Auswertung der Interviews hat sich in diesem Kapitel darauf beschränkt darzustellen, wie die Implementationsphase bewältigt wurde, welche nicht absehbaren Umbrüche es an beiden Modellstandorten gab und wie die Modellbeteiligten darauf reagierten und wie die Projekte sich gegen Ende der Laufzeit entwickelten. Weitere Ergebnisse, die sich mit der gewohnten Betreuung oder mit dem Einsatz der Betreuungskräfte in den Modellstationen befassen, fließen in das Kapitel 3 zum Praxisverlauf ein.

2.5.3 Datenerfassung zu Art und Inhalt der Betreuung

Seit Februar 2018 füllen die Betreuungskräfte in den Schwerpunktstationen und seit April 2018 auch die gewohnten Betreuungskräfte für jeden betreuten Menschen mit Demenz ein Erfassungsblatt aus, aus dem einige Grunddaten zu Art und Inhalt der Betreuung hervorgehen. Die Auswertung erfolgte zu fünf Stichtagen, was es ermöglicht, Entwicklungen im Zeitverlauf zu erkennen. Bis zum 16. Mai 2018 gingen die ersten 59 Fälle ein. Am 15. Oktober 2018 basierte die Auswertung bereits auf 231 Fällen, zum 18. März 2019 auf 408 Fällen, darunter fünf gewohnte Betreuungen, zum 15. Oktober 2019 auf 605 Fällen, darunter 13 gewohnte Betreuungen und zum 2. Januar 2020 auf 819 Fällen,

darunter 14⁵ gewohnte Betreuungen. Von den 805 Fällen, die in den Modellstationen betreut wurden, waren 354 aus Saarlouis und 451 aus Neunkirchen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auf der Unfallchirurgie in Saarlouis weniger Fälle betreut wurden, weil die Patientinnen und Patienten dort aufgrund von Operationen durchschnittlich länger im Krankenhaus verblieben und dadurch längere Betreuungszeiträume entstanden sind. Während in Saarlouis fünf gewohnte Betreuungen durchgeführt wurden, waren es in Neunkirchen neun. Für die Gesamtauswertung wurden auch diejenigen Fälle mit berechnet, die zum Zeitpunkt der Betreuung noch nicht das 65. Lebensjahr erreicht hatten. Es handelt sich um insgesamt zwanzig von 819 Fällen, also rund 2 % der Gesamtgruppe.

	Alle Betreuungen	Betreuungen in Modellstationen	Gewohnte Betreuungen
Neunkirchen	460	451	9
Saarlouis	359	354	5
Gesamt	819	805	14

Tabelle 17: Übersicht zur Betreuung

Bei den betreuten Pflegebedürftigen in den Modellstationen handelte es sich mit 68,1 % überwiegend um Frauen und auch bei den gewohnten Betreuungen kamen mehr Frauen zum Zuge (zwei Männer, zwölf Frauen). Das Durchschnittsalter der Betreuten in den Modellstationen betrug 83,9 Jahre und lag bei den gewohnten Betreuungen leicht über diesem Durchschnitt (84,1). Personen mit Migrationshintergrund wurden nur in Ausnahmefällen betreut (3,5 %). Dies lag vielleicht daran, dass bei diesem Personenkreis eine Demenz nur eingeschränkt erkannt wird.

	Stichtag 1 (N=59)	Stichtag 2 (N=231)	Stichtag 3 (N=408)	Stichtag 4 (N=605)	Stichtag 5 (N=819)
Einzelbetreuung	69,5 %	73,6 %	86,8 %	84,1 %	77,7 %
Gruppenbetreuung	52,4 %	46,3 %	42,5 %	37,0 %	29,7 %
Kontakt zu Angehörigen	33,9 %	40,3 %	43,5 %	42,3 %	42,4 %
Begleitung zu Untersuchungen/Behandlungen	1,7 %	2,6 %	2,7 %	3,3 %	3,4 %

Tabelle 18: Art der Betreuung (Mehrfachnennungen möglich)

Während zu Beginn des Projektes noch über die Hälfte der Demenzkranken die Gruppenbetreuung nutzte, hat sich dieser Anteil sukzessive auf rund 30 % reduziert. Dies lag

⁵ Insgesamt wurden 16 gewohnte Betreuungen durchgeführt. Zwei Fälle konnten nicht mehr erfasst werden, weil sie nach der Auswertungsphase stattfanden.

an einem zeitweise erhöhten Krankenstand bei den Betreuungskräften in Saarlouis, der die erforderliche doppelte Besetzung der jeweiligen Schicht verhinderte. Zum anderen erfolgte in Neunkirchen ein Umzug des Projektes an einen anderen Standort mit der Folge, dass zunächst kein geeigneter Raum zur Verfügung stand. Mittlerweile ist zwar ein Raum eingerichtet worden, allerdings wurden auf der Station viele körperlich Pflegebedürftige versorgt, die nur schwerlich an Gruppenangeboten teilnehmen konnten. So erhielten dort von den betreuten Personen zum fünften Stichtag nur noch rund 20 % eine Gruppenbetreuung, während dieser Anteil in Saarlouis wieder auf rund 43 % anstieg.

Der Anteil an Personen, die eine Einzelbetreuung erhielten, lag zuletzt bei rund 78 %. Wenn eine Gruppenbetreuung durchgeführt wurde, war dies nur am Vormittag sinnvoll. Nach dem Mittagessen bevorzugten die Menschen mit Demenz eine Betreuung im Zimmer. Wenn eine Einzelbetreuung ausdrücklich gewünscht wurde, waren meistens körperliche Einschränkungen ausschlaggebend (75,2 % der Angaben). In rund 17 % der Fälle wurde angegeben, dass die Gruppenbetreuung aus organisatorischen bzw. räumlichen Gründen nicht möglich war.

Eine Begleitung zu Untersuchungen oder Behandlungen ist von Beginn an selten in Anspruch genommen worden. Diese Tätigkeiten werden vom Krankenhauspersonal übernommen, damit die Betreuungskräfte sich ihrer Kernarbeit ungestört widmen können. Der Kontakt zu Angehörigen hat sich hingegen kontinuierlich verstärkt: In rund 42 % der Fälle hatte die Betreuungskraft auch Kontakt zu den Angehörigen und übernimmt damit eine wichtige Aufgabe im sektorenübergreifenden Setting.

Mit 83,2 % wurde die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen mit Demenz am Vor- und Nachmittag betreut (ohne Tabelle). Etwa jeder Zehnte erhielt die Betreuung nur vormittags. Wenn eine Betreuung nur am Nachmittag stattfand, handelte es sich häufig um gewohnte Betreuungen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich der Anteil derjenigen Personen, die zweimal am Tag betreut wurden, seit der ersten Erfassung um fast 25 % erhöht hat. Das spricht dafür, dass sich die Betreuungsleistung im Krankenhausalltag der Menschen mit Demenz zunehmend etabliert hat.

	Alle Betreuungen	Betreuungen in Modellstationen	Gewohnte Betreuungen
Einzelbetreuung	77,7 %	77,3 %	100,0 %
Gruppenbetreuung	29,7 %	30,2 %	0,0 %
Kontakt zu Angehörigen	42,4 %	42,6 %	28,6 %
Begleitung zu Untersuchungen/Behandlungen	3,4 %	3,4 %	7,1 %

Tabelle 19: Art der Betreuung nach Betreuungsform (Mehrfachnennungen möglich)

Vergleicht man die Art der Betreuung nach Betreuungsform sticht zunächst ins Auge, dass nur Pflegebedürftige in den Modellstationen auch Gruppenangebote wahrnehmen konnten, während die gewohnte Betreuung ausschließlich in Einzelform durchgeführt wurde. Kontakte zu den Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts waren in den Modellstationen mit rund 43% häufiger als in der gewohnten Betreuung (28,6%). In der gewohnten Betreuung legten die Angehörigen mehr Wert darauf, dass die Demenzkranken einen zusätzlichen Besuch erhielten als dass ein Austausch mit der Betreuungskraft erfolgen konnte. Eine Begleitung zu Untersuchungen oder Behandlungen fand insgesamt selten statt.

	Stichtag 1 (N=59)	Stichtag 2 (N=231)	Stichtag 3 (N=415)	Stichtag 4 (N=605)	Stichtag 5 (N=819)
Gespräche	100,0 %	99,1 %	98,8 %	98,4 %	98,2 %
Anleitung zum Trinken	88,1 %	75,8 %	76,9 %	78,8 %	77,1 %
Vorlesen, Spielen Basteln etc.	57,6 %	56,3 %	56,5 %	54,6 %	56,8 %
Singen und Musikhören	52,4 %	53,2 %	52,5 %	50,6 %	52,4 %
Unterstützung bei den Mahlzeiten	45,8 %	49,8 %	56,2 %	58,5 %	58,2 %
Körperliche Aktivierung	27,1 %	41,6 %	40,8 %	40,2 %	38,5 %

Tabelle 20: Inhalt der Betreuung

Seit Beginn der Erfassung waren die Gespräche mit den Demenzkranken die häufigste Betreuungsleistung. Die Anleitung zum Trinken stellte sich als zweitwichtigste Leistung heraus, wobei sich der Anteil dieser Personen auf etwa drei Viertel einpendelte. Unterstützung bei den Mahlzeiten benötigten über die Hälfte der Demenzkranken. Im Modellverlauf erhöhte sich dieser Anteil in geringem Maße. Der leichte Anstieg kann wahrscheinlich auf den mittlerweile höheren Anteil an Personen mit körperlichem Pflegebedarf in Neunkirchen zurückgeführt werden. Fast ähnlich ausgeprägt waren mit jeweils über 50 % der Betreuten Aktivitäten in den Bereichen „Vorlesen, Spielen und Basteln“ sowie „Singen und Musikhören“. Im Vergleich zum Beginn des Projekts stieg die Zahl derjenigen, die im Rahmen der Betreuung körperlich aktiviert wurden, auf rund 40 %. Dabei kam den Demenzkranken zugute, dass die Physiotherapeuten ihre Aktivierungsangebote teilweise im Gruppenraum durchführten, wenn sich die Demenzkranken in dieser Zeit dort aufhielten und dass über diesen Kontakt auch die Betreuungskräfte nun stärker auf Mobilisierung achteten.

Die Betreuungskräfte nutzten intensiv die Kategorie „Sonstiges“ beim Ausfüllen des Bogens. Die Auswertung dokumentiert, dass gerade in der Einzelbetreuung sehr individuell auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz eingegangen wurde. Genannt wurden z. B. die Aromatherapie, ein Körperkontakt durch Handhalten, Eincremen oder Handmassagen, Spaziergänge, Gebete oder die Hilfe beim Telefonieren mit Angehörigen. Innerhalb der Antworten zu „Sonstiges“ wurde auch betont, dass sogar Pflegebedürftige in ihrem Pflegebett im Gruppenraum mit betreut wurden.

	Alle Betreuungen	Betreuungen in Modellstationen	Gewohnte Betreuungen
Gespräche	98,2 %	98,1 %	100,0 %
Anleitung zum Trinken	77,1 %	77,3 %	64,3 %
Vorlesen, Spielen, Basteln etc.	56,8 %	57,7 %	7,1 %
Singen und Musikhören	52,4 %	53,3 %	0,0 %
Unterstützung bei den Mahlzeiten	58,2 %	58,9 %	21,4 %
Körperliche Aktivierung	38,5 %	39,0 %	7,1 %

Tabelle 21: Inhalt der Betreuung nach Betreuungsform (Mehrfachnennungen möglich)

Die Bedeutung von Gesprächen war unabhängig von der Betreuungsform die wichtigste Leistung. Bei den gewohnten Betreuungen standen vor allem die Kommunikation mit dem Demenzkranken und die Anleitung zum Trinken im Vordergrund. Aus den Interviews ist bekannt, dass auch kleinere Spaziergänge mit und ohne Rollstuhl unternommen wurden. Wenn Bedarf bestand, unterstützte die gewohnte Betreuungskraft auch bei der Einnahme der Mahlzeiten. Zum Zeitvertreib wurde zudem ab und zu gespielt oder vorgelesen.

Insgesamt kann man festhalten, dass der Wert der gewohnten Betreuung eher in der Vertrautheit der Betreuungsperson lag und diejenigen Tätigkeiten im Vordergrund standen, die auch ein Angehöriger durchführen würde. Man vertrieb sich gemeinsam die Zeit und unterstützte den Pflegebedürftigen in Angelegenheiten, bei denen er Hilfe benötigte. Der Vorteil der Betreuung in den Modellabteilungen bestand neben diesen Aufgaben in einer stärkeren Aktivierung, die über das gewohnte Maß hinausging, etwa im körperlichen und/oder musikalischen Bereich oder im Rahmen eines Gruppenerlebnisses.

2.5.4 Kostenanalyse

Im Modellvorhaben SEBKam war auch eine Betrachtung der Kosten vorgesehen, um einschätzen zu können, ob die (erwarteten) positiven Effekte des sektorenübergreifenden Einsatzes von Betreuungskräften die Kosten rechtfertigen. Im Hinblick auf einen möglichen Transfer wurde ermittelt, welche Kosten der sektorenübergreifende Einsatz von

Betreuungskräften bei den Leistungserbringern zusätzlich verursachte, um einzuschätzen, was die Maßnahme im Regelbetrieb kosten würde. Dafür mussten die Kosten zunächst identifiziert, dann quantifiziert und schließlich monetär bewertet werden (Scherenberg 2018).

Für die Kostenanalyse waren die in den Einrichtungen entstehenden Kosten relevant, für die keine Möglichkeit einer Finanzierung über das derzeitige Abrechnungssystem als SGB-V- oder SGB-XI-Leistung bestand. Zudem wurden modellbedingte Kosten ausgeklammert, die im Regelbetrieb eines sektorenübergreifenden Einsatzes von Betreuungskräften nicht anfallen würden. Nach einer Vorbereitungsphase im Jahr 2017 begann im Januar 2018 der Einsatz der Betreuungskräfte in den Krankenhäusern. Durch den Umzug der Modellabteilung in Neunkirchen im Jahr 2019 war die Gruppenbetreuung dort für längere Zeit ausgesetzt. Damit gab dort die Betreuungssituation in diesem Jahr kein realistisches Bild ab. Deshalb wurden Daten aus dem Jahr 2018 zur Kostenanalyse herangezogen.

Gemeinsam mit den Projektpartnern wurden in mehreren Treffen der Fokusgruppe 4 die relevanten Kosten identifiziert. Dazu gehörten zum einen solche Kosten, die aus Modellmitteln finanziert wurden und auch im Regelbetrieb anfallen würden. Hierzu zählten vor allem die Personalkosten der ambulanten Dienste, wie die 1,5 Vollzeitstellen der Betreuungskräfte je Pflegedienst und ein Stellenanteil von je 0,2 für die Pflegedienstleitungen der Sozialstationen zur übergreifenden Koordination der Einsätze. Hinzu kamen Materialkosten für die Demenzbetreuung. Für die Kliniken wurden die Demenzbeauftragten über Projektmittel finanziert. Da diese Kosten über Belege nachgewiesen und mit dem GKV abgerechnet wurden, konnten diese genau beziffert werden.

Daneben wurden nicht über Projektmittel abrechenbare Kosten der Projektpartner geschätzt. Hierzu zählten Raum- und zusätzliche Sachkosten, z. B. für weitere Betreuungsmaterialien. Insgesamt machten die Sachkosten allerdings nur einen sehr kleinen Teil der Gesamtkosten des sektorenübergreifenden Einsatzes von Betreuungskräften aus. Der weitaus größte Teil betraf auch bei den geschätzten Kosten die Personalkosten. In den beiden Kliniken waren für die interne Koordination der Betreuungsarbeit acht Stunden pro Monat für gemeinsame Treffen mit Betreuungskräften, die Moderation von Zusammenkünften von Pflege- und Betreuungskräften, aber auch für Einzelgespräche mit diesen notwendig. Über die Bruttoarbeitskosten der jeweiligen Projektpartner wurden dann die Gesamtkosten für ein Jahr errechnet.

Nicht einbezogen wurde dagegen der Aufwand, der sich aus dem Modellprojekt selbst ergab, beispielsweise durch die Teilnahme an Interviews oder die Mitarbeit in den verschiedenen Fokusgruppen. Auch der Aufwand für die Rekrutierung, Qualifizierung und

Begleitung von Ehrenamtlichen wurde für die Kostenermittlung nicht berücksichtigt, da im relevanten Jahr 2018 noch keine Betreuung durch Ehrenamtliche stattfand.

Insgesamt wurden so für das Jahr 2018 rund 148.000 € nicht modellbedingte Strukturkosten ermittelt, die auch im Regelbetrieb eines sektorenübergreifenden Einsatzes von Betreuungskräften anfallen würden.

Für jeden betreuten Demenzpatienten wurde ein Beiblatt zum Betreuungsberichtsbogen ausgefüllt (vgl. 2.5.3) und darüber unter anderem die Zahl der Tage, an denen die pflegebedürftige Person betreut wurde, erfasst. Außerdem wurde notiert, ob die Betreuung vor- oder nachmittags stattfand und ob es sich um Einzel- oder Gruppenbetreuung handelte. Über eine Auswertung der Beiblätter konnte damit die Anzahl der Betreuungsstunden ermittelt werden.

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 388 an Demenz erkrankte Menschen in den beteiligten Kliniken betreut, davon 220 in Neunkirchen und 168 in Saarlouis. 88,4 % der Personen erhielten in diesem Jahr Einzelbetreuung und 43,3 % nahmen an Gruppenbetreuungen teil. 8,6 % der Personen wurden nur vormittags betreut, 5,6 % nur nachmittags. 85,8 % der Personen erhielten damit vormittags und nachmittags eine Betreuung. Bei unterschiedlicher Verweildauer in den Krankenhäusern in Neunkirchen und Saarlouis unterschied sich auch die durchschnittliche Anzahl der betreuten Tage. In Neunkirchen fanden im Schnitt an sechs Tagen Betreuungen pro Demenzpatient statt, in Saarlouis an zehn Tagen.

Gruppenbetreuungen fanden in den Kliniken nur vormittags ca. drei Stunden mit durchschnittlich vier Teilnehmern statt. An Samstagen gab es nur Einzelbetreuungen und diese auch nur am Vormittag. Einzelbetreuungen wurden mit einer Stunde pro Person angesetzt.

Damit konnten Art und Anzahl der betreuten Stunden und die darauf entfallenden Kosten im Jahr 2018 ermittelt werden:

- Insgesamt wurden die 388 Demenzpatienten 7.542 Stunden betreut.
- 3.900 Stunden davon fanden als Einzelbetreuung statt.
- Pro Betreuungsstunde fielen durchschnittliche Kosten von 19,62 € an.
- Die Einzelbetreuungsstunde kostete 30,77 €, die Gruppenbetreuungsstunde 7,69 €.
- Pro Tag und Person schlug die Gruppenbetreuung mit 23,07 € zu Buche.
- Die **Betreuungskosten pro pflegebedürftigem Patient** und acht Tagen durchschnittlicher Betreuungszeit während eines Krankenhausaufenthaltes beliefen sich im Ergebnis auf **381,44 €**.

Dem können die Kosten der gewohnten Betreuung gegenübergestellt werden. Von den während der Projektlaufzeit stattgefundenen 16 gewohnten Betreuungen lassen sich bei 14 die Stundensätze ermitteln, die sich zwischen den sechs beteiligten Sozialstationen unterscheiden und – je nach Qualifikation der Betreuungskraft und Einstufung des Pflegegedienstes – auf zwischen 20 € bis 34,80 € belaufen. Die Gesamtzeiten der Betreuung bezogen auf einen Patienten betragen zwischen einer und 8,75 Stunden, durchschnittlich waren es 3,8 (Median=4, Modus=4). Im Mittel kostete eine Stunde gewohnte Betreuung 28,65 €. Die **gewohnte Betreuung** eines Pflegebedürftigen während des Krankenhausaufenthaltes kostete damit im Durchschnitt **109 €**. Hinzu kommt der Aufwand der ambulanten Dienste für die Anbahnung der gewohnten Betreuung.

Damit lassen sich die Kosten für den sektorenübergreifenden Einsatz von Betreuungskräften vergleichen. Eine Betreuung in den Modellstationen während des gesamten Aufenthalts kostet rund 380 €. Das ist deutlich mehr als die Kosten von rund 110 € für eine gewohnte Betreuung. Allerdings umfasst die gewohnte Betreuung lediglich einen Umfang von durchschnittlich 3,8 Stunden, während ein Betreuungskunde in den Modellstationen durchschnittlich 19,4 Stunden Betreuung erhält.

Beim direkten Vergleich der Stundenkosten ist die Betreuung in den Modellstationen günstiger. Sie kostet nur knapp 20 € und damit lediglich ca. 2/3 der gewohnten Betreuung (28,65 €). Hierbei macht sich die auf den Modellstationen angebotene Gruppenbetreuung bemerkbar, weil unter identischem Personaleinsatz mehrere Menschen mit Demenz betreut werden können, so dass pro Person eine Stunde Gruppenbetreuung mit lediglich 7,69 € zu Buche schlägt. Unabhängig von den Kosten hat sich jedoch gezeigt, dass sich für Menschen mit Demenz ein Wechsel aus Einzel- und Gruppenbetreuung am besten eignet.

3. Das Praxisprojekt

3.1 Projekt- und Kooperationsstruktur

Bei SEBKam handelte es sich um ein Kooperationsvorhaben katholischer und evangelischer Träger von ambulanten Diensten und Krankenhäusern sowie deren Verbänden. Im Einzelnen waren folgende Träger bzw. Einrichtungen beteiligt:

- als Anbieter von ambulanten Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI der Caritasverband Saar-Hochwald e. V. und das Diakonische Werk an der Saar,
- als Interventionskliniken für den Einsatz der Betreuungskräfte das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis und die Saarland Kliniken kreuznacher diakonie sowie
- als fachlicher Partner mit Expertise in den Bereichen Geriatrie und Psychiatrie das St. Nikolaushospital Wallerfangen.

Auch die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland und die Stiftung kreuznacher diakonie waren dem Projektverbund als übergeordnete Trägerverbände angeschlossen, um bei dem komplexen Vorhaben die Koordination und den Transfer der Modellarbeit zu unterstützen und voranzutreiben. Die Verbundkoordination auf der Ebene der Praxispartner übernahm die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland.

Das Konsortium der Praxispartner verfügte über umfangreiche Erfahrungen in der Gestaltung innovativer Versorgungskonzepte für Demenzkranke. Insbesondere wurde darauf geachtet, dass bereits vor Projektbeginn in den beteiligten Krankenhäusern Schritte in Richtung einer demenzsensiblen Ausrichtung unternommen wurden, wie z. B. die Qualifizierung des Personals.

Im Folgenden werden die beteiligten Akteure vorgestellt und ihre einschlägigen Vorerfahrungen skizziert:

Das Spektrum der angebotenen Hilfen des Caritasverbands Saar-Hochwald e. V. umfasst u. a. einen Allgemeinen Sozialen Dienst, einen Betreuungsverein, Essen auf Rädern, verschiedene Beratungsstellen, eine Tagesförderstätte für mehrfach schwerstbehinderte Menschen sowie Ambulante-, Palliativ- und Hospiz-Beratungszentren und zwei Tafeln. Zur Versorgung älterer, kranker und behinderter Menschen hält der Caritasverband Saar-Hochwald e. V. in den Landkreisen Saarlouis und Merzig-Wadern ein flächendeckendes Netz von Sozialstationen vor. Ausgehend von sieben Standorten versorgen Teams aus examinierten Pflegekräften, Pflegehilfskräften, Hauswirtschaftskräften und Betreuungskräften täglich ca. 2.500 hilfebedürftige Menschen. In den Caritas-Sozial-

stationen sind neben rund 350 hauptamtlichen Mitarbeitern in der Pflege und Hauswirtschaft ca. 60 hauptamtliche Alltagsbegleiter in der Demenzbetreuung sowie viele Ehrenamtliche in der Hospizarbeit tätig. Der Caritasverband Saar-Hochwald hält in den Landkreisen Saarlouis und Merzig-Wadern verschiedene Angebote zur Betreuung von demenzkranken Menschen in der eigenen Häuslichkeit vor. Jährlich werden rund 18.000 Einsatzstunden im Bereich Demenz erbracht. Darüber hinaus werden durch die angeschlossene Fachberatungsstelle Demenz individuelle, kostenlose und vertrauliche Beratungen zum Thema Demenz angeboten und regelmäßige Gesprächskreise für pflegende Angehörige organisiert. Zum Angebotsspektrum gehören auch Schulungen für pflegende Angehörige sowie für hauptamtliche Mitarbeiter in der Betreuung demenzkranker Menschen, Treffpunkte für ältere Menschen mit und ohne Demenz sowie vier Tagespflegeeinrichtungen.

Das **Diakonische Werk an der Saar (DWSaar)** wurde 1922 gegründet. Diakonie und Caritas sind die größten Träger ambulanter Pflegedienste im Saarland. Sie arbeiten im Pflegebereich zusammen, damit alte und/oder pflegebedürftige Menschen weiter gut in ihrem gewohnten Umfeld leben können. In diesem Verbund wurden saarlandweit zwei gemeinnützige Gesellschaften gegründet. Die Ökumenische Gesellschaft für ambulante Pflege im Saarland GmbH (ÖGaP) ist spitzenverbandlich dem Diakonischen Werk an der SaargmbH zugeordnet. Die ÖGaP betreibt eine ökumenische Sozialstation im Regionalverband Saarbrücken sowie eine im Landkreis Neunkirchen. Insgesamt werden vom Träger jährlich rund 1.800 Kunden von rund 170 Mitarbeitern versorgt. Neben den Pflegeleistungen sind die Sozialisierungen insbesondere in der Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz tätig. In diesem Feld betreuen zum Beispiel in der Kirchlichen Sozialstation Neunkirchen/Spiesen-Elversberg über zehn Mitarbeiter in unterschiedlichem Stellenvolumen rund 30 Personen in deren Häuslichkeit. Die in der qualifizierten Betreuung eingesetzten Mitarbeiter wurden gemäß der Richtlinien nach § 87b bzw. 53c SGB XI ausgebildet, oder es handelt sich um einjährig ausgebildete Alten- oder Krankenpflegehelfer. Ziel der Betreuung ist es, den Kunden mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch Vertrauensarbeit zu mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität zu verhelfen.

Das **Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis** betreibt rund 400 Planbetten in zwölf Hauptfachabteilungen, darunter z. B. die Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, die Kardiologie, die Unfallchirurgie sowie die Innere Medizin und Neurologie mit zertifizierter Stroke Unit. Eine Praxis für Strahlentherapie, zwei Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung, ein ambulantes OP-Zentrum und weitere Facharztpraxen ergänzen das Angebot. Im Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis werden jährlich über 25.000 stationäre und weitere 40.000 ambulante Patienten von insgesamt rund 1.200 Mitarbeitern behandelt. Um eine

reibungslose pflegerische und medizinische Übergabe im Anschluss an die stationäre Versorgung der Patienten zu gewährleisten, arbeitet die Klinik eng mit den umliegenden ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen zusammen. Das Marienhaus Klinikum verfügt über eine herausragende Kompetenz im Umgang mit pflegebedürftigen demenzkranken Patienten, die durch die Teilnahme am Modellprojekt Demenz im Krankenhaus Dem-i-K (2011 bis 2013) der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland erworben wurde. Im Rahmen des Projektes wurden Mitarbeiter in der Pflege und im ärztlichen Dienst geschult sowie durch einen Konsiliar- und Liaisondienst kontinuierlich in der Versorgung von pflegebedürftigen demenzkranken Patienten beraten und unterstützt. Nach Ende des Projektes wurden erfolgreiche Maßnahmen aus Dem-i-K im Marienhaus Klinikum weiter umgesetzt und ausgebaut.

Die **Saarland Kliniken kreuznacher diakonie** betrieben zu Projektbeginn zwei Akutkrankenhäuser an den Betriebsstätten Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken und Fliedner Krankenhaus Neunkirchen. Im Projektverlauf wurde zusätzlich das ehemalige Städtische Krankenhaus Neunkirchen als Diakonieklinikum übernommen. Das Evangelische Stadtkrankenhaus Saarbrücken verfügt über 124 Betten sowie 16 Plätze im Paul Marien Hospiz. Die Betriebsstätte Fliedner Krankenhaus Neunkirchen hielt vor der Übernahme des Städtischen Krankenhauses die Fachabteilungen allgemeine Innere, Endokrinologie/Diabetologie, Intensiv sowie Psychiatrie und Psychotherapie vor. Die somatischen Abteilungen wurden anschließend in das Diakonieklinikum verlegt und das Fliedner Krankenhaus ist seither eine reine Psychiatrische Klinik mit 120 Betten. Das Diakonieklinikum umfasst 300 Betten in sechs Fachabteilungen. Seit Oktober 2010 hat sich der Träger auf die Zielgruppe der pflegebedürftigen demenzkranken Krankenhauspatienten fokussiert und das Personal im Evangelischen Stadtkrankenhaus sowie im Fliedner Krankenhaus geschult sowie erste Erfahrungen mit dem Einsatz spezieller Demenzbetreuer gesammelt. Diese Konzepte müssen sukzessive auf den neuen Standort des Diakonieklinikums übertragen werden.

Das **St. Nikolaus Hospital Wallerfangen** umfasst ein Geriatriisches Zentrum mit Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation sowie eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit insgesamt rund 150 vollstationären bzw. tagesklinischen Plätzen. Auf dem Gelände des Krankenhauses befinden sich zusätzlich ein Pflegeheim sowie ein Kinderheim. Das St. Nikolaus Hospital Wallerfangen wurde aufgrund seiner umfassenden geriatrischen und gerontopsychiatrischen Fachexpertise in das Projektkonsortium aufgenommen, ohne am eigenen Standort in das Projektgeschehen involviert zu sein. Eine Fachaltenpflegerin für Psychiatrie aus dem St. Nikolaus Hospital bringt jedoch ihr Fachwissen als Demenzbeauftragte für SEBKam auf Honorarbasis im Marienhaus Klinikum Saarlouis ein.

Die **Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland** ist der Zusammenschluss der Träger katholischer Krankenhäuser, Rehabilitations- und Fachkliniken im Saarland, die den Diözesan-Caritasverbänden Trier und Speyer angeschlossen sind. Insgesamt sind an elf Standorten in den katholischen Krankenhäusern, Reha- und Fachkliniken im Saarland ca. 5.000 Mitarbeiter beschäftigt. Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, die gemeinsamen Interessen der katholischen Krankenhäuser zu koordinieren. Dazu gehören z. B. die Förderung von Informations- und Erfahrungsaustausch, die Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen sowie die Vertretung der gemeinsamen Belange in der Öffentlichkeit. Mit dem Ziel, in den katholischen Akutkrankenhäusern im Saarland eine Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen demenzkranken Patientinnen und Patienten zu erreichen, wurde von der Arbeitsgemeinschaft im Jahr 2011 das Projekt Demenz im Krankenhaus (Dem-i-K) auf den Weg gebracht. Am Projekt Dem-i-K waren fünf katholische Krankenhäuser beteiligt, u. a. auch das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis. Die Arbeitsgemeinschaft führte im Projekt Dem-i-K das fortlaufende Projektmanagement durch und bemühte sich im Anschluss um einen Transfer der Ergebnisse auf alle katholischen Kliniken.

Die **Stiftung kreuznacher diakonie** ist eine gemeinnützige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts, die 1889 in Bad Sobernheim als Diakonissen-Mutterhaus gegründet wurde. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen. Die diakonisch-sozialen Angebote der Stiftung sind in fünf Aktionsfeldern organisiert: Gesundheit (mit Kliniken und Hospizen); Behindertenhilfe (mit Rehabilitation, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen); Seniorenhilfe (mit Betreuungs- und Wohnangeboten für Menschen im Alter); Kinder-, Jugend- und Familienhilfe (mit Tagesstätten und Inobhutnahmen sowie Wohnungslosenhilfe mit Wohnangeboten und sozialer Sicherung). In allen Aktionsfeldern werden stationäre und ambulante Angebote vorgehalten. Zudem bietet die Stiftung in ihren Berufsbildenden Schulen rund 1.000 Aus-, Fort- und Weiterbildungsplätze in pflegerischen, pädagogischen und diakonisch-theologischen Berufen. Täglich nehmen rund 8.500 Menschen Dienstleistungen der Stiftung kreuznacher diakonie in Anspruch. Diese werden von rund 5.400 Mitarbeitern erbracht.

Zur Qualitätssicherung und fachlichen Beratung der Wirksamkeitsanalysen von SEBKam wurde eine biometrische Beratung eingesetzt. Diese Beratung hat Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg übernommen. Prof. Stausberg ist Arzt und Versorgungsforscher. Er verfügt über die Zusatzbezeichnungen Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement sowie über das Zertifikat Medizinische Informatik der Fachgesellschaft GMDS. Er ist Mitglied der GMDS und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Im Deutschen

Netzwerk Versorgungsforschung ist er Teil des Sprecherteams der Arbeitsgruppe Register. Nach einer Professur für Medizinische Informatik an der Ludwig-Maximilians-Universität München berät Prof. Dr. Stausberg nun in Themen von Medizinischer Informatik, Qualitätsmanagement und Versorgungsforschung. Am Fachinstitut des Universitätsklinikums Essen leitet er zudem ein Projekt in einer Fördermaßnahme zu Registern des BMBF.

3.2 Interne Koordinierungsgruppe

Da es sich um eine komplexe Projektkonstruktion handelte, an der verschiedene Träger und Einrichtungen beteiligt waren, war eine übergeordnete Steuerung der Prozesse erforderlich. Diese Verbundkoordination auf der Ebene der Praxispartner wurde von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland übernommen.

Hauptorgan der Verbundkoordination war eine **interne Koordinierungsgruppe**, die einmal im Quartal einberufen wurde. Der Verbundkoordinator organisierte die Treffen der Gruppe und übernahm die Moderation und Protokollierung.

Die Aufgaben der Koordinierungsgruppe sind wie folgt zu beschreiben:

- Koordination und Feinabstimmung des Projektes,
- Zielerreichungskontrolle und ggf. Kurskorrektur,
- Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Einrichtungen und den Trägern,
- ggf. Beauftragung und Koordination von Arbeitsgruppen,
- Abstimmung von Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und zum Transfer von Ergebnissen.

Für die interne Koordinierungsgruppe wurden nach den Gesprächsergebnissen des ersten Treffens von jedem Kooperationspartner zwei Projektverantwortliche vom jeweiligen Träger benannt. Die Koordinierungsgruppe tagte wie vorgesehen zwölfmal in einem Projektzeitraum von drei Jahren (3. April 2017, 24. April 2017, 28. Juni 2017, 24. Oktober 2017, 23. Januar 2018, 5. Juni 2018, 12. September 2018, 29. November 2018; 12. März 2019, 12. September 2019, 11. Dezember 2019, 4. Februar 2020).

In den ersten Sitzungen ging es zunächst darum, zügig Arbeitsgrundlagen für die weitere Projektumsetzung zu schaffen. Dies betraf z. B. die Struktur von Koordinierungs- und Steuerungsgruppe, die Abstimmung von Kooperationsvereinbarungen zwischen dem iso-Institut als Projektnehmer und den beteiligten Partnern, die Abstimmung der Rechnungslegung und des Eigenmittelnachweises der Projektbeteiligten an das iso-Institut sowie Absprachen zur Umsetzung der Evaluation. Darüber hinaus wurden die

zeitliche und inhaltliche Planung der ersten Projektschritte entlang der Meilensteinplanung besprochen.

Nach der Machbarkeitsstudie wurden durch die Begleitforschung kontinuierlich Zwischenergebnisse in die Koordinierungsgruppe eingespielt und mit den Projektbeteiligten diskutiert. Insbesondere nach Abgabe der jeweiligen Halbjahres- und Jahresberichte an den GKV-Spitzenverband nahm dies einen größeren Raum ein. Nach der Präsentation der Ergebnisse des ersten Jahresberichtes wurde aus der Diskussion unter anderem abgeleitet, dass die Umsetzung des modellhaften Ansatzes offenbar davon beeinflusst wurde, in welchem Fachbereich das Projekt angesiedelt war. Im Vergleich der beiden Krankenhäuser zeigte sich, dass bei den pflegebedürftigen Demenzkranken, die in der Unfallchirurgie in Saarlouis behandelt wurden, in der Betreuung mehr Rücksicht auf den gesundheitlichen Zustand gelegt werden musste. Tendenziell waren diese Personen in einem höheren Maß vulnerabel, weil sie teilweise schwere Operationen hinter sich hatten, unter Schmerzen litten und/oder in ihrer Mobilität stark eingeschränkt waren. Für eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes mussten deshalb die Abläufe angepasst und die Kommunikation zwischen Betreuungskräften und Krankenhauspersonal intensiviert werden.

Angelehnt an die Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse standen darüber hinaus auf allen Ebenen Besprechungen zum Umsetzungsstand des Projektes auf der Tagesordnung. Einen breiten Raum nahmen die Darstellungen meist dann ein, wenn es zu unvorhergesehenen Ereignissen und Schwierigkeiten gekommen war. So wurde z. B. in mehreren Sitzungen aus der Modellabteilung am Neunkircher Krankenhaus über Anlaufschwierigkeiten nach dem Umzug vom Fliedner Krankenhaus Neunkirchen in das Diakonieklinikum berichtet. Dieser Umzug war aus strukturellen Gründen notwendig geworden, weil das Fliedner Krankenhaus zu einer reinen Psychiatrie umgewidmet wurde. Schließlich sollte sich die Erprobung in SEBKam auf rein somatische Abteilungen beziehen. Gemeinsam wurde nach Lösungsansätzen gesucht und als eine gegensteuernde Maßnahme z. B. ein Gesprächstermin zwischen der Sozialstation und den zuständigen Ansprechpartnern des Krankenhauses im Beisein der Begleitforschung vereinbart. Darüber hinaus wurde die Begleitforschung gebeten, dem Personal in den neuen Räumlichkeiten des Diakonieklinikums SEBKam vorzustellen, um die Kenntnis und Akzeptanz des Projektes zu verbessern.

Zu personellen Problemen, die zu besprechen waren, kam es zudem bei den Betreuungskräften der Caritas Sozialstation mit dem Ergebnis, dass eine Betreuungskraft ausgewechselt werden musste. Die Koordinierungsgruppe unterstützte den Träger dabei, Ideen zu entwickeln, wie die neue Betreuungskraft auf ihren Einsatz vorbereitet und in

der Einarbeitungsphase unterstützt werden konnte. Dabei dienten die Unterlagen zum Zusatzmodul Akutversorgung, die im Rahmen von SEBKam entwickelt wurden, als Grundlage (vgl. Anhang 4). Über weitere Anpassungsmaßnahmen musste gesprochen werden, als die neue Kraft längerfristig erkrankte und es in der Folge zu Unstimmigkeiten im Team kam. Der Vorschlag wurde umgesetzt, die Funktion einer Gruppenleitung einzurichten und den Ausfall an Arbeitsvolumen über eine Aufstockung des Arbeitsvertrages der Gruppenleitung zu kompensieren.

Das Thema „was darf und was soll eine Betreuungskraft“ in Abgrenzung zur Pflege wurde zwar in der Fokusgruppe 2 zwischen den Beteiligten abgestimmt. Dennoch wurde in den Koordinierungsgruppen immer wieder berichtet, dass es im Alltag auf allen Seiten weiter zu Unsicherheiten kam. Es wurde vereinbart, einen Workshop mit allen Betreuungskräften und Projektbeteiligten durchzuführen, der schließlich im März 2019 umgesetzt wurde (vgl. 3.5). Im Rahmen der Koordinierungsgruppe wurde der Ablauf und das Programm des Workshops weiter konkretisiert und ein geeigneter Referent für ein Impulsreferat ausgesucht.

Ein weiteres Schwerpunktthema der Treffen war die schleppende Inanspruchnahme der gewohnten Betreuungen. Nach einer umfangreichen Analyse der Hintergründe wurden sukzessive Maßnahmen entwickelt, die zu einer Steigerung der Fallzahlen führen sollten (vgl. 3.7). Anlässlich der geringen Fallzahl fand ein Jahr vor Abschluss des Projektes eine Videokonferenz statt, um mit dem GKV-Spitzenverband Lösungsansätze zu diskutieren. Die Konferenz wurde von der Koordinierungsgruppe vor- und nachbereitet.

Ein wiederkehrendes Thema der Koordinierungsgruppe waren die Initiierung und Abstimmung von Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit. Dies umfasste sowohl nach außen gerichtete Aktivitäten, wie die Übernahme von Referaten bei Veranstaltungen, sowie die Platzierung von Berichten in internen Medien der Träger, um das Projekt einer größeren Öffentlichkeit vorzustellen. Darüber hinaus wurde auch ein Flyer (vgl. Anhang 1) sowie ein Plakat zu SEBKam (vgl. Anhang 2 und 3) entwickelt und deren Verwendung besprochen (z. B. Versand an Verteiler, Einstellen auf der Homepage). Beschlossen und geplant wurden auch interne Informationsveranstaltungen unter Beteiligung der Begleitforschung, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten an beiden Standorten durchgeführt wurden, z. B. um die Prozesse in der Zusammenarbeit von Betreuungs- und Pflegekräften zu optimieren oder um die Akzeptanz der Ärzte für die neue Berufsgruppe im sektorenübergreifenden Einsatz zu steigern.

Eine Aufgabe der Koordinierungsgruppe bestand auch in der Planung projektbezogener Veranstaltungen wie der einmal jährlich tagenden Steuerungsgruppe (vgl. 3.3). Vor der Einberufung der ersten Steuerungsgruppe musste zunächst überlegt werden, welche

Teilnehmer über die Projektbeteiligten hinaus eingeladen werden sollten. Dabei waren strategische Aspekte wie die Sicherung von Nachhaltigkeit sowie das Einholen weiterer fachlicher Impulse ausschlaggebend. Die Projektbeteiligten stimmten sich zudem jeweils über Termine, Tagesordnungen und Redebeiträge ab. In den letzten beiden Sitzungen diskutierten die Teilnehmer zudem über Termin, Format und Inhalte der Abschlussveranstaltung von SEBKam.

Neben der Umsetzung des Projektes beschäftigte sich die Koordinierungsgruppe auch mit Fragen der Begleitforschung. Es fanden z. B. Absprachen hinsichtlich der Durchführung von Interviews und Fokusgruppen statt. Einen breiten Raum nahm die Abwicklung der Kostenwirksamkeitsanalyse ein, darunter insbesondere die Umsetzung der datenschutzrechtlichen Anforderungen beider Teilstudien. Um eine höhere Einwilligungsquote zu erreichen, wurde u. a. vereinbart, die Betreuungskräfte nach einer Schulung in die Unterzeichnung der Einwilligungserklärungen zur Teilnahme am Projekt einzubinden. Zusätzlich wurden Schritte zur Information und Einbindung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten der Krankenhäuser geplant, die nach Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung verunsichert waren und um eine Kontaktaufnahme durch das iso-Institut gebeten hatten. Während der Phase des Patienteneinschlusses wurde die Koordinierungsgruppe kontinuierlich über den Stand informiert und wo nötig Maßnahmen zur Optimierung des Prozesses vereinbart. Dies betraf u. a. Rückmeldungen der Begleitforschung zur Datenqualität sowie Vereinbarungen zum Nachtragen fehlender Angaben.

3.3 Steuerungsgruppe

Zur Sicherung von Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit von SEBKam wurde eine **Steuerungsgruppe** mit externen Partnern eingerichtet. Durch die konsequente Einbindung weiterer relevanter Personen und Institutionen sollte eine erfolgreiche Durchführung des Projekts unterstützt und ein späterer Transfer der Modellerfahrungen vorbereitet werden. Zum einen sollten Partner auf der Ebene des Landes und der Kostenträger gefunden werden. Zum anderen wurde es als wichtig erachtet, zusätzliche fachliche Expertise zur Demenzversorgung sowie zu politisch-strategischen Fragen einzubinden. Neben den Mitgliedern der internen Koordinierungsgruppe wurde in der Folge eine Reihe wichtiger Akteure im Umfeld des Projektes involviert. Dazu zählten:

- der GKV-Spitzenverband als Zuwendungsgeber,
- eine Mitarbeiterin des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes,
- eine ehemalige Gesundheitsministerin des Saarlandes,
- der Geschäftsführer der Landesfachstelle Demenz,
- die Vorsitzende der Deutschen Alzheimergesellschaft, Landesverband Saar,

- ein Vorstandsvertreter des Vereins Gesundheitsregion Saar sowie
- Vertreterinnen und Vertreter von vier Pflege- und Krankenkassen.

Die **erste Sitzung** fand am **15. November 2017** in der Caritas Sozialstation Saarlouis statt. Nach einer Begrüßung und Vorstellungsrunde stellte das iso-Institut das Projekt vor und erläuterte den Anwesenden den Stand der Umsetzung. Von Seiten der Praxispartner erfolgten anschließend „Blitzlichter“ zu den besonderen Anforderungen des sektorenübergreifenden Ansatzes.

Aus Sicht des ambulanten Dienstes berichtete die Geschäftsführerin der Ökumenischen Gesellschaft für ambulante Pflege im Saarland, wie aufwendig sich bereits die vorbereitenden Arbeiten im Rahmen der Machbarkeitsstudie darstellten. Dies betraf z. B. die Auswahl geeigneter Betreuungskräfte, das Kennenlernen der Akteure im Tandem Sozialstation und Krankenhaus und der Aufbau einer Arbeitsbeziehung, die Anpassung der internen Stellen- und Tätigkeitsbeschreibung für die Betreuungskräfte, die Mitarbeit an der Konzipierung des „Zusatzmoduls Akutversorgung“, die Erarbeitung des Curriculums für die Schulung der ehrenamtliche Kräfte sowie die Vorbereitung der Sensibilisierungskampagne für die pflegenden Angehörigen. Sie lobte die Möglichkeit, zwei unterschiedlich finanzierte Pflegesettings durch das Projekt miteinander zu verbinden, um die bestmögliche Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch in schwierigen Lebenslagen zu sichern. Sie versprach sich weiterhin von dem Projekt, unter wissenschaftlicher Begleitung Konzepte zu entwickeln, die zu einer Qualitätssicherung in der Pflege beitragen.

Aus Sicht des Krankenhauses schilderte die stellvertretende Pflegedirektorin im Marienhausklinikums St. Elisabeth Saarlouis die besonderen Anforderungen bei der Umsetzung des Projektes. Sie betonte die Herausforderung, eine völlig neue Berufsgruppe in den Krankenhausalltag zu integrieren und antizipierte erhebliche Berührungspunkte zwischen Betreuungskräften und Pflegemitarbeitenden, die im Verlauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit abgebaut werden müssten. Zudem sei ein Weg zu bereiten, wie die Betreuung mit den Arbeitsabläufen der Diagnostik und Behandlung sinnvoll verzahnt werden könne, ohne Reibungsverluste zu erzeugen. Dies erfordere eine intensive Kommunikation zwischen allen Beteiligten sowie mit den Angehörigen. Als besonders anspruchsvoll bezeichnete sie den Spagat, die Arbeit von Betreuungs- und Pflegekräften dezidiert voneinander abzugrenzen und gleichzeitig die Betreuungsarbeit wertschätzend zu implementieren. Betont wurden erhebliche Fortschritte durch das Projekt, etwa in einer Verbesserung der Tagesstrukturierung und des Nachtrhythmus‘ bei den Pflegebedürftigen mit Demenz.

In der anschließenden Diskussionsrunde wurden juristische und steuerrechtliche Fragen aufgeworfen. Dazu erfolgte zum Beispiel der Hinweis, dass die Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen der Betreuungskräfte so gestaltet werden müssten, dass die jeweiligen Institutionen nicht in Konflikt mit dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz geraten. Auch haftungsrechtliche Risiken wurden thematisiert. Zu den genannten Bereichen wurde von Seiten der Projektbeteiligten bereits eine juristische Expertise bei den zuständigen Referaten der Träger eingeholt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Steuerungsgruppe lobten den konzeptionellen Ansatz des Projekts. Zeitgleich forderten sie die Projektbeteiligten auf, in Vorbereitung eines übertragbaren Handlungskonzeptes die beschriebenen Prozesse sorgfältig zu dokumentieren und daraus Empfehlungen für potentielle Nachahmer des Konzeptes zu generieren. Zudem wurde angeregt, für politisch Verantwortliche strukturelle und rechtliche Barrieren herauszuarbeiten.

Das **zweite Treffen** der Steuerungsgruppe fand am **5. November 2018** in den Räumen der Kirchlichen Sozialstation Neunkirchen/Spiesen-Elversberg statt. Die Begleitforschung stellte den Stand des Projektes und die Entwicklungen seit der letzten Sitzung der Steuerungsgruppe vor einem Jahr vor.

Die Pflegedienstleitung der Kirchlichen Sozialstation berichtete über die Arbeit der Betreuungskräfte nach dem gerade erfolgten Umzug des Projekts in das Diakonieklinikum: In der Modellstation arbeiteten zwei Betreuungskräfte im Frühdienst und eine Betreuungskraft im Spätdienst. Eine zusätzliche Betreuung werde am Samstagvormittag angeboten. Als Ausgleichstag habe die entsprechende Mitarbeiterin den darauffolgenden Montag nach Möglichkeit frei. Das Betreuungsangebot werde von den Pflegebedürftigen nach dem Umzug in das Diakonieklinikum gerne angenommen. Den Pflegebedürftigen würden Vorschläge zur Beschäftigung unterbreitet und die Betreuungskräfte gingen dabei auf deren Wünsche und Ressourcen ein. Manchmal genüge die Anwesenheit oder ein Gespräch, um einen verunsicherten Menschen mit Demenz aufzubauen oder zu beruhigen. Auch die Angehörigen profitierten von dem Projekt. Sie könnten beruhigt ihrem (Arbeits-)Alltag nachgehen und wüssten ihre Angehörigen dennoch wohl versorgt. Nach Rückmeldung der Pflegekräfte im Krankenhaus seien die Demenzkranken ruhiger und entspannter, wenn die Betreuungskräfte im Dienst sind. Einschränkungen gäbe es allerdings in der Gruppenbetreuung, weil im neuen Krankenhaus noch kein separater Raum für die Gruppenbetreuung zur Verfügung stehe.

Bis zum Zeitpunkt der Steuerungsgruppe seien zwei Pflegebedürftige der Sozialstation Neunkirchen während des stationären Aufenthaltes von ihrer gewohnten Betreuungs-

kraft stundenweise betreut worden. Die Angehörigen hätten dadurch eine große Entlastung und nähmen das Angebot dankbar an.

Für die Pflegedienstleitung des ambulanten Dienstes fielen durch das Projekt Tätigkeiten in den Bereichen Dienst- und Urlaubsplanung der Betreuungskräfte, Planung von Fortbildungen und Schulungen, Durchführung von Teamsitzungen sowie Begleitung im Krankenhaus durch regelmäßige Besuche an.

Die zuständige Demenzbeauftragte im Fliedner Krankenhaus Neunkirchen erläuterte, dass den Betreuungskräften vor dem Einsatz die Besonderheiten der Arbeit im Krankenhaus erläutert wurden. Im Krankenhaus seien die Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen die Ansprechpartner für die Betreuungskräfte. Im Ergebnis sei bereits kurz nach Einführung der Betreuung eine deutliche Verminderung der nächtlichen Unruhe bei den Demenzkranken zu beobachten gewesen.

Eine Betreuungskraft aus Neunkirchen berichtete von ihrer Arbeit als Betreuungskraft und schilderte mit Hilfe von Fallbeispielen, wie wichtig die Betreuung für die Demenzkranken sei. So finde sie über ihre spezifische Kompetenz Zugänge zu den Pflegebedürftigen und könne sie anregen, etwas zu essen oder sich an Aktivitäten zu beteiligen.

Nach der Schilderung des Projektstandes regte die Steuerungsgruppe an, noch bestehende Prozessprobleme bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit deutlich aufzuzeigen und konkrete Lösungsvorschläge zu benennen. Des Weiteren sollten konkrete Vorschläge zu den Kosten des Ansatzes und zur Finanzierung der Betreuungskräfte gemacht werden. Die Steuerungsgruppe kam zu der Auffassung, dass die gesetzlichen Grundlagen für einen regelhaften Einsatz von Betreuungskräften geschaffen werden müssten, weil der Einsatz der Betreuungskräfte offensichtlich sinnvoll sei und zu einer deutlichen Verbesserung der Patientensicherheit führe. Angeregt wurden weitere Aktivitäten, um das Projekt noch bekannter zu machen. Von Seiten der Pflegekassen wurde vorgeschlagen, die zuständigen saarländischen Pflegestützpunkte in den Krankenhäusern von SEBKam einzubinden.

Das **dritte und letzte Treffen** der Steuerungsgruppe wurde am **4. März 2020** im St. Nikolaushospital in Wallerfangen durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen des iso-Instituts stellten den Anwesenden die Ergebnisse des Modellprojektes vor. Sie informierten darüber, dass durch die umfangreiche Struktur- und Prozessanalyse viele Erkenntnisse vorlägen, wie eine sektorenübergreifende Betreuung strukturell, finanziell und betrieblich umgesetzt werden kann. Es wurden eine Reihe von Erfolgsfaktoren für den Einsatz von Betreuungskräften herausgearbeitet, darunter die Qualifikation der Betreuungskräfte. Die Betreuungskräfte müssten für den Einsatz in der Institution Krankenhaus geeignet sein, wo sich die Rahmenbedingungen deutlich von einem Einsatz in der Häuslichkeit

unterschieden. Neben der Eignung müsse eine zusätzliche Qualifizierung erfolgen. Es sei notwendig, die Zusammenarbeit mit der Pflege gut zu strukturieren, insbesondere die Fragen, wie der Informationsfluss über die zu Betreuenden erfolgen könne und wo Pflege und die Tätigkeiten von Betreuungskräften klar abzugrenzen sei.

Im Rahmen des Projektes konnte nachgewiesen werden, dass der Einsatz von Betreuungskräften unerwünschte Vorkommnisse auf den Stationen deutlich reduziert. Auch bei der gewohnten Betreuung gab es ein ausgesprochen gutes Feedback der Nutzer, allerdings konnten dort nur verhältnismäßig wenig Fälle umgesetzt werden. Aus diesem Grund wurde vorgeschlagen, ein Anschlussprojekt zur gewohnten Betreuung auf einer höheren Fallbasis durchzuführen.

In der Diskussion der Ergebnisse berichteten die Projektbeteiligten, dass der sektorenübergreifende Einsatz von Betreuungskräften mit einem hohen Aufwand verbunden sei. Man kam zu der Einschätzung, dass Ressourcen geschont werden könnten, wenn Betreuungskräfte auf den relevanten Stationen direkt im Krankenhaus eingestellt würden. Die Steuerungsgruppe sprach sich dafür aus, den Einsatz von Betreuungskräften vor dem Hintergrund der positiven Effekte als Regelangebot und in enger Verzahnung zwischen Krankenhäusern und ambulanten Diensten zu etablieren.

Die stellvertretende Pflegedirektorin aus dem Marienhaus Klinikum Saarlouis betonte, dass die qualifizierte Auswahl der Betreuungskräfte ein wesentliches Erfolgskriterium darstelle. Als Betreuungskraft müsse man sowohl die Fähigkeit zur Teamarbeit als auch die Fähigkeit zur Selbstorganisation mitbringen. Erfahrungen aus der Arbeit mit alten und kranken Menschen seien notwendig, um in der Institution Krankenhaus erfolgreich mit Demenzkranken arbeiten zu können. Aus Sicht der Pflege habe der Einsatz von Betreuungskräften zu weniger Gegenreaktionen der Patienten und einer besseren Nachtruhe geführt. Alle Berufsgruppen seien mittlerweile in die Betreuung von Demenzkranken eingebunden, auch Therapeuten und Seelsorger. Als größten Erfolg des Projekts bezeichnete sie den deutlichen Rückgang von Vorkommnissen auf der Modellstation, der sie dazu bewogen habe, nach Auslaufen der Modellmittel eine der Betreuungskräfte in Vollzeit im Marienhaus Klinikum Saarlouis einzustellen.

Die Demenzbeauftragte des St. Nikolaus-Hospitals Wallerfangen, die Ansprechpartner für die Betreuungskräfte in Saarlouis war, stellte es als eine wesentliche Herausforderung dar, dass Pflege- und Betreuungskräfte im Verlauf des Projektes zusammenfinden mussten. Es seien Lernprozesse auf beiden Seiten notwendig gewesen. Die Betreuungskräfte hätten die besonderen Rahmenbedingungen des Krankenhauses kennenlernen und sich in das Team einfinden müssen. Die Pflegekräfte hätten ihrerseits die Arbeitsprozesse so umgestalten müssen, dass eine Betreuung reibungslos ermöglicht wurde.

Die Pflegedienstleitung der Kirchliche Sozialstation Neunkirchen berichtete, dass das Projekt zunächst im Januar 2018 im Fliedner Krankenhaus gut gestartet sei. Die Betreuungskräfte seien qualifiziert worden und hätten eine Hospitation im Krankenhaus durchgeführt. Die Integration der Betreuungskräfte ins Team sei gut gelungen. Nach dem Umzug in das Diakonieklinikum habe es allerdings Probleme gegeben. So habe z. B. die Einrichtung eines Betreuungsraumes unverhältnismäßig lange gedauert und es habe Informationsdefizite beim Personal gegeben. Dadurch habe es einen deutlichen Rückschritt in der Projektumsetzung gegeben. Bei der gewohnten Betreuung habe sich das Problem gezeigt, dass viele Patienten in andere Krankenhäuser als das Diakonieklinikum eingewiesen worden seien. Im Hinblick auf die gewohnten Betreuungen habe es von den Angehörigen dennoch durchweg gute Rückmeldungen gegeben.

Auf Grund der positiven Erfahrungen waren alle Anwesenden der Meinung, dass ein breiter Transfer von SEBKam sinnvoll wäre. Es wurde angemerkt, dass die Betreuung in der Institution Krankenhaus jedoch offensichtlich eine sehr anspruchsvolle Aufgabe sei, die über das in der Häuslichkeit übliche Niveau hinausgehe. Deshalb wurde angeregt, Möglichkeiten einer besseren Bezahlung dieser Kräfte zu prüfen.

3.4 Rekrutierung und Qualifizierung der Betreuungskräfte

Während der Machbarkeitsstudie beschäftigte sich die Fokusgruppe 1 „Rekrutierung und Qualifizierung von Betreuungskräften“ mit Fragen rund um die Schaffung eines geeigneten Pools an Betreuungskräften. Dazu fanden zwei Treffen im Mai und Dezember 2017 statt. Beteiligt waren die Pflegedienstleitungen und ausgewählte Betreuungskräfte der ambulanten Dienste sowie die Demenzbeauftragten und Pflegedienstleitungen der Kliniken.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Qualifizierung der Betreuungskräfte. Der GKV-Spitzenverband hat Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von Betreuungskräften in Heimen vorgegeben, die auch für SEBKam relevant waren. In den Richtlinien wird neben anderen Aspekten eine persönliche Eignung eingefordert (z. B. soziale Kompetenz und kommunikative Fähigkeiten, psychische Stabilität, Phantasie und Gelassenheit, positive Haltung zu alten Menschen, Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit). Damit waren bereits wichtige Voraussetzungen für das Vorhaben formuliert. Zudem ist eine Grundvoraussetzung, dass Betreuungskräfte keine Berührungängste mit Demenzkranken haben.

Für den Einsatz im Akutkrankenhaus spielen jedoch zusätzliche Besonderheiten eine Rolle, die bei der Auswahl beachtet werden mussten:

- Die Pflegebedürftigen mit Demenz befinden sich in einer Akutsituation und sind körperlich und psychisch extrem vulnerabel. Betreuungskräfte müssen sich den Menschen mit Demenz deshalb mit der nötigen Vorsicht, aber ohne eine übertriebene Angst begegnen.
- Die Arbeit findet in größeren Teams statt. Die Betreuungskräfte müssen den Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten mit Selbstbewusstsein entgegentreten.
- Vor dem Hintergrund der vorherrschenden Ablauforientierung im Krankenhaus bestehen besondere Anforderungen, die Betreuung flexibel und „störungsresistent“ abzuwickeln.
- Im Hinblick auf zu erwartende Abgrenzungsprobleme zu pflegerischen Verrichtungen muss eine Robustheit gegenüber konfliktreichen Situationen vorhanden sein.

Die **Rekrutierung von Betreuungskräften** für die Modellstationen entlang dieser Anforderungen gestaltete sich schwieriger als zunächst vermutet. In Personalgesprächen wurde deutlich, dass sich nur ein kleinerer Teil der bereits beschäftigten Betreuungskräfte für eine Arbeit im Akutkrankenhaus interessierten. Bei den schließlich Ausgewählten handelte sich um einen Mix aus bekannten und für das Projekt neu angeworbenen Kräften. Alle Personen hatten wie vereinbart eine Qualifikation nach § 87b bzw. 53c SGB XI.

Da davon auszugehen war, dass sich die Betreuung von Akutkranken in den Anforderungen wesentlich von der Betreuung in Privathaushalten und in Heimen unterscheidet, entwickelte die Fokusgruppe 1 ein „Zusatzmodul Akutversorgung“ (vgl. Anhang 4). In diesem Rahmen wurde in der ersten Januarwoche 2017 für die zukünftigen Kräfte der Modellstationen eine komplette **Einarbeitungs- und Hospitationsphase** vereinbart. Die Betreuungskräfte begannen ihren Einsatz am 2. Januar 2018 mit einer Einarbeitung bei den jeweiligen ambulanten Diensten. Die Einarbeitung umfasste auch den Aspekt Datenschutz. Am 3., 4. und 5. Januar fand ein Orientierungspraktikum im Krankenhaus statt. Jede Kraft absolvierte einen Frühdienst und einen Spätdienst à 7,8 Stunden. Dabei war immer nur eine Betreuungskraft im Dienst. Die Woche endete mit einem Hospitationstag in einer regionalen Einrichtung für Menschen mit Demenz. Die ambulanten Dienste kümmerten sich für die Hospitation um Namensschilder, auf denen „Betreuungskraft“ und der Name der Person vermerkt war. Im Krankenhaus erhielten die Betreuungskräfte Kittel und Fächer zur Ablage der Wertsachen. Es wurde sichergestellt, dass Pausen in der Kantine stattfinden konnten.

Zu allen Schulungsblöcken wurden Präsentationen oder sonstige Unterlagen angefertigt, die ggf. von „Nachrückern“ genutzt werden konnten. Eine Reflexion und Auswertung der Einarbeitung, Hospitation und Schulung fand im Rahmen der Interviews mit der Begleitforschung statt. Hieraus ergab sich der Eindruck, dass der Ablauf und die Inhalte des Zusatzmoduls eine gute Vorbereitung auf die Tätigkeit dargestellt hatten.

Die gewohnten Betreuungskräfte wurden im Rahmen von Inhouse-Veranstaltungen auf die geplanten Einsätze vorbereitet. Die gewohnten Betreuungskräfte wurden eher wie Angehörige oder sonstige Besucher im Krankenhaus betrachtet. Dadurch waren die Anforderungen an deren Einsatz geringer z. B. im Hinblick auf Hygieneunterweisungen. Es wurde vereinbart, dass diese Betreuungskräfte ihren Dienst in Alltagskleidung ableisten konnten.

Im Hinblick auf die zu vermittelnden Themen einigte man sich darauf, noch im ersten Quartal 2018 folgende Inhalte über die jeweiligen Pflegedienstleitungen zu vermitteln:

- Umgang mit Menschen mit Demenz
- Information über das Projekt
- Stellenbeschreibung und Abgrenzung zur Pflege
- Das Krankheitsbild Delir
- Bedarfe des Patienten vor und nach Operationen

Die Betreuungskräfte wurden von ihren Leitungskräften zudem darauf vorbereitet, die demenzkranken Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen über das Projekt und über die Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Nutzung der Betreuung aufzuklären. Die Umsetzung der gewohnten Betreuung als wesentlichem Projektbaustein erfolgte ab dem 1. April 2018.

3.5 Einsatz von Betreuungskräften in den Modellstationen

Die Fokusgruppe 2 „Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften“ erörterte während des gesamten Projektverlaufs Fragen rund um den Einsatz von Betreuungskräften. Beteiligt waren die Pflegedienstleitungen der ambulanten Dienste, die übergeordneten Träger sowie die Pflegedienstleitungen und Demenzbeauftragten der Kliniken. Die Treffen fanden im Juni 2017, im März und Oktober 2018 sowie im März und September 2019 statt.

Im Hinblick auf die Herstellung von Rechtssicherheit wurde vereinbart, dass jeder Träger für sich in der Pflicht stand, die mit dem sektorenübergreifenden Einsatz von Betreuungskräften verbundenen **rechtlichen Fragen** zu klären. Die Betreuungskräfte waren über die ambulanten Dienste haftpflichtversichert und bei der Berufsgenossenschaft

gemeldet. Allerdings wurde der Versicherung der zusätzliche Dienstort Krankenhaus gemeldet.

Damit kein Verdacht von Arbeitnehmerüberlassung entstand, war vor allem darauf zu achten, dass Weisungen ausschließlich von den ambulanten Diensten ausgingen. Die Betreuungskräfte wurden angewiesen, den Fokus auf die zu betreuende Person und nicht auf die Organisation Krankenhaus zu legen. Das Anstellungsverhältnis der Kräfte, die Dienst- und Fachaufsicht und die Einsatzplanung lagen bei den ambulanten Diensten. Dies umfasste auch das Führen einer Urlaubs- und Krankheitsdatei sowie die Organisation von Fortbildungen, Supervision und Teamsitzungen.

Zur Herstellung von Handlungs- und Rechtssicherheit wurden von den ambulanten Diensten Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen erstellt und einer rechtlichen Prüfung in den juristischen Abteilungen der Träger unterzogen. Während jeder ambulante Dienst eine eigene Stellenbeschreibung auf der Grundlage der bestehenden Dokumente verfasste, wurde eine gemeinsame Tätigkeitsbeschreibung entwickelt, in der die Rahmenbedingungen des Einsatzes beschrieben waren (vgl. Anhang 5).

Im Verlauf des Projektes wurde diese erste Tätigkeitsbeschreibung an verschiedenen Stellen angepasst, auch wenn diese immer noch einen verlässlichen Rahmen für den Einsatz darstellte. Änderungen betrafen z. B. die **Einsatzzeiten**. Im Fokus der Umsetzung stand stets die Anforderung, dass die Betreuungszeiten sich primär am Bedarf der Pflegebedürftigen mit Demenz und nicht an den Entlastungsbedürfnissen des Krankenhauspersonals zu orientieren hätten. Es wurden zunächst Einsatzzeiten von 9.30 bis 13.30 Uhr und von 13.00 bis 17.00 Uhr festgelegt, um eine geregelte Übergabe zwischen den halbtags tätigen Betreuungskräften, aber auch zwischen Betreuungs- und Pflegekräften sicherzustellen. Nachdem sich die Abläufe eingespielt hatten, stellte sich jedoch heraus, dass die Übergabe zwischen den Betreuungskräften der Früh- und Mittagschicht zwar nach wie vor bedeutsam war. Die Teilnahme der Betreuungskräfte an den Übergaben der Pflege wurde jedoch von allen Beteiligten als nicht mehr sinnvoll eingeschätzt, weil hier sehr viele andere Themen im Vordergrund standen. An beiden Standorten wurden nun Patientenlisten entwickelt, die vom Frühdienst des Krankenhauses ausgefüllt wurden. Auf diesen Listen waren alle untergebrachten Personen mit ihren Zimmernummern und weiteren nützlichen Informationen (Demenz oder Delir, körperliche Erkrankungen, Nahrungs- / Flüssigkeitskarenzen oder Schluckbeschwerden, familiäre Situation) vermerkt. Diese Listen boten den Betreuungskräften eine wichtige Orientierung zur Planung ihres Arbeitsablaufs. Bei Unklarheiten fragten die Betreuungskräfte gezielt beim Pflegepersonal nach. Zudem wurde über die Liste hinaus die Identifizierung von Betreuungsfällen im Projektverlauf erweitert. Nicht mehr alleine die Pflegekräfte

konnte entscheiden, ob ein Betreuungsbedarf bestand, sondern die Betreuungskräfte wurden in ihrer Demenzkompetenz ernst genommen und in die Entscheidung eingebunden. Denn immer wieder musste festgestellt werden, dass Menschen mit Demenz übersehen oder dass Personen irrtümlich für dement gehalten wurden. In unterstützenden Screeningverfahren erhielten die Betreuungskräfte dazu eine Unterweisung durch ihre Leitungskräfte.

Weil die enge Bindung der Einsatzzeiten an die Übergabe des Krankenhauspersonals damit entfiel, kamen Überlegungen auf, ob frühere oder spätere Betreuungszeiten für die Menschen mit Demenz nützlich sein könnten. So war z. B. eine Idee, ob die Betreuung früher beginnen sollte, damit die Demenzkranken direkt nach der Morgentoilette in die Gruppe gehen könnten. Denn es war berichtet worden, dass ein Teil der Pflegebedürftigen schon wieder müde war, bevor die Betreuung startete. Allerdings wäre dann vor dem Hintergrund der körperlichen Verfassung der Zeitraum bis zum Mittagessen zu lange und damit ein gemeinsames Essen nicht möglich gewesen. Ähnliche Überlegungen gab es in Richtung einer Verlängerung der Betreuungszeiten nach hinten, um auch eine Begleitung beim Abendessen zu ermöglichen. Dies wäre aber nur umzusetzen gewesen, wenn man auf die Übergabe zwischen den Betreuungskräften verzichtet hätte. Man kam überein, dass mit 1,5 Vollzeitstellen nicht alle wünschenswerten Bedürfnisse zu stillen seien. Dies betraf z. B. auch eine Betreuungsmöglichkeit für die Nacht.

In Neunkirchen beließ man die Einsatzzeit wie zuvor. In Saarlouis führte man hingegen am Morgen eine überlappende Schicht ein. Eine Kraft kam bereits um 9.30 Uhr, die andere um 10 Uhr, die Nachmittagskraft um 13.30 Uhr. Damit konnte der Früh- und Spätdienst für die Demenzkranken um eine halbe Stunde verlängert werden, was es ermöglichte, einzelne Demenzkranke beim Abendessen zu unterstützen.

Entgegen der ursprünglichen Planungen wurden auch Einsätze an allen Samstagvormittagen von 10.00 bis 13.00 Uhr durchgeführt. Die Projektbeteiligten sahen in zweifacher Weise einen Bedarf für dieses Angebot: zum einen fanden am Wochenende in reduziertem Umfang Diagnostik, Behandlung und Therapien und damit Abwechslung für die Menschen mit Demenz statt. Zum anderen waren typische Besuchszeiten eher am Samstagnachmittag oder sonntags zu registrieren.

Die Betreuungskräfte boten solche **Leistungen** an, die im Krankenhausalltag zu kurz kamen. Dazu zählten Gespräche, Aktivierung in Kleingruppen und Tagesstrukturierung, zum Beispiel durch gemeinsames Essen, Vorlesen, Gedächtnisübungen, Singen, künstlerische Aktivitäten usw. Diese Tätigkeiten wurden je nach individuellem Bedarf der Menschen mit Demenz ausgewählt. Entgegen der ursprünglichen Tätigkeitsbeschreibung wurden Gruppenbetreuungen nur noch vormittags angeboten, weil sich die Demenz-

kranken nachmittags eher Einzelbetreuungen wünschten (vgl. 2.5.3). Zudem hat man sich darauf verständigt, dass in der Nachmittagschicht eine konsequente Aktivierung erfolgen sollte, damit die Demenzkranken nicht durch zu lange Ruhephasen ihren Tag-Nacht-Rhythmus gefährdeten. Zuvor hatten sich die Betreuungskräfte teilweise nicht getraut, zu Betreuende in ihrem Mittagsschlaf zu stören.

Eine Herausforderung des Projekts bestand in der Erarbeitung einer klaren **Abgrenzung der Betreuung von den pflegerischen Verrichtungen**. Laut Stellenbeschreibungen sollten von den Betreuungskräften folgende Tätigkeiten nicht durchgeführt werden:

- Medizinische Pflege
- Grundpflege
- Unterstützung bei der Ausscheidung
- Unterstützung von Essen und Trinken bei Schluckbeschwerden

Im konkreten Arbeitsalltag traten jedoch immer wieder Unsicherheiten in Grenzbereichen auf. So wurde geschildert, dass eine Betreuungskraft den demenzkranken Pflegebedürftigen nachmittags Kaffee reichen wollte, um auf einer unkomplizierten Ebene einen Zugang und einen Beziehungsaufbau zu erreichen. Für die anderen Betreuungskräfte fiel diese Tätigkeit aber in den Aufgabenbereich der Pflege. Die Unsicherheiten in der Aufgabenabgrenzung wurden teilweise sogar vor den Pflegebedürftigen ausdiskutiert und führten letztlich auch zu Teamkonflikten mit der Folge, dass eine Person das Projekt verließ.

Um die Betreuungskräfte klar zu orientieren und Handlungssicherheit herzustellen, wurde von der Begleitforschung ein Workshop organisiert, in dem der Geschäftsführer der Saarländischen Pflegegesellschaft dazu referierte. Er berichtete in einem historischen Rückblick auf die Entwicklung der Pflegeversicherung von vielfältigen Bemühungen, eine trennscharfe Abgrenzung von Leistungen der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung herbeizuführen. All diese Versuche seien gescheitert, weil diese Trennschärfe nicht herzustellen sei und eine solche Abgrenzung der Tätigkeiten beim Anspruch der Hilfe aus einer Hand auch nicht als sinnvoll erachtet werden könne.

Unklarheiten bezogen sich auch auf Transferleistungen. Geklärt wurde, dass keine haftungsrechtlichen Probleme bestanden, wenn Demenzkranke zwischen Zimmer und Gruppenraum transferiert werden mussten und andere Betreute dann für kürzere Zeiträume ohne Aufsicht im Gruppenraum verblieben. Die Haftung lag in solchen Fällen beim Krankenhaus. Es wurde auch Konsens darüber hergestellt, dass Betreuungskräfte eine Pflegekraft beim Transfer von Demenzkranken aus dem Bett in einen Rollstuhl unterstützen durften, damit sie an dem Gruppenangebot teilnehmen konnten. Dabei agierten sie nicht in einer verantwortlichen, sondern in einer helfenden Position.

Darüber hinaus wurde die Frage diskutiert, inwieweit Betreuungskräfte die Demenzkranken beim Essen und Trinken unterstützen sollten, was eine Debatte zu den generellen Aufgaben einer Betreuungskraft entzündete. Die Diskussion wurde unter Rückgriff auf die Richtlinien nach § 53 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 23. November 2016 von den Projektbeteiligten fundiert. In § 2 Abs. 4 SGB XI ist z. B. erläutert, dass die Betreuung eng mit der Arbeit der Pflegekräfte und sonstiger Berufsgruppen zu koordinieren ist, damit keine Versorgungsbrüche entstehen. Dabei sollen auch Aufgaben erfüllt werden, die unaufschiebbar und unmittelbar erforderlich sind, wenn eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Hingegen dürfen Betreuungskräfte nicht regelmäßig und planbar in Pflegemaßnahmen eingebunden werden. Die Richtlinie wurde von den Projektbeteiligten so ausgelegt, dass die Betreuungskräfte gemeinsam mit dem Krankenhauspersonal zum Wohle der Pflegebedürftigen agieren sollten. Dies umfasste die zuvor beschriebenen Unterstützungen bei Transfers vom Bett zum Gruppenraum, wenn nicht zeitnah eine zweite Pflegekraft zur Verfügung stand. Ebenso sollten Demenzkranke nicht nur zum Essen und Trinken motiviert werden, sondern es war auch gewünscht, Menschen zu helfen, wenn sie nicht in der Lage waren, ihre Mahlzeiten komplett selbstständig einzunehmen. Als keinesfalls akzeptabel wurde es hingegen eingeschätzt, wenn Betreuungskräfte „in Zimmern verschwinden und Grundpflege betreiben“.

Der Sinn der Betreuung sei es letztlich, den Pflegebedürftigen den Krankenhausaufenthalt zu erleichtern. Es sollte nach Auffassung aller Beteiligten eine gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen am Pflegebedürftigen umgesetzt werden und das bedeutete auch, sich nicht ständig darauf zu fixieren, sich von der Pflege abzugrenzen. Sonst bestünde die Gefahr, dass die Arbeit von Betreuungs- und Pflegekräfte neben- und nicht miteinander laufe. Die Beziehungsarbeit wurde in den Mittelpunkt gerückt und zum Wohle des Menschen mit Demenz die Tätigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen gut miteinander verzahnt. Wer welche Leistungen erbringen durfte, hing dabei immer vom Einzelfall ab. Ein Anreichen von Mahlzeiten, eine Begleitung zur Toilette bei Menschen, die selbstständig ausscheiden konnten oder die Unterstützung beim Patiententransfer wurde nicht verboten. Auf der Grundlage einer Konzeption, aus der hervorging, worin die zusätzliche Betreuung und Aktivierung bestand, entschied die verantwortliche Pflegekraft der Sozialstation für ihre Betreuungskräfte, wo die Grenzziehung im Einzelnen verlaufen sollte.

Die Zuständigkeit für den **Erfahrungsaustausch** zwischen den Betreuungskräften lag bei den jeweiligen ambulanten Diensten. Dieser wurde in Form von Dienstgesprächen organisiert. Zudem führte die Begleitforschung einmal in der Projektlaufzeit einen moderierten Erfahrungsaustausch zwischen den Betreuungskräften beider Standorte durch.

Neben der direkten personenbezogenen Kooperation im Rahmen der Übergabe sollten die Betreuungskräfte so in die Abläufe des Krankenhauses einbezogen werden, dass sie sich nicht als „Fremdkörper“ fühlten. Wichtig war auch, dass die Betreuungskräfte ihre Wertgegenstände irgendwo sicher deponieren konnten und dass sie freien Zugang zu den Beschäftigungsmaterialien bekamen. Zur besseren Verzahnung von Betreuung und Krankenhausversorgung wurde angeregt, einen regelmäßigen Austausch zwischen den PDLs der ambulanten Dienste und des Krankenhauses zu organisieren („Tandems“).

Die **Anleitung und Begleitung** der Betreuungskräfte erfolgte ausschließlich durch den Arbeitgeber. Auch die Einarbeitung war auf der Basis eines schriftlichen Einarbeitungskonzeptes Aufgabe des jeweiligen ambulanten Dienstes. Auf den Modellstationen gab es zudem Ansprechpartner, die den Betreuungskräften zur Verfügung standen, wenn während des Einsatzes praktische Fragen auftraten.

3.6 Einsatz zusätzlicher Ehrenamtlicher

Zur Ergänzung des Betreuungskonzeptes war von Beginn an geplant, die Betreuung durch zusätzliche ehrenamtliche Kräfte aufzuwerten. Dabei sollten diese Kräfte erst dann zum Einsatz kommen, wenn sich die Arbeit der Betreuungskräfte gefestigt hatte. Zur Konkretisierung der Aufgaben, der Qualifizierungsbedarfe und der Rekrutierungsmöglichkeiten wurde bereits in der Machbarkeitsstudie eine **Unterarbeitsgruppe Ehrenamt** gebildet, die am 30. August 2017 zusammentraf. Eingeladen waren neben den Modellbeteiligten Vertreterinnen und Vertreter der übergeordneten Träger, die bereits Erfahrungen mit Schulungen Ehrenamtlicher gesammelt hatten. Zudem wurde eine externe Pflegewissenschaftlerin der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes beratend hinzugezogen.

Die Festlegung von Inhalten einer Schulung von Ehrenamtlichen erfolgte auf der Grundlage vorliegender Konzepte (z. B. Zusatzmodul Akutversorgung aus SEBKam; weitere Materialien der Teilnehmenden). Vereinbart wurde ein Programm bestehend aus sechs Modulen à jeweils 3,5 bis 4 Stunden.

1. Tag: Kennenlern-Tag und Einführung zum Modellprojekt (Rolle des Ehrenamts, Rechte und Pflichten, versicherungsrechtliche Fragen, Aufwandsentschädigung, Arbeitskleidung)

2. Tag: Organisation des Krankenhausbetriebs (Abteilungs- und Mitarbeiterstruktur, Arbeitsorganisation, Abläufe, Ansprechpartner und Kommunikationswege), Hygiene im Krankenhaus und typische Krankheitsbilder auf den Stationen

3. Tag: Abgrenzung zur Pflege, Umgang mit Konflikten und Selbstpflege (Reflexion schwieriger Situationen, Grenzen)

4. Tag: Medizinische Aspekte der Demenz und Kommunikation mit Demenzkranken

5. Tag: Zugänge schaffen, Umgang mit herausforderndem Verhalten im Krankenhaus, Möglichkeiten der Aktivierung und Betreuung von akuterkranken Demenzkranken

6. Tag: Gefahren erkennen, Umgang mit Hilfsmitteln und Ernährung bei Demenzkranken

Die Unterarbeitsgruppe beschäftigte sich zudem mit einer Konkretisierung der Aufgaben von Ehrenamtlichen, die in Ergänzung zu den hauptamtlichen Betreuungskräften im Sinne eines „Angehörigensatzes“ definiert wurden. Es gehe darum, Demenzkranke, die im Krankenhaus behandelt werden, stundenweise zu begleiten, ihnen Gesellschaft zu leisten und Gespräche mit ihnen zu führen. Auch Zeitungsvorlesen und ähnliche Tätigkeiten seien geeignet, einen Zugang zu den Menschen mit Demenz aufzubauen und ihnen die Zeit im Krankenhaus etwas zu vertreiben. Angedacht wurde, dass Ehrenamtliche eher einzelne Demenzkranke betreuen, die z. B. nicht an Gruppenaktivitäten teilnahmen. Aber auch eine Unterstützung der Betreuungskräfte bei der Gruppenarbeit war denkbar.

Aus organisatorischen Gründen wollte man die Ehrenamtlichen möglichst an einem festen Wochentag einsetzen. Bei den Uhrzeiten hätte man sich flexibel auf die Wünsche der Ehrenamtlichen einzustellen. Die Beteiligten verständigten sich auf folgende Rahmenbedingungen:

- Ehrenamtliche in der Demenzbetreuung sollen durch eine besondere Kleidung vom Personal und von den Grünen Damen abgrenzbar sein.
- Eine zusätzliche finanzielle Belastung durch das Ehrenamt ist zu vermeiden. Als Aufwandsentschädigung sollten Fahrtkosten inklusive Parkschein sowie ein kostenloses Mittagessen gezahlt werden.
- Die Krankenhäuser stellen eine Haftpflicht- und Unfallversicherung für die Ehrenamtlichen sicher.
- Die Qualifizierung sollte mit einem Zertifikat abschließen.
- Als wertschätzende Maßnahme sollten die Ehrenamtlichen in Betriebsausflüge und sonstige Aktivitäten einbezogen werden.

Zur inhaltlichen Vertiefung erfolgte im dritten Quartal 2018 eine Exkursion der Projektbeteiligten in das Evangelische Krankenhaus Bad Dürkheim, das bereits vielfältige Erfahrungen im Einsatz von Ehrenamtlichen gesammelt hatte. Thema der Exkursion war

die Beschäftigung, Aktivierung und Begleitung demenzkranker Menschen im Akutkrankenhaus. Die Erfahrungen aus dem Workshop waren nicht in Gänze auf SEBKam übertragbar, weil hier die ehrenamtlichen Kräfte in Ergänzung zu den Betreuungskräften arbeiteten. So war z. B. eine so umfangreiche Qualifizierung in SEBKam nicht sinnvoll, zumal erste Bewerberinnen bereits den geplanten Umfang von zwanzig Stunden als anspruchsvoll erlebten.

Eine Anzeige zur Gewinnung von Ehrenamtlichen wurde von den Trägern der Krankenhäuser Ende 2018 layoutet. Nach einer Annonce im Neunkircher Stadtanzeiger hatten sich fünf Interessierte gemeldet, von denen drei ausgewählt wurden. In Neunkirchen schrieb man zusätzlich alle Mitarbeiter in Rente an. In Saarlouis konnten einzelne Interessenten durch gezielte Ansprache geeigneter Personen gewonnen werden. Darüber hinaus wurden Annoncen über Facebook, im örtlichen Friseurladen, im Gemeinderundbrief, in der vdk-Ortsgruppe sowie über die Seniorenmoderatorin der Stadt Saarlouis verbreitet. Trotz der erheblichen Anstrengungen der Träger konnten nur wenige Interessenten gefunden werden.

Aufgrund personeller und struktureller Umbrüche (vgl. 2.5.2) musste die Anwerbung von Ehrenamtlichen an beiden Standorten verschoben werden, bis wieder stabile Verhältnisse herrschten. Letztlich rekrutierten beide Krankenhäuser Ehrenamtliche zur Unterstützung der Demenzbetreuung. Dabei handelt es sich in Saarlouis um drei und in Neunkirchen um zwei Kräfte. Hauptansprechpartner der Ehrenamtlichen waren die Projektverantwortlichen der Modellstationen. Diese planten den Einsatz der Ehrenamtlichen je nach ihren individuellen Fähigkeiten und in Rücksprache mit den Betreuungskräften. Dabei ist zu betonen, dass die Demenzbetreuung eine besondere Herausforderung für Ehrenamtliche ist, die von „normalen Grünen Damen“ in der Regel nicht angenommen wird.

Bereits vor der Schulung bestand für die Bewerberinnen die Möglichkeit, in den Modellstationen zu hospitieren um zu prüfen, ob die Tätigkeit für sie interessant und leistbar war. Es gab mehrere Versuche, eine gemeinsame Schulung der Ehrenamtlichen durchzuführen. Aufgrund des Aufwands für die Planung der gemeinsamen Schulung und aufgrund der mangelnden Mobilität der Ehrenamtlichen wurde letztlich doch eine getrennte Schulung für die Kräfte aus Neunkirchen und Saarlouis durchgeführt. Dabei wurde zunächst nur ein Modul aus dem erarbeiteten Katalog ausgewählt und die anderen Bausteine wurden im Rahmen von „Training on the Job“ sukzessive ergänzt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil die komplette Schulung vor Tätigkeitsbeginn von den Ehrenamtlichen als zu intensiv empfunden wurde. Da es sich jedoch ausschließlich um Kräfte mit

Vorerfahrungen in der Demenzbetreuung handelte, war das modifizierte Vorgehen zu verantworten.

In Saarlouis wurden die drei Ehrenamtlichen jeweils am Montag, Dienstag bzw. Mittwoch von 9.30 bis 13.30 Uhr eingesetzt. Entweder unterstützten sie die Betreuungskräfte in der Gruppe oder sie führten bei unkomplizierten Menschen mit Demenz eine Einzelbetreuung durch. Ansprechpartner für die Ehrenamtlichen in Saarlouis war eine Betreuungskraft der Modellstation und die Projektverantwortliche der Station. Die zwei Ehrenamtlichen in Neunkirchen arbeiteten zum Projektende wieder im Flieder Krankenhaus, in das auch die Betreuung nach Projektende wieder umziehen soll, nachdem dieser Ansatz sich im Diakonieklinikum nicht dauerhaft etablieren konnte. Die Ehrenamtlichen wurden von den Betreuungskräften der ambulanten Dienste in Kooperation mit den Demenzbeauftragten der Kliniken eingearbeitet und im praktischen Einsatz kontinuierlich betreut und unterstützt.

Aus Sicht der Projektbeteiligten stellte sich die Rekrutierung und Schulung von Ehrenamtlichen als aufwändige Aufgabe dar. Dabei scheint es immer schwieriger zu werden, ehrenamtliche Kräfte zu finden, weil sich viele Träger und Institutionen darum bemühen. Es herrscht eine regelrechte Konkurrenz um gute Ehrenamtliche. Hilfreich für die Rekrutierung war es, mit der Mitarbeit in einem Bundesmodellprojekt zu werben.

In Interviews mit ausgewählten Ehrenamtlichen (N=3) wurde deutlich, dass die Kräfte sich die Arbeit mit Demenzkranken bewusst ausgesucht hatten und auch über Vorerfahrungen in der Betreuung verfügten. Eine Person hatte bereits einen Verwandten versorgt, eine andere war zusätzlich in der häuslichen Betreuung und eine andere in einer Geriatrischen Klinik tätig. Aus diesen Erfahrungen heraus bestand der Wunsch, solche Menschen in der besonders schwierigen Phase einer Krankenhausbehandlung zu unterstützen.

Die Schulung und Hospitation beschrieben die Ehrenamtlichen allesamt als gelungen. Viele entdeckten neue Aspekte und nahmen diese gern als Anregung auf. Genannt wurden z. B. die Informationen zum Krankheitsbild Delir, das noch nicht so bekannt war.

Die Einarbeitung übernahmen in erster Linie die Betreuungskräfte der Stationen, die Hinweise zu den zu betreuenden Personen gaben und die Ehrenamtlichen in der Anfangsphase in die Zimmer begleiteten. Eine Anleitung erfolgte auch im Rahmen der Gruppenbetreuung. Die Einsatzzeiten wurden in Abstimmung mit den Wünschen der ehrenamtlichen Kräfte festgelegt.

Als positiv schilderten die Kräfte das Gefühl, den Menschen mit Demenz etwas Gutes tun zu können und ihre Dankbarkeit zu spüren. *„Ich habe das Gefühl, ich habe jemandem*

geholfen und durch die Gespräche hat sich der Patient ein bisschen beruhigt.“ „Man sieht so kleine Veränderungen und merkt, dass es anscheinend was nutzt.“ „Es gibt Menschen, die alleine sind und keinen Besuch bekommen. Das ist eine angenehme Tätigkeit, diese Menschen zu unterstützen, wo ich ihnen helfen kann.“ „Ich ziehe für mich die Dankbarkeit heraus, die ich da oftmals geschenkt bekomme. Es ist zwar nur ein Augenblick, weil die Menschen vergessen das ja wieder. Aber der Moment zählt!“

Herausfordernde Situationen wurden eher selten benannt. Wenn bezogen sich diese auf die Tatsache, dass im Unterschied zu den früheren Erfahrungen mit schwer Kranken gearbeitet werden musste, die z. B. unter Schmerzen litten. *„Das ist etwas völlig anderes!“* *„Das war schon eine Umstellung mit so kranken Menschen umzugehen. Die Leute sind noch sehr krank, sind frisch operiert oder haben starke Schmerzen.“* Gewöhnen mussten sich die Ehrenamtlichen darüber hinaus an den Umstand, dass sie die Pflegebedürftigen nicht gut kannten und sich die Frage stellte, wie ein Zugang hergestellt und Gesprächsthemen gefunden werden konnten.

Als besonders wichtig hoben die Ehrenamtlichen hervor, dass man als ehrenamtliche Kraft einen kontinuierlichen Ansprechpartner benötige. *„Also man braucht eine Person, die einen klaren Rahmen gibt für die Arbeit. Also diese Struktur ist für die ehrenamtliche Arbeit sehr wichtig, denn die Arbeit ist kompliziert genug. Es muss jemanden geben, der das Ganze ordnet und strukturiert. Der die Richtung angibt und ein bisschen Wissen vermittelt.“* Mehr Zusammenarbeit wünschten sie sich partiell mit dem Krankenhauspersonal, um auch von deren Seite mehr Informationen zu erhalten. Positiv wurde vermerkt, dass auch zu Angehörigen Kontakte entstanden. *„Ich habe mich heute noch mit zwei Angehörigen unterhalten, die finden das Projekt auch ganz toll.“*

3.7 Einsatz gewohnter Betreuungskräfte

Die Fokusgruppe 3 hatte die Aufgabe, die Umsetzung der gewohnten Betreuung zu planen und zu strukturieren. Dafür war es auch erforderlich, über die Einbindung der Angehörigen zu diskutieren (vgl. 3.8). Die erste Sitzung der Fokusgruppe 3 fand im November 2017 statt. Weitere Treffen folgten im Mai und Oktober 2018 sowie im Juni und Oktober 2019. Neben den Pflegedienstleitungen und Einsatzleitungen der Betreuungskräfte aus den ambulanten Diensten sowie den Demenzbeauftragten und den Pflegedirektoren der Kliniken war der Demenzverein Saarlouis als Vertreter der Selbsthilfe beteiligt.

Seit dem 1. April 2018 bestand von Seiten der Projektbeteiligten die Möglichkeit, dass pflegebedürftige Demenzkranke ihre gewohnte Betreuungskraft „in das Krankenhaus mitbringen“ konnten. Bereits vor dem ersten Einsatz verständigte sich die Fokusgruppe

auf folgenden idealtypischen Prozessvorschlag für den **Ablauf** einer gewohnten Betreuung:

- Um eine zeitnahe Mitteilung der Angehörigen im Falle eines Krankenhausaufenthaltes zu erzielen, wurde von den Sozialstationen ein von der Begleitforschung entwickeltes Informationsschreiben an alle versorgten Pflegehaushalte versandt, mit dem auf SEBKam hingewiesen wurde. Für den Versand der Informationsschreiben fertigten die ambulanten Dienste einen Verteiler an. Angeschrieben wurden nur Betreuungskunden mit Demenz sowie Personen, die nicht nur rein hauswirtschaftliche Leistungen in Anspruch nahmen.
- Im Falle einer Krankenhauseinweisung klärte die Pflegedienstleitung des ambulanten Dienstes mit den Angehörigen die Art der geplanten Betreuung ab. Dabei wurde darüber informiert, dass vor allem die Zeit vor und nach Operationen mit Betreuung abgedeckt sein sollte.
- Die Pflegedienstleitung des ambulanten Dienstes rief bei den jeweiligen Stationsleitungen der Schwerpunktabteilungen an und meldete die gewohnte Betreuungskraft an. Die Stationsleitungen der Schwerpunktabteilungen wurden auch angerufen, wenn die Demenzkranken in anderen Abteilungen des Krankenhauses aufgenommen wurden. Diese informierten dann die zuständigen Kollegen.
- Die Tourenplanung des ambulanten Dienstes musste ggf. auf veränderte Einsatzbedingungen der gewohnten Betreuungskraft angepasst werden.

Im Falle der gewohnten Betreuung passten die Kräfte die Uhrzeit ihres Einsatzes flexibel an die Bedürfnisse von Demenzkranken und Angehörigen an. Es kam vor, dass die Besuche den Gepflogenheiten in der häuslichen Betreuung entsprachen, teilweise wurden aber auch andere Uhrzeiten oder Tage vereinbart bzw. die Frequenz der Besuche verändert, z. B. anstatt zu Hause an einem Tag drei Stunden mehrere kürzere Besuche im Krankenhaus. Im Durchschnitt wurden die Demenzkranken im Krankenhaus an 2,6 Tagen mit einem Stundenumfang von insgesamt 3,8 Stunden von ihren gewohnten Betreuungskräften besucht (vgl. 2.5.4.).

In aller Regel stieg der Betreuungsbedarf während des Krankenhausaufenthaltes. Dies wurde u. a. durch die ungewohnte Umgebung ausgelöst, in der sich die Demenzkranken nicht zurechtfinden und in der sie sich noch weniger als in den eigenen vier Wänden selbstständig beschäftigen konnten. Damit die Kranken den Aufenthalt unbeschadet überstanden, konnte es deshalb sinnvoll sein, die Betreuungsintensität im Vergleich zur Häuslichkeit zu erhöhen. Zur Abdeckung dieses Aufwands musste die Betreuungskraft

jedoch bereit und in der Lage sein, den zusätzlichen Zeitbedarf einzubringen. Darüber hinaus mussten die Angehörigen der sektorenübergreifenden Betreuung zustimmen.

Während die Betreuungskräfte in den Modellstationen vormittags Gruppenbetreuungen durchführten, erfolgte der Einsatz der gewohnten Betreuungskräfte ausschließlich als Einzelbetreuung. Dabei wurden die Kräfte flexibel im ganzen Haus eingesetzt, je nachdem, auf welcher Station der Demenzkranke lag.

Aus einem exemplarischen Interview mit einer Betreuungskraft, die bereits zwei gewohnte Betreuungen durchgeführt hatte, gehen die Besonderheiten des speziellen Angebots hervor. Sie berichtete, dass sie das Ehepaar bereits seit über vier Jahren betreute und ihnen auch in der Versorgung half. Aufgrund der langen Bekanntschaft freute sich der betreute Ehemann mit Demenz sehr über die Besuche. *„Er war sehr begeistert. Die Unterhaltungen haben ihm sehr gut getan. Es hat immer aus dem Fenster geschaut und dort einen Berg gesehen und dann hat er mir jedes Mal erzählt, dass er dort früher als Kind mit dem Schlitten runtergefahren ist und dort gespielt hat und mit wem usw. Einmal war er ganz allein auf dem Zimmer. Da war er ganz aufgeregt, als ich gekommen bin und hat gesagt: Gott sei Dank, jetzt kommen Sie! Jetzt habe ich endlich jemanden zum Reden.“*

Die Betreuung bestand vorwiegend aus Unterhaltungen mit dem Demenzkranken. Zudem wurde der Betreute mobilisiert. *„Ich habe ihn mit dem Rollstuhl zu seiner Frau gebracht. Die war auch im Krankenhaus in einem anderen Stockwerk. Herr X hätte den Weg zu ihr nicht allein gefunden und auch nicht zurück. Da hat er sich besonders gefreut, dass er seine Frau sehen konnte.“*

Die Betreuungskraft zog eine positive Bilanz ihres Einsatzes. Auch mit Pflegekräften und einem Arzt im Krankenhaus hatte sie Kontakt und erläuterte ihre Rolle. Dabei stellte sie fest, dass das Personal außerhalb der Modellstation nicht genauer über SEBKam informiert war. Sie selbst fühlte sich aber für die Einsätze gut gerüstet und sah einen hohen Bedarf: *„Viele Menschen sitzen sonst dort ganz alleine. Wenn einer meiner Kunden ins Krankenhaus muss, gehe ich da immer wieder gerne hin.“*

Während die Abläufe und die Durchführung der gewohnten Betreuung eine stabile Qualität aufwiesen, stellte sich im Modellverlauf eine schleppende Inanspruchnahme als großes Problem heraus. Im Rahmen der Projekttreffen und Fokusgruppen sowie in zusätzlichen Besprechungen mit den ambulanten Diensten wurde daraufhin eine Ursachenforschung betrieben und Maßnahmen zur Steigerung der Fallzahlen entwickelt.

Die Ursachenforschung ergab mitnichten das Resultat, dass die gewohnte Betreuung kein sinnvolles Angebot darstellte. Im Gegenteil war die Zufriedenheit der Angehörigen

und Betreuten im Vergleich zur Betreuung in den Schwerpunktstationen eher noch höher. Dennoch stellte es sich als sehr voraussetzungsvoll und komplex dar, dass gewohnte Betreuungen unter den Modellbedingungen zustande kamen. Im Folgenden sollen dazu einige Zusammenhänge erläutert werden:

Insgesamt berichteten die Sozialstationen, dass Angehörige sehr zurückhaltend mit Krankenhausaufenthalten von demenzkranken Pflegebedürftigen umgingen, weil sie diese als risikoreich für die mentale und körperliche Gesundheit einschätzten. In beiden ambulanten Diensten gab es jedoch deutlich mehr Abmeldungen wegen Krankenhauseinweisungen als gewohnte Betreuungen organisiert werden konnten, weil sich die Unterbringungen auf andere als die Modellkrankenhäusern bezogen und deshalb nicht bearbeitet werden konnten. Zudem kam es häufiger vor, dass bei Abmeldungen nicht kommuniziert wurde, in welches Krankenhaus eingeliefert wurde, z. B. wenn keine Angehörigen vor Ort lebten. Dann mussten die ambulanten Dienste in den Modellkrankenhäusern anrufen, um zu prüfen, ob diese Menschen dort eingeliefert worden waren.

Nach einer ausführlichen Sichtung der Leistungsbezieher nach § 45b SGB XI zusammen mit der Begleitforschung wurde deutlich, dass mehr potentielle Kandidatinnen und Kandidaten für gewohnte Betreuungen hätten benannt werden können, als es bisher die Praxis war:

- Es hatte sich als ein Problem herausgestellt, dass es für die ambulanten Dienste leistungsrechtlich keinen Sinn mehr machte, nach Leistungsbeziehern mit und ohne Demenz zu unterscheiden, weil die Demenz nach der aktuellen Rechtslage nicht mehr entscheidend für die Anspruchsberechtigung von Betreuung war. Wenn also von Seiten der Angehörigen nicht ausdrücklich auf eine bestehende Demenz hingewiesen wurde, was z. B. aus Scham häufig passierte, wurde die Demenz bei den Diensten nicht aktenkundig. Und somit waren diese Personen bislang nicht über das zusätzliche Angebot der Sozialstation informiert worden.
- Des Weiteren wurde von den ambulanten Diensten nicht unterschieden zwischen der Nachfrage nach reinen hauswirtschaftlichen Hilfen im Rahmen des § 45b SGB XI und der Nachfrage nach Mischleistungen von Betreuung und hauswirtschaftlicher Unterstützung. Denn in der Versorgungsrealität in den Haushalten gingen Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sehr häufig nahtlos ineinander über. Seit der Erweiterung des Leistungsspektrums nach § 45b SGB XI waren nach den Berichten der Sozialstationen eine Reihe von Angehörigen von den Betreuungsleistungen auf hauswirtschaftliche Hilfen umgestiegen. Denn durch hauswirtschaftliche Hilfen sahen sich viele Angehörige stärker entlastet, weil auch jede hauswirtschaftliche Hilfe zwangsläufig betreuerische Inhalte

umfasste, indem z. B. während des gemeinsamen Kochens Gespräche mit dem Pflegebedürftigen geführt wurden oder er gleichzeitig beaufsichtigt wurde.

Aufbauend auf der Problemanalyse wurden zunächst Maßnahmen beschlossen, die auf eine Erhöhung der Zahl potentieller Fälle gewohnter Betreuungen zielten:

- Der Caritasverband Saar-Hochwald erweiterte den Kreis der beteiligten Sozialstationen und beteiligte fünf ambulante Dienste mit rund 650 Leistungsbeziehern nach § 45b SGB X an der Akquise gewohnter Betreuungsfälle (Wadgassen, Schwalbach, Dillingen, Lebach, Saarlouis). Insbesondere aus der seit Anfang des Jahres vom Träger neu übernommenen Sozialstation Saarlouis erwartete man, dass dort versorgte Menschen mit Demenz im Falle einer akuten Erkrankung im Marienhaus Klinikum untergebracht würden.
- Um sicherzustellen, dass die Leitungskräfte der Caritas Sozialstationen ausreichend informiert waren, um gewohnte Betreuungen in die Wege zu leiten, spielte die Begleitforschung bei einem Leitungstreffen im Mai 2019 einen Impulsvortrag ein. Eine vergleichbare Veranstaltung fand mit den nach § 45b SGB XI geschulten Kräften der Sozialstation Neunkirchen und den Führungskräften ebenfalls im Mai 2019 statt.
- Die nach § 45b SGB XI qualifizierten Kräfte wurden in beiden Sozialstationen darin geschult, mit einem einfachen Screeningverfahren zu überprüfen, ob bei einem Leistungsbezieher eine dementielle Entwicklung wahrscheinlich war. War es der Fall, wurde dies dokumentiert und die Angehörigen wurden über das Betreuungsangebot informiert.
- Die Leistungsbezieher nach § 45b SGB XI wurden geclustert in solche, die reine Betreuungsleistungen, Mischleistungen und reine Hauswirtschaft in Anspruch nahmen. Mit Ausnahme der reinen Hauswirtschaftskunden wurden alle Angehörigen über SEBKam in Kenntnis gesetzt.

Neben diesen Schritten, die die Zahl der potentiellen Empfänger der modellhaften Leistung erhöhen sollten, wurden weiter Anstrengungen für eine allgemeine Öffentlichkeitsarbeit unternommen (vgl. 3.8).

Auch wenn durch die ergriffenen Maßnahmen eine leichte Steigerung der Fallzahlen erreicht werden konnte, führten diese nicht zu einem großen „Durchbruch“. Nachdem im ersten Modelljahr nur fünf Fälle gewohnter Betreuungen zustande kamen, konnten im zweiten Modelljahr immerhin elf Fälle eingeschlossen werden. Damit wurde eine Fallzahl

von 16⁶ gewohnten Betreuungen erreicht, darunter sechs am Standort Saarlouis und zehn in Neunkirchen.

Zusammenfassend hat es sich in der Modellkonstellation mit ausgewählten Sozialstationen und Krankenhäusern als Umsetzungsbarriere erwiesen, dass der jeweilige Pflegebedürftige des ambulanten Dienstes mit seiner Akuterkrankung zum Modellkrankenhaus passen musste. Denn viele Krankenhausfälle der SEBKam-Sozialstationen wurden andernorts eingeliefert, da sich in den Einzugsgebieten jeweils vier bis fünf weitere Akutkrankenhäuser befanden. Es stellte es sich als Nadelöhr heraus, dass nur **ein** Krankenhaus in der Region für gewohnte Betreuungsfälle aus **einer** Sozialstation zur Verfügung stand. Das beschriebene Kardinalproblem der Engführung wäre nur durch eine Öffnung auf andere Krankenhäuser und ambulante Dienste in den jeweiligen Einzugsgebieten zu reduzieren gewesen, was jedoch im Rahmen der verbleibenden Projektlaufzeit nicht umgesetzt werden konnte.

3.8 Einbindung der Angehörigen und Öffentlichkeitsarbeit

Die Fokusgruppe 3 beschäftigte sich neben der Umsetzung der gewohnten Betreuung mit der Frage, wie Angehörige in die sektorenübergreifende Betreuung einzubinden waren. Im Rahmen des Projekts waren unterschiedliche Angehörige von Interesse:

- die Angehörigen der Pflegebedürftigen mit Demenz, welche von den beteiligten ambulanten Diensten versorgt wurden,
- die Angehörigen der betreuten Krankenhauspatienten sowie
- Angehörige in der allgemeinen Öffentlichkeit.

Alle drei Gruppen wurden im Rahmen des Projekts mit speziellen Maßnahmen angesprochen. Dabei war die erste Gruppe von besonderer Relevanz, damit die sektorenübergreifende Betreuung überhaupt funktionieren konnte. Unabhängig von den genannten Gruppen sollten alle Angehörigen dafür sensibilisiert werden, dass ein Krankenhausaufenthalt für Demenzkranke mit Risiken verbunden ist und dass vor dem Hintergrund begrenzter personeller Kapazitäten im Krankenhaus eine zusätzliche Betreuung, z. B. auch durch ein Rooming-In, Komplikationen bei Pflegebedürftigen mit Demenz vermeiden könnte.

Für die Betreuungskunden der ambulanten Dienste wurde von der Begleitforschung ein **Informationsblatt** entwickelt, das mit den Rechnungen in Haushalte mit Demenz verschickt wurde (vgl. 3.7). Hierin waren Informationen zu potentiellen Risiken während des

⁶ In die Datenerfassung zu Art und Inhalt der Betreuung (vgl. 2.5.3) gingen nur 14 Fälle ein. Zwei Fälle gewohnter Betreuung konnten nicht mehr erfasst werden, weil sie erst nach der Auswertungsphase stattfanden.

Krankenhausaufenthalts, zum Angebot des Projekts und zu den geplanten Abläufen enthalten. Alle Mitarbeiter der Sozialstationen wurden über den Inhalt des Infoblattes unterrichtet, damit sie ggf. Auskünfte geben konnten. Zusätzliche mündliche Informationen wurden im Rahmen von Routinekontakten, wie Erstbesuchen und Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, weitergegeben.

Auf der Seite des Krankenhauses wurde angeraten, die Angehörigen zumindest auf den Modellstationen über die spezielle Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus und über die Betreuungsmöglichkeiten im Projekt aufzuklären. Aus Zeitmangel funktionierte dies nicht durchgängig. Auch im Rahmen der Entlassungsplanung bemühten sich die Projektbeteiligten aus den Kliniken, Gespräche mit den Angehörigen zu führen, damit die mit der Betreuung gesammelten Erfahrungen auch in die häusliche Versorgung überführt werden konnten.

Einen regelmäßigen Kontakt zu den Angehörigen pflegten vor allem die Betreuungskräfte (vgl. 2.5.3). So erfolgte ein Austausch über die Besonderheiten des jeweiligen Menschen sowie darüber, auf welche Betreuung welche Reaktionen erfolgten. Durch die Gespräche mit den Angehörigen erhielten die Betreuungskräfte wichtige Hintergrundinformationen über die Betreuten, womit sie den Zugang erleichtern konnten. Auf der anderen Seite profitierten die Angehörigen durch Anregungen zur Aktivierung der Demenzkranken. Damit konnten vom Krankenhaus ausgehend auch sektorenübergreifende Akzente auf die häusliche Versorgung gesetzt werden.

Häufig zeichnete sich im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes ein weitergehender Beratungsbedarf der Angehörigen ab, mit dem das Personal und der Sozialdienst überfordert waren. Um hier eine passende Hilfe anbieten zu können, wurde in Kooperation mit der Landesfachstelle Demenz ein Verfahren angestoßen, mit dem direkt über das Krankenhaus eine Pflegeberatung in Gang gesetzt werden konnte. Grundlage war das von der Landesfachstelle für Arztpraxen entwickelte „**Beratungsfax**“, auf dem Angehörige ihren Wunsch bekunden konnten, nach dem Krankenhausaufenthalt vom Pflegestützpunkt telefonisch kontaktiert zu werden. Das Fax wurde auf die Situation in Krankenhäusern angepasst und es wurde vereinbart, dass alle, die in der Klinik mit Angehörigen in Kontakt kamen, also vorzugsweise Betreuungskräfte, Pflegekräfte und der Sozialdienst den Fax-Vordruck nutzen sollten. In Saarlouis wurde im Juni 2019 bei einer Informationsveranstaltung auf der Modellstation mit dem iso-Institut auf das Fax hingewiesen. In Neunkirchen informierte der stellvertretene Pflegedirektor das Team der Modellstation im gleichen Zeitraum. In Saarlouis wurden darüber hinaus alle anderen Stationen und der Sozialdienst informiert.

Zur weiteren Information und Einbindung der Angehörigen wurden zwei **SEBKam-Plakate** (vgl. Anhang 2 und 3) für die Modellstationen entwickelt. Beabsichtigt war, darüber andere Patienten, Angehörige, Besucher sowie Beschäftigte zu erreichen, die Demenzkranke zu Hause versorgten. Auf den Plakaten waren wichtige Informationen über das Projekt, Fotos der jeweiligen Betreuungskräfte sowie Ansprechpartner vermerkt. Zudem wurde ein Hinweis auf die Möglichkeit gewohnter Betreuungen platziert. Die Projektbeteiligten brachten die Plakate in DIN A3 Größe jeweils in der Nähe des Gruppenraums an. Dort wurde auch ein Kasten mit einem ebenfalls entwickelten **Projektflyer** (vgl. Anhang 1) aufgestellt. Wichtig war, darüber den Austausch über die Bedürfnisse der Demenzkranken zwischen Betreuungskräften und den Angehörigen anzuregen.

Neben den Informationen, die für die Kunden von ambulanten Diensten und Krankenhäusern bestimmt waren, wurden im Rahmen von SEBKam auch **Maßnahmen für die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit** durchgeführt:

- Bereits zu Projektbeginn wurde eine Pressemitteilung erarbeitet, mit der zum Start des Projekts bundesweit informiert wurde.
- Der Saarländische Rundfunk drehte einen Fernsehbeitrag für ein Verbrauchermagazin im Sinne einer Fallanalyse zur gewohnten Betreuung.
- Die Träger nutzten interne Medien, um das Projekt einer größeren Öffentlichkeit vorzustellen. Ein Artikel über das Projekt SEBKam erschien z. B. im Marienhaus Echo. Dabei handelt es sich um eine Mitarbeiterzeitung der Unternehmensgruppe mit einem breiten Verteiler.
- Der Projektflyer wurde von allen Partnern an Angehörige und potentielle Multiplikatoren ausgegeben. Die Landesfachstelle Demenz, die Mitglied der Fokusgruppe 3 war, verteilte das Faltblatt in relevanten Kontexten und platzierte eine Projektinformation auf der eigenen Webseite. Alle Partner im SEBKam-Verbund stellten den Flyer auf ihrer Webseite ein.
- Beim Internationalen Demenzkongress Saar-Lor-Lux hielt die Begleitforschung im September 2018 ein Vortrag über das Projekt. Die anschließende Diskussion mit dem Plenum wurde durch vielfältige Statements weiterer Projektbeteiligter bereichert. SEBKam wurde zudem auf zwei weiteren Veranstaltungen vorgestellt (Projektwoche der Demenz der Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland im November 2018, 23. Homburger Pflegekongress im Dezember 2018).
- Zudem wurden Multiplikatoren informiert, die Angehörige beraten und unterstützen. Kontaktiert wurden die Pflegestützpunkte, die für die Regionen

Neunkirchen und Saarlouis zuständig waren. Des Weiteren wurde der Pflegebeauftragte des Saarlandes, über SEBKam informiert und ebenso wie die zuständigen Pflegestützpunkte mit Projektmaterialien zum Verteilen versorgt.

Eine besondere öffentliche Aufmerksamkeit wurde SEBKam 2018 durch die Auszeichnung mit dem Innovationspreis der Gesundheitsnetzwerker zuteil (vgl. Anhang 6). Im Folgejahr wurde das Projekt zudem ausgewählt, als es darum ging, bei einem der Preisträger die Entwicklung des vergangenen Jahres für die neue Preisträgerbroschüre 2019 nachzuzeichnen.

4. Ergebnisse, Reflektion und Bewertung

Im Folgenden sollen die Ergebnisse aus der Modellerprobung zusammengefasst und bewertet werden. Dabei werden zunächst die Effekte von SEBKam dargestellt (vgl. 4.1) und anschließend wird auf übertragbare Erfahrungen zum Transfer des Konzeptes eingegangen (vgl. 4.2).

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wenn es um die zusammenfassende Darstellung der Effekte von SEBKam geht, ist zunächst auf die Ergebnisse der Wirkungsanalysen zu verweisen. Es gab dazu zwei Teilstudien, eine zu den Auswirkungen auf die Patientensicherheit und eine zur Kostenwirksamkeit.

Die Patientensicherheit konnte nur für den Standort Saarlouis methodisch korrekt ausgewertet werden, weil hier die Bedingungen zwischen Kontrolle und Intervention konstant gehalten werden konnten. Dadurch ergeben sich aufgrund der geringeren Fallzahl und der Konzentration auf ein Krankenhaus Limitationen im Hinblick auf die Aussagekraft. Der in Saarlouis durchgeführte Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe hat deutliche Ergebnisse geliefert (vgl. 2.3). In allen untersuchten 16 Dimensionen haben sich die unerwünschten Vorkommnisse reduziert. Insgesamt gab es einen Rückgang von zwei Drittel der zuvor konstatierten Ereignisse. Daraus leiten sich auf verschiedenen Feldern positive Auswirkungen des modellhaften Ansatzes ab:

- Durch den Rückgang unerwünschter Vorkommnisse steigt zunächst die **Lebensqualität** der Menschen mit Demenz, die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen müssen. Denn die verfolgten Vorkommnisse implizieren in der Regel Komplikationen im Behandlungsverlauf mit teils schwerwiegenden Konsequenzen auf die weiteren Lebensperspektiven.
- Durch das präventive Vermeiden von Komplikationen fallen **keine zusätzlichen Kosten** an. Diese entstehen z. B., wenn sich die Aufenthaltsdauer verlängert und/oder wenn zusätzliche Behandlungen infolge von Infektionen, Stürzen oder Delirien erforderlich werden.
- Schließlich sparen vermiedene Vorkommnisse Zeit beim Personal des Krankenhauses, die anfällt, wenn etwa Maßnahmen wiederholt, abgängige Patienten mit Demenz gesucht oder Mitpatienten beruhigt werden müssen. Neben der **Zeiterparnis** sind damit Effekte im Sinne einer Stressreduktion zu vermuten, womit zugleich die Personalbindung und –gesunderhaltung positiv beeinflusst werden können.

Bei der Kostenwirksamkeitsanalyse konnte allerdings nicht nachgewiesen werden, dass der Ansatz Kosten einspart (vgl. 2.4). Dabei gingen in diese Auswertung Angaben aus beiden Standorten ein. Es wurde überprüft, ob eine Betreuung der Demenzkranken in der Interventionsgruppe die Kostenentwicklung von Krankenhaus-, Pflege- und Gesamtkosten beeinflusst. Dabei konnten jedoch im Rahmen einer Modellrechnung auf Basis einer niedrigen Fallzahl nur Trendaussagen gewonnen werden. In der Gesamtauswertung lagen die berechneten Kosten in der Kontrollgruppe durchschnittlich unter den Kosten in der Interventionsgruppe. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass es aufgrund der geringen Fallzahl zu Verzerrungen der Ergebnisse gekommen ist. So drehten sich die Verhältnisse nach Ausschluss von Extremwerten um: dann waren die Kosten in der Interventionsgruppe geringer.

Auch aus der qualitativen Auswertung im Rahmen der Struktur- und Prozessanalyse lassen sich viele Hinweise auf positive Effekte von SEBKam ableiten. Dabei ist zunächst auf das durchweg positive Feedback der Betreuten und ihrer Angehörigen zu verweisen (vgl. 2.5.1). Aber auch auf der betrieblichen Ebene nannten die Projektbeteiligten zielführende Entwicklungen.

Es konnte aufgezeigt werden, dass sich eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen eines solchen Ansatzes unter bestimmten Voraussetzungen gut entwickeln kann. Das war ein wichtiges Projektziel, denn schließlich hält sich die Krankheit Demenz weder an System-, noch an Berufsgrenzen. Deshalb müssen moderne Versorgungskonzepte nicht nur an einzelnen Versorgungssegmenten ansetzen, sondern vor allem auch die Vernetzung der verschiedenen Instanzen im Blick haben. Denn Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zwischen Sektoren, Professionen und Kostenträgern behindern die Umsetzung patientenorientierter Konzepte und erzeugen so unnötigen Leidensdruck bei den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Vor allem in Saarlouis wurde nach anfänglich großer Skepsis des unfallchirurgischen Personals und Konflikten ein gutes Miteinander zwischen den Betreuungskräften der Sozialstation, den Pflegekräften, den Ehrenamtlichen sowie den Mitarbeitenden der Physiotherapie und Seelsorge erreicht. Am Ende arbeiteten alle Beteiligten zum Wohle der Menschen mit Demenz wertschätzend und unterstützend zusammen und soziale Aspekte der Krankenhausbehandlung wurden gestärkt. Auch im Fliedner Krankenhaus Neunkirchen fand nach einer Kennenlernphase eine gute Zusammenarbeit zwischen Betreuungs- und Pflegekräfte sowie der Physiotherapie statt. Die operative Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und der Sozialstation hat sich dadurch insgesamt erheblich verbessert, was vor SEBKam in dieser Art nicht gelungen war.

Auf einer allgemeinen Ebene ist zudem die Überzeugung gewachsen, dass Betreuung im Krankenhaus notwendig ist. Dies betrifft nicht nur die Projektpartner, sondern auch interessierte Anfragende aus dem ganzen Bundesgebiet sowie die Medien. Es wurde im Rahmen von SEBKam viel Wissen aufgebaut, wie durch eine sektorenübergreifende Versorgung mit Betreuungsleistungen Krankenhäuser so weiterentwickelt werden können, dass sie für Menschen mit Demenz ihren Schrecken verlieren.

Die Erfahrung hat aber gleichzeitig gezeigt, dass ein solches Unterfangen kein Selbstläufer ist und die Anforderungen, diesen Ansatz erfolgreich zu implementieren, von einer hohen Komplexität geprägt ist. Denn damit ein Ansatz wie SEBKam gelingen kann, sind vielfältige Kompetenzen auf der Ebene von Führungskräften und Beschäftigten erforderlich und alle Beteiligten müssen dazu bereit und in der Lage sein, gewohnte Abläufe zu verlassen und sich auf Neuland zu begeben.

An dieser Stelle muss auch auf unerwartete Entwicklungen und auf Reibungsverluste eingegangen werden, die für Modellerprobungen typisch sind und aus denen gleichzeitig für den späteren Transfer Lernchancen abgeleitet werden können. Dabei sind insbesondere zwei Aspekte zu benennen, die den Projektfortschritte zwischenzeitlich verlangsamt und erschwert haben:

- Unter den allgemeinen Rahmenbedingungen, die durch Ökonomisierung und Personalnotstand gekennzeichnet sind, war es eine Herausforderung, die Projektkonstruktion über drei Modelljahre konstant zu halten. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind einem ständigen Finanzierungs- und Veränderungsdruck ausgesetzt, was letztlich am Standort Neunkirchen zu einem Umzug der Modellabteilung und in Saarlouis zu einem häufigen Wechsel der Projektverantwortlichen geführt hat. Beides hat sich auf verschiedenen Ebenen für die Umsetzung des Projekts als ungünstig erwiesen. Man kann daraus die Lehre ziehen, dass zur Vermeidung von Projektkrisen im Vorfeld Vereinbarungen zu treffen sind, durch die möglichst personelle Wechsel oder strukturelle Veränderungen vermieden werden. Denn gerade in sektorenübergreifenden Ansätzen sind stabile Ansprechpartner und verlässliche Strukturen ein wichtiger Erfolgsgarant.
- Als zweites Problem stellte sich die personelle Besetzung der Betreuungskräfte am Standort Saarlouis heraus. Nach Einschätzung der Projektbeteiligten hat sich von den drei Kräften der Sozialstation letztlich nur eine für die komplexe Aufgabe als wirklich geeignet herausgestellt. Unterschätzt wurden vor allem die hohen Anforderungen an die soziale und persönliche Kompetenz, an Teamfähigkeit und an geübter Praxis im Umgang mit Menschen mit Demenz und mit Gruppen. Daraus kann geschlossen werden, dass die Auswahlprozesse noch sorgfältiger organisiert werden müssen. Neben ausführlichen Bewerbungsgesprächen sind z. B.

längere Hospitationsphasen und Probezeiten zu empfehlen. Weitere Empfehlungen zur Qualifizierung der Betreuungskräfte sind im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

Trotz der beschriebenen Hindernisse ist SEBKam in der Gesamtbilanz als erfolgreiches Projekt zu bewerten, bei dem ein Transfer in die Breite lohnenswert ist.

4.2 Struktur- und Prozessempfehlungen für den Transfer

Bevor konkrete Struktur- und Prozessempfehlungen für den Transfer von SEBKam aufbereitet werden, soll zunächst eine Gegenüberstellung von Kernelementen die Unterschiede zwischen den beiden in SEBKam durchgeführten Betreuungsformen „gewohnte Betreuung“ und „Betreuung in der Modellstation“ verdeutlichen:

Elemente des Organisationskonzepts	Gewohnte Betreuung	Betreuung Modellstation
Zielgruppe	Demenzkranke, die die häuslichen Betreuungen bei den beteiligten Pflegediensten in Anspruch nehmen und die ins Krankenhaus müssen	Personen, die aufgrund einer Demenz einen dringenden Bedarf an Betreuung während des Klinikaufenthalts zeigen
Rechtliche Anstellungsträgerschaft	Ambulante Dienste	Ambulante Dienste
Auswahl der Betreuungskräfte	Bereits bei den ambulanten Diensten in der häuslichen Betreuung eingesetzte Kräfte	Neuanwerbungen und Auswahl an Kräften aus bestehenden Arbeitsverhältnissen
Qualifizierung der Betreuungskräfte	Interne Weiterqualifizierung unter Verantwortung der ambulanten Dienste	Ausbildung gemäß § 87b bzw. 53c SGB XI plus Zusatzmodul Akutversorgung aus SEBKam
Einsatzort	Abteilungsunabhängig	In Schwerpunktstationen
Betreuungsart	Einzelbetreuung und Begleitdienste	Gruppen- und Einzelbetreuung
Betreuungszeiten	Flexibel nach Rücksprache mit den Angehörigen	Montags bis freitags von 9.00 bis 17.00 Uhr, samstags 10.00 bis 13.00 Uhr
Betreuungskunden	Aus der häuslichen Versorgung bekannt	Unbekannte Personen, bei denen meist wenig Informationen über Hintergründe vorliegen
Ehrenamtliche Kräfte	Keine gemeinsamen Einsätze mit Ehrenamtlichen	Zur zusätzlichen Aufwertung der Betreuung

Elemente des Organisationskonzepts	Gewohnte Betreuung	Betreuung Modellstation
Einbindung von Angehörigen	Sensibilisierungskampagne bei den Angehörigen erforderlich	Austausch zwischen Betreuungskräften und Angehörigen; Kooperation mit den Pflegestützpunkten zur Sicherung von Nachhaltigkeit der Betreuung
Anleitung, Begleitung der Betreuungskräfte und Einsatzplanung	Pflegedienstleitungen der ambulanten Dienste	Pflegedienstleitungen der ambulanten Dienste
Finanzierung	Finanzierung über Modellmittel nach Einzelleistungsnachweis der ambulanten Dienste	Pool von 1,5 Kräften auf jeweils einer Schwerpunkstation über Modellmittel

Tabelle 22: Elemente des Organisationskonzeptes im Vergleich

Wie aus Tabelle 22 hervorgeht, gab es eine Reihe von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den beiden Organisationsformen der Betreuung in SEBKam. Die Hauptgemeinsamkeiten lagen in den formalstrukturellen Rahmenbedingungen der Erbringung: die Betreuungskräfte waren jeweils bei den ambulanten Diensten angestellt, die auch die Einsatzplanung sowie die Anleitung und Begleitung übernahmen. Während die gewohnten Betreuungskräfte allesamt in der häuslichen Betreuung tätig waren, mussten für die Modellstation auch neue Personen angeworben werden. Für die gewohnten Betreuungskräfte, die wie andere Besucher im Krankenhaus oder Angehörige bewertet wurden, waren interne Schulungen ausreichend, während für die Betreuungskräfte mit ausschließlichem Einsatzort Krankenhaus eine höhere Ausgangsqualifizierung sowie eine Zusatzqualifikation für den Klinikbereich vorgesehen war.

Die gewohnte Betreuung konzentrierte sich auf den Einzelfall bei bereits bekannten Personen und fand flexibel ausgerichtet an den Bedürfnissen der Angehörigen statt. Die Betreuung in den Modellstationen war unterteilt in Gruppenbetreuung am Vormittag und Einzelbetreuung am Nachmittag. Werktags wurde ganztägig und samstags halbtägig Betreuung teilweise mit Unterstützung Ehrenamtlicher – geleistet. Eine besondere Herausforderung bestand in der Tatsache, dass meist nur wenig Informationen zu den Menschen mit Demenz vorlagen.

Damit die gewohnte Betreuung funktionieren konnte, mussten die Angehörigen dafür sensibilisiert werden, den ambulanten Diensten Krankenhausaufenthalte frühzeitig zu melden. In den Modellstationen tauschten sich die Betreuungskräfte mit den Angehörigen aus, um jeweils Anregungen zu erhalten. Bei Beratungsbedarf wurde mithilfe eines

„Beratungsfaxes“ eine unkomplizierte Kontaktaufnahme durch den regionalen Pflegestützpunkt initiiert.

Beide Organisationsformen der Betreuung wurden während der Projektphase über Modellmittel des GKV-Spitzenverbandes finanziert. Durch die im Rahmen der Begleitforschung durchgeführte Kostenanalyse konnte ermittelt werden, welche Kosten der Ansatz im Realbetrieb verursachen würde. Danach kostete eine Betreuung für die gesamte Zeit des Aufenthaltes auf den Modellstationen mit durchschnittlich 19,4 Stunden rund 380 €. Die gewohnte Betreuung, die im Mittel 3,8 Stunden Betreuungszeit umfasste, kostete hingegen nur 110 €. Beim direkten Vergleich der Stundensätze kostete hingegen die Betreuung auf den Modellstationen mit rund 20 € nur 2/3 der gewohnten Betreuung (vgl. 2.5.4.). Insgesamt können beide Organisationsformen als vergleichsweise kostengünstig bewertet werden.

Aus den gesammelten Erfahrungen können wichtige Hinweise auf Gelingensfaktoren des sektorenübergreifenden Ansatzes abgeleitet werden. Diese werden zunächst für die Betreuung in den Modellstationen aufgelistet:

Implementationsphase:

- Bei der Auswahl der Modellstation sollte berücksichtigt werden, dass es sich um ein stabiles und gewachsenes Team handelt, in dem die Abläufe und Hierarchien für jeden klar geregelt sind und in dem zusätzliche Belastungen, die zwangsläufig durch die Implementation von Neuerungen entstehen, aufgefangen werden können.
- Insgesamt empfiehlt es sich, einen Probelauf von mindestens drei Monaten durchzuführen und anschließend die Erfahrungen gemeinsam zu reflektieren. Dieser Probelauf sollte nicht in eine Grippeperiode gelegt werden, um Überforderungen vorzubeugen. Denn hier ist generell mit mehr Stress durch höhere Krankenstände beim Personal bei gleichzeitiger Überbelegung zu rechnen.
- Das Krankenhauspersonal sollte in Demenz geschult und für die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit dieser Erkrankung sensibilisiert sein. Dadurch ergibt sich, dass die Bedeutung einer Betreuung erkannt und wertgeschätzt wird.
- Damit das Projekt verortet werden kann, muss eine Örtlichkeit geschaffen werden, die für ältere mobilitätseingeschränkte Menschen für Gruppenangebote zu nutzen ist. Dieser Raum sollte demenzgerecht ausgestattet werden (z. B. Orientierungshilfen) und über Materialien für die Betreuung verfügen (z. B. Spiele oder Bildbände für Menschen mit Demenz, Liederbücher, Bastelutensilien).

- Die Informationen über den Hintergrund des Projekts, über die Aufgaben der Betreuungskräfte und darüber, was diese nicht tun sollen, müssen dem Personal bereits vor Beginn der Betreuung ausführlich kommuniziert werden. Zudem ist es erforderlich, dass die Abläufe in der Zusammenarbeit klar geregelt sind. Es empfiehlt sich, auch die Ärztinnen und Ärzte mit einzubinden, weil sie wichtige Promotoren des sektorenübergreifenden Ansatzes werden können.

Durchführungsphase:

- Ein sektorenübergreifender Ansatz funktioniert nur, wenn sich die Führungskräfte vollständig dahinter stellen. Zudem muss eine Bereitschaft vorhanden sein, dass sich die Führungskräfte von Krankenhaus und Sozialstation auf Augenhöhe begegnen und keine Hierarchien gebildet werden. Die Leitungskräfte der unterschiedlichen Einrichtungen müssen geeignete Strukturen und Prozesse miteinander aushandeln und einen engen und partnerschaftlichen Umgang pflegen.
- Der Eignung der Betreuungskräfte muss eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Unabdingbar ist ein sicherer Umgang mit Menschen mit Demenz sowie eine Übung in der Arbeit mit Gruppen. Dazu ist eine Mindestqualifizierung nach den Kriterien des § 87b bzw. 53c SGB XI erforderlich. Darüber hinaus sind persönliche Kompetenzen wie Selbständigkeit und Eigeninitiative, Empathie gegenüber Patienten und Kollegen, Teamfähigkeit und Eigenreflektion notwendig. Für den ungewohnten Einsatzort Krankenhaus muss zudem eine Zusatzqualifizierung durchgeführt werden, für die im Rahmen von SEBKam ein Curriculum (vgl. Anhang 4) vorgelegt wurde.
- Auch im laufenden Betrieb treten immer wieder offene Fragen und fordernde Situationen mit den betreuten Menschen und den Vertretern der anderen Berufsgruppen auf. Die Führungskräfte der Sozialstationen sollten dies berücksichtigen und regelmäßig für Austausch, Begleitung und eine gemeinsame Reflektion sorgen. Wenn Patienten mit schwierigen psychiatrischen Problemstellungen betreut werden sollen, ist es günstig eine fachlich geleitete Fallsupervision anzubieten. Dadurch kann langfristig die Kompetenz im Umgang mit psychischen Störungen gestärkt werden.
- Es müssen Strukturen geschaffen werden, damit die „von außen“ kommenden Betreuungskräfte einen Platz finden und sich angenommen fühlen. Dazu zählen Investitionen in „Hardware“ wie Parkmöglichkeiten, Aufbewahrungsort für Wertgegenstände ebenso wie personale Investitionen, indem z. B. feste Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

- In chirurgischen Abteilungen muss in Rechnung gestellt werden, dass der Aufbau eines Betreuungsangebots mit mehr Hürden versehen ist. Dies liegt zum einen an der Situation der frisch operierten Patientinnen und Patienten, auf die Rücksicht zu nehmen ist. Zum anderen passen die hektische Atmosphäre und die Haltung des Personals in dieser Art von Stationen besonders wenig zu den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz. Gerade aus der Sicht der Demenzkranken ist es deshalb aber von besonderer Relevanz, ein solch modellhaftes Konzept trotz der sperrigen Ausgangsbedingungen umzusetzen, um Krankenhausaufenthalte belastungsärmer zu gestalten.
- Die Einsatzzeiten sollten werktags ein Angebot am Vor- und Nachmittag sowie mindestens ein Vormittagsangebot am Samstag ermöglichen. Die Zusammenarbeit zwischen Betreuungs- und Pflegekräften sollte auf der Grundlage eines schriftlich fixierten Konzepts immer wieder ausführlich kommuniziert und zumindest in einer Anfangsphase von den Führungskräften begleitet werden.
- Ein geregelter Informationstransfer ist bei Menschen mit Demenz aufgrund deren eingeschränkter Kommunikationsfähigkeiten besonders wichtig. Arbeiten die Betreuungskräfte in Teilzeitschichten, ist eine Übergabe zwischen den Schichten einzuplanen. Eine Teilnahme der Betreuungskräfte an der Übergabe des Pflegepersonals hat sich nicht bewährt. Hilfreich sind hingegen Patientenlisten, die vom Frühdienst für die Betreuungskräfte vorbereitet werden und die wesentlichen Informationen über die zu Betreuenden enthalten. Zusätzlich muss es für die Betreuungskräfte möglich sein, Nachfragen zu stellen und ihre Erfahrungen in der Betreuung mitzuteilen.
- Der Einsatz von Ehrenamtlichen kann die Betreuung zusätzlich aufwerten. Damit dies gelingen kann, müssen Ehrenamtliche wertschätzend aufgenommen werden und eine klare Arbeitsstruktur unter Berücksichtigung eigener Wünsche erhalten. Unabdingbar ist zudem ein kontinuierlicher Ansprechpartner, der für Rückfragen der Ehrenamtlichen zur Verfügung steht und den Einsatz begleitet.
- Eine zweite Zielgruppe der Betreuungskräfte sind die Angehörigen. Es führt zu einer höheren Qualität, wenn sich Betreuungskräfte und Angehörige über ihre Erfahrungen mit den Menschen mit Demenz austauschen und voneinander lernen können. Damit können auch sektorenübergreifende Effekte gestärkt werden. Deshalb sollten Betreuungskräfte gezielt den Kontakt zu Angehörigen suchen.

Im Gegensatz zur Betreuung in den Modellstationen hat sich die gewohnte Betreuung organisatorisch als weniger aufwendig herausgestellt. Die Betreuungskräfte besuchen im Krankenhaus ihre Betreuungskunden, wie sie es ansonsten zu Hause tun würden.

Dazu wird keine gesonderte fachliche Qualifikation benötigt. Auch die Kooperationsanforderungen, die sich für die Betreuungskräfte in den Modellstationen mit dem Personal und mit Ehrenamtlichen ergeben, sind für die gewohnte Betreuung nicht relevant. Schließlich kennen sie die Pflegebedürftigen und sie benötigen deshalb in der Regel keine zusätzlichen Informationen, um ihren Einsatz durchzuführen.

Für die ambulanten Dienste ergibt sich im Hinblick auf die Einsatzplanung häufig das Erfordernis, aufgrund der gewohnten Betreuung die Tourenplanung umzustellen. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Einsätze anders geplant werden als zu Hause oder wenn andere Fahrzeiten auftreten. Zudem entsteht ein anderer Aufwand durch notwendige Absprachen mit den Angehörigen. Meist ist vor der gewohnten Betreuung zu klären, welche Einsatzzeiten zu empfehlen wären. So ist es günstig, wenn die Demenzkranken nach Operationen ein gewohntes Gesicht um sich haben. Auch nach der Betreuung im Krankenhaus sollte ein Austausch mit den Angehörigen erfolgen, um zu klären, wie die Betreuung empfunden wurde und wie diese nach dem Krankenhaus weitergeführt werden soll.

Anspruchsvoll war unter den Modellbedingungen insbesondere die Fallakquise, weil der Betreuungskunde der Sozialstation zu dem jeweiligen Modellkrankenhaus passen musste und weil die Angehörigen die Sozialstationen zeitnah über eine Krankenhauseinweisung unterrichten mussten (vgl. 3.7). Dem Erschwernis hätte jedoch nur strukturell begegnet werden können, indem die Fallakquise auf mehrere Krankenhäuser der Region sowie auf zusätzliche ambulante Dienste ausgeweitet worden wäre, was im laufenden Projekt nicht möglich war.

5. Fazit und Ausblick

Die dargestellten Ergebnisse sprechen trotz der Limitationen der Studie für eine Wirksamkeit von Betreuungsleistungen bei Menschen mit Demenz, die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen müssen. Zu den Limitationen zählen insbesondere die Fallzahlen in den Wirkungsanalysen, die geringer ausfielen, als erwartet. Die Wirksamkeit lässt sich vor allem für die Betreuung auf den Stationen nachzeichnen, weil hier eine bessere Datenbasis vorlag. Für die gewohnte Betreuung kann hingegen auf der Grundlage einer exemplarischen Fallzahl lediglich ein hohes Potential unterstellt werden, scheint sich hier doch durch die vertrauten Personen eine besondere Qualität zu entfalten.

Aus der Teilstudie zur Patientensicherheit ergeben sich Hinweise, dass die Lebensqualität der Menschen mit Demenz durch das präventive Vermeiden unerwünschter Vorkommnisse gesichert werden kann. Zudem ist zu vermuten, dass Ressourcen eingespart werden, weil kostenintensive Komplikationen wie Delirien oder Stürze offenbar mit Betreuung seltener vorkommen. Dafür konnte jedoch im Rahmen des Projekts kein Nachweis erbracht werden.

Einiges spricht dafür, dass das Krankenhauspersonal Zeit spart, wenn es von Betreuungskräften unterstützt wird. Denn wie aus den Ergebnissen abgeleitet werden kann, wird insbesondere das Pflegepersonal ohne Betreuungsleistungen täglich erheblich mehr Zeit investieren für

- die Wiederholung von Anwendungen nach Entfernungen von Verbänden etc.,
- zusätzliche Versuche nach Abwehrverhalten, um notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Behandlung durchzuführen,
- das Suchen abgängiger Patienten,
- zusätzliche Körperpflege und Bettenbeziehen nach Lösen von Inkontinenzslips oder Kotschmierern,
- das Beruhigen störender Patienten oder von Patienten, die keine Nachtruhe finden und
- Gespräche mit Mitpatienten und Angehörigen, um Konflikte zu moderieren.

Der Umfang dieser Zeiteinsparungen ist auf der Grundlage der Ergebnisse von SEBKam jedoch nicht zu quantifizieren.

Die beteiligten Krankenhäuser haben sich aufgrund der positiven Erfahrungen in den Modellstationen trotz knapper Finanzmittel dazu entschieden, weiter Betreuungsangebote vorzuhalten. Im Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis wurde ab dem Projektende eine der eingearbeiteten Betreuungskräfte im Volumen einer Vollzeitstelle

übernommen. Zusätzlich wird wahrscheinlich eine zweite Kraft integriert. Wie zuvor arbeiten andere Beschäftigtengruppen des Krankenhauses eng mit den Betreuungskräften zusammen. Die kreuznacher diakonie hat die Betreuung im Diakonieklinikum Neunkirchen vorerst eingestellt. Zunächst soll hier durch Demenzfortbildungen sowie durch räumliche und personelle Umstrukturierungen ein fruchtbarer Boden für Betreuungsangebote geschaffen werden. Allerdings wurde die Betreuung am ersten Projektstandort Fliedner Krankenhaus in der Abteilung für Gerontopsychiatrie wieder aufgegriffen. Damit konnte an beiden Standorten ein erfolgreicher Transfer der Betreuung nach Modellende verbucht werden.

Für die gewohnte Betreuung kann dies zum Modellende leider noch nicht konstatiert werden. Ohnehin hat sich die sektorenübergreifende Ausrichtung von SEBKam in der Umsetzung teilweise als kompliziert und zeitaufwendig herausgestellt. Der Bericht enthält eine Reihe von Vorschlägen, wie unter Berücksichtigung der gesammelten Erfahrungen Reibungsverluste reduziert werden können.

Literaturverzeichnis

Bickel, Horst; Martina Schäufele; Ingrid Hendlmeier; Johannes Heßler-Kaufmann (2019): *Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie. General Hospital Study (GHOSt)*, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Bogner, Alexander; Beate Littig; Wolfgang Menz (Hrsg.) (2009): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, Wiesbaden: VS Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): *Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen steigt auf 60.000*, online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/4-quartal/betreuungskraefte.html>, Abruf 30.03.2020

Chan, Daniel und Nicholas J. Brennan (1999): *Delirium: making the diagnosis, improving the prognosis*, in: *Geriatrics March*, Jg. 54, H. 3, S.28-30.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013): *Jedes dritte Delir lässt sich verhindern!*, online verfügbar unter: <http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/jedes-dritte-delir-laesst-sich-verhindern.html>, Abruf 16.04.2020

GKV Spitzenverband (2012): *Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Band 9, Berlin.

Gläser, Jochen; Grit Laudel (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (3. Aufl.)*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Helfferrich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hessler, Johannes Baltasar; Martina Schäufele; Ingrid Hendlmeier; Magdalena Nora Junge; Sarah Leonhardt; Joshua Weber und Horst Bickel (2017): *The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHOSt)*, in: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 32, H. 7, S. 726-733.

Inouye, Sharon K.; Rudi G. J Westendorp und Jane S. Saczynski (2014): *Delirium in elderly people*, in: *The Lancet*, Jg. 383, H. 9920, S. 911-922.

Isfort, Michael; Jutta Klostermann; Danny Gehlen und Bianca Siegling (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*, Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).

Kirchen-Peters, Sabine und Elisabeth Krupp (2019): *Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser*, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Kirchen-Peters, Sabine (2017): *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität*, in: Jacobs, Klaus; Adelheid Kuhlmeiy; Stefan Greß; Jürgen Kauber und Antje Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2017*, S.153-163.

Kirchen-Peters, Sabine (2015): *Demenzkranke in der Klinik. Warum es bei der Versorgung klemmt*, Thieme CNE.fortbildung, Lerneinheit 3: 2015; 1: 2-6.

Kirchen-Peters, Sabine (2013): *Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzfreundliche Krankenhaus*, Saarbrücken: iso-institut.

Klauber, Jürgen; Max Geraedts; Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (2017): *Krankenhaus-Report. Schwerpunkt: Zukunft gestalten*, Stuttgart: Schattauer.

Lawlor, Peter G.; Bruno Gagnon; Isabelle L. Mancini; Jose L. Pereira; John Hanson; Maria E. Suarez-Almazor und Eduardo D. Bruera (2000): *Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study*, in: *Archives of Internal Medicine*, Jg. 160, H. 6, S. 786-94.

Leslie, Douglas L.; Edward L. Marcantonio; Ying Zhang; Linda Leo-Summers und Sharon K. Inouye (2008): *One-year health care costs associated with delirium in the elderly population*, in: *Archives of Internal Medicine*, Jg. 168, H. 1, S. 27-32.

Motzek, Tom; Andreas Werblow; Jochen Schmitt und Gesine Marquardt (2019): *Administrative Prävalenz und Versorgungssituation der Demenz im Krankenhaus – Eine versorgungsepidemiologische Studie basierend auf GKV-Daten sächsischer Versicherter*, in: *Gesundheitswesen*, H. 81, S. 1022-1028

Scherenberg, Viviane (2018): *Gesundheitsökonomische Evaluationen kompakt. Für Studium, Prüfung und Beruf*, 3. Auflage, Bremen: APOLLON University Press.

Statistisches Bundesamt (2017): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2015): *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2016): *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser*, online verfügbar unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00036180/2120611167004_Korr10082018.pdf;jsessionid=86F78B5EF5B83E16D1ED410FB74D505C, Abruf 03.05.2018

Statistisches Bundesamt (2012): *Gesundheit. Gesundheit im Alter*, online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheits->

[zustand/gesundheit-im-alter-0120006109004.pdf?__blob=publicationFile](#), Abruf
03.05.2018

Stoppe, Gabriela und Gerthild Stiens (Hrsg.) (2009): *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien*, Stuttgart: Kohlhammer.

Thielscher, Stefan; Carina Contreras; Renate Bork-Kopp; Markus Fani; Wolfgang Gather; Roland Hardt; Jochen Heckmann; Elisabeth Rix; Peter Wöhrlin und Andreas Fellgiebel (2015): *Das Expertenforum Demenz: Delir im Krankenhaus – ein immer noch unterschätztes Problem*, in: *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz*, Jg. 68, H. 12, S. 26– 28.

Wingenfeld, Klaus und Mika Steinke (2013): *Die Tagesbetreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie*, in: *das Krankenhaus*, Jg. 105, H. 11, S. 1148–1153.

Wolter, Dirk (2010): *Delir: Irrtümer. Das Delir im Alter – zehn häufige Missverständnisse*, *Geriatrie*, J. 12, S. 31.

Anhang

1. Projektflyer SEBKam	116
2. Plakat zu SEBKam in Neunkirchen	118
3. Plakat zu SEBKam in Saarlouis	119
4. Zusatzmodul Akutkrankenhaus.....	120
5. Tätigkeitsbeschreibung für den Einsatz von Betreuungskräften auf den Modell- stationen	121
6. Urkunde zum Preis für Gesundheitsnetzwerker.....	122

1. Projektflyer SEBKam

Wie werden die **Ergebnisse** ausgewertet?

Die wissenschaftliche Begleitung führt das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V. Saarbrücken durch.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Analyse werden zum einen die Effekte des Einsatzes von Betreuungskräften auf die Patientensicherheit demenzkranker Menschen vergleichend untersucht und die Kostenwirksamkeit dieser Maßnahmen empirisch ermittelt (Wirkungsanalyse).

Zum anderen werden mit qualitativen Methoden die Kooperation der Akteure sowie die übergeordneten (strukturellen und finanziellen) Rahmenbedingungen für den sektorenübergreifenden Einsatz von Betreuungskräften im Krankenhaus analysiert (Struktur- und Prozessanalyse).

Biometrische Beratung:
Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Arzt für Medizinische Informationsverarbeitung
und Ärztliches Qualitätsmanagement
Tel.: +49 (0) 152 / 013 55 242
stausberg@ekmed.de

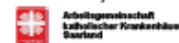


Liste der **Projektpartner** mit Ansprechpartner/innen

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)
Dr. Sabine Kirchen-Peters (Projektleitung)
Tel.: +49 (0) 681 / 9 54 24 00
kirchen-peters@iso-institut.de



Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland
Thomas Jungen (Interne Verbundkoordination)
Tel.: +49 (0) 651 / 94 93 285
jungen-t@caritas-trier.de



Stiftung kreuznacher diakonie, Diakoniekliniken Saarland
Peter Blietschau
Tel.: +49 (0) 681 / 388 62 00
Peter.blietschau@kreuznacherdiakonie.de



Caritas Sozialstationen Saar-Hochwald
Hermann-Josef Niehren
Tel.: +49 (0) 6831 / 93 99 18
info@caritas-saarlouis.de



Kirchliche Sozialstation Neunkirchen, Spiesen-Elversberg
Britta Frese
Tel.: +49 (0) 6821 / 92 01 00
Britta.Frese@sozialstation-neunkirchen.de



Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen
Ellen Lösch
Tel.: +49 (0) 6831 / 16 20 02
Ellen.Loesch@marienhaus.de



Diakoniekliniken Saarland, Fiedner Krankenhaus Neunkirchen
Lydia Staut
Tel.: +49 (0) 6821 / 90 12 12
stautly@kreuznacherdiakonie.de



St. Nikolaus Hospital Wallerfangen
Siegfried Witt / Astrid Krächan
Tel.: +49 (0) 6831 / 96 24 22
switti@sankt-nikolaus-hospital.de



SEBKam

Sektorenübergreifender Einsatz von **Betreuungskräften** an der Schnittstelle von **Krankenhaus** und **ambulanter Versorgung**

DAS PROJEKT



Finanziert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Warum wird das Projekt gebraucht?

Wenn Menschen mit Demenz wegen akuter Beschwerden in ein Krankenhaus kommen, können gravierende Probleme auftreten. Das Fehlen der vertrauten Umgebung und Bezugspersonen, der Stress durch Untersuchungen und Behandlungen sowie Ängste und Schmerzen stellen für diese Menschen einen Ausnahmezustand dar. Meist sind sie im straff organisierten Krankenhausalltag ohne Beschäftigung und Ansprache auf sich alleine gestellt und zeigen ein so genanntes herausforderndes Verhalten. Sie beschließen z. B., nach Hause zu gehen, oder sie lösen sich aus Langeweile die Verbände. Damit gefährden sie sich selbst und erschweren den Behandlungserfolg.

Im Modellprojekt SEBKam sollen Betreuungskräfte von ambulanten Diensten im Krankenhaus eingesetzt werden, um den Demenzkranken Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Orientierung und emotionale Unterstützung zu gewähren. Dadurch sollen die Krankenhausaufenthalte für diese Menschen schonender gestaltet werden, damit sie anschließend in einem guten Zustand wieder in die gewohnte Umgebung zurückkehren können.

Welche Ziele und Zielgruppen stehen im Fokus?

Mit SEBKam soll herausgearbeitet werden, wie eine sektorenübergreifende Kontinuität von Aktivierung und Betreuung an der Schnittstelle von ambulanter Versorgung und Akutkrankenhaus organisatorisch umgesetzt werden kann.

Im Fokus stehen diejenigen Personen, die aufgrund einer Demenz nur über eine eingeschränkte Alltagskompetenz verfügen und die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen müssen. Dabei werden Demenzkranke einbezogen, die häusliche Betreuungen oder Betreuungsgruppen bei den beteiligten evangelischen oder katholischen Pflegediensten in Anspruch nehmen.

Zudem sollen auch Pflegebedürftige von dem Betreuungsangebot profitieren, bei denen die Demenz im Krankenhaus erstmals diagnostiziert wurde und die in der ambulanten Versorgung bisher noch keine Betreuungsleistungen erhalten haben. Diese werden während des Aufenthalts betreut und wenn möglich auch nach der Entlassung in die vorhandenen ambulanten Betreuungsangebote einbezogen.

Wie und wo wird das Projekt konkret umgesetzt?

Die Betreuungskräfte werden in jeweils einer Schwerpunktstation bzw. abteilungsunabhängig in einem katholischen und in einem evangelischen Krankenhaus im Saarland eingesetzt. Dabei handelt es sich um:

- das Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen
- das Fliedner Krankenhaus Neunkirchen

Die Betreuungskräfte sind bei ambulanten Pflegediensten beschäftigt, die in häuslichen Betreuungen bzw. Betreuungsgruppen nach § 45b SGB XI erfahren sind. Dies sind:

- die Caritas Sozialstationen Saar-Hochwald
- die Kirchliche Sozialstation Neunkirchen, Spiesen-Elversberg

Alle Projektpartner sind mit den zuständigen Ansprechpersonen auf der Rückseite aufgeführt.



2. Plakat zu SEBKam in Neunkirchen

Vertrautes in der Fremde: Betreuung älterer Menschen im Krankenhaus

Ältere Menschen mit Demenz finden sich im Krankenhaus oft nicht zurecht. Deswegen brauchen diese Menschen eine besondere Zuwendung, der wir mit unserem Projekt SEBKam begegnen möchten. Im Rahmen des Projekts bietet die Kirchliche Sozialstation Neunkirchen kostenfrei eine qualifizierte Betreuung an. Sie umfasst:

Betreuungszeiten:

Mo. – Fr. 09:30 – 17:00
Sa. 09:00 – 13:00



SEBKam
Sektorenübergreifender
Einsatz von Betreuungskräften
an der Schnittstelle von
Krankenhaus und ambulanter
Versorgung



- Gruppenbetreuung am Vormittag
- Einzelbetreuung im Zimmer

Die Menschen mit Demenz haben dadurch eine geordnete Tagesstruktur, sie sind beschäftigt und haben Gesellschaft. Zudem werden sie angeregt, ausreichend zu essen und zu trinken.

Sprechen Sie uns an:

- Diakonie Klinikum Neunkirchen
Sandra Degel-Lauk Tel.: +49 6821 / 18 2440
- Kirchliche Sozialstation Neunkirchen, Spiesen-Elversberg
Britta Frese Tel.: +49 6821 / 92 0 10



Wenn Sie über die Kirchliche Sozialstation Neunkirchen zu Hause Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§45b SGB XI) erhalten, kann die gewohnte Betreuungskraft den Patienten im Krankenhaus weiter betreuen. Die Leistung ist dann kostenfrei.

3. Plakat zu SEBKam in Saarlouis

Vertrautes in der Fremde: Betreuung älterer Menschen im Krankenhaus

Ältere Menschen mit Demenz finden sich im Krankenhaus oft nicht zurecht. Deswegen brauchen diese Menschen eine besondere Zuwendung, der wir mit unserem Projekt SEBKam begegnen möchten. Im Rahmen des Projekts bieten die Caritas Sozialstationen kostenfrei eine qualifizierte Betreuung an. Sie umfasst:

Betreuungszeiten:

Mo. – Fr. 09:30 – 17:30
Sa. 09:00 – 13:00



SEBKam
Sektorenübergreifender
Einsatz von Betreuungskräften
an der Schnittstelle von
Krankenhaus und ambulanter
Versorgung



- Gruppenbetreuung am Vormittag
- Einzelbetreuung im Zimmer

Die Menschen mit Demenz haben dadurch eine geordnete Tagesstruktur, sie sind beschäftigt und haben Gesellschaft. Zudem werden sie angeregt, ausreichend zu essen und zu trinken.

Sprechen Sie uns an:

- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis
Ellen Lösch Tel.: +49 (0) 6831 / 16 2002
- Caritas Sozialstationen Saar-Hochwald
Monika Strauß Tel.: +49 (0) 6834 / 57 90 944

MARIENHAUS KLINIKUM
SAARLOUIS-ELLINGEN
Wissenschaftszentrum
der Universität des Saarlandes

MARIEN
HAUS



Wenn Sie über die Caritas Sozialstation zu Hause Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) erhalten, kann die gewohnte Betreuungskraft den Patienten im Krankenhaus weiter betreuen. Die Leistung ist dann kostenfrei.

4. Zusatzmodul Akutkrankenhaus

In der zweiten Januarwoche wurde das **Zusatzmodul Akutkrankenhaus** wie folgt durchgeführt: 1. Block (interne Veranstaltung im jeweiligen Krankenhaus) am 8. Januar 2018,

8.00 - 12.00 Uhr

- Einführung zum Modellprojekt und Reflexion des Orientierungspraktikums (1h): iso-Institut
- Organisation des Krankenhausbetriebs (Abteilungs- und Mitarbeiterstruktur, Arbeitsorganisation, Abläufe, Ansprechpartner) (1h): Pflegedirektion
- Hygiene und Arbeitssicherheit im Krankenhaus (2h): Hygienebeauftragte/r

2. Block (interne Veranstaltung im jeweiligen Krankenhaus) am 9. Januar 2018,

8.00 - 12.00 Uhr

- Einführung in typische Krankheitsbilder der Station (2h): Stationsleitung mit Demenzexpertise
- Betreuung von Akutkranken und Verhalten im Notfall (2h): Stationsleitung mit Demenzexpertise

3. Block (gemeinsame Veranstaltung in Sozialstation Neunkirchen) am 10. Januar 2018,

9.00 - 13.00 Uhr

- Delir (2h): Fachreferentin aus dem St. Nikolaushospital
- Herausforderndes Verhalten im Krankenhaus (2h) : Fachreferentin aus dem St. Nikolaushospital

4. Block (interne Veranstaltung im jeweiligen Krankenhaus) am 11. Januar 2018,

9.00 - 13.00 Uhr

- Stellenbeschreibung und Abgrenzung zur Pflege (2h): PDL ambulanter Dienst
- Übung einer Einzelbetreuung (2h): PDL ambulanter Dienst, Stationsleitung mit Demenzexpertise

5. Tätigkeitsbeschreibung für den Einsatz von Betreuungskräften auf den Modellstationen

9:30 Uhr Beginn des Morgeneinsatzes

Informationen über die Demenzkranken bei der zuständigen Pflegefachkraft einholen, Nachlesen der Dokumentation und der Berichte des Vortages in eigener Dokumentationsmappe

9:45 Uhr – 13.00 Uhr

- Begleitung der Demenzkranken in den Tagesraum
- Einzel- und/ oder Gruppenaktivitäten wie z. B. lesen und vorlesen, malen, Brett- und Kartenspiele, Musik hören, singen
- Bewegungsübungen ggf. mit Unterstützung der Physiotherapie
- Anleitung von Handgriffen bei der Essensvorbereitung (Mittagessen), wie z. B. Obst schälen, um hierdurch Handlungsvollzüge in einen sinnvollen Kontext zu stellen
- Begleitung von Demenzkranken in besonderen Situationen des Lebens (positive/ kritische Ereignisse)
- Begleitung der Demenzkranken zu Untersuchungen und Behandlungen
- Begleitung der Demenzkranken vom Tagesraum in das Patientenzimmer auf Wunsch

13:00 Uhr Beginn des Nachmittagseinsatzes

13:00 – 13:30 Uhr

Dokumentation und Übergabe (mit Betreuungskraft des Nachmittags und mit Pflegepersonal)

13:30 – 16:45 Uhr

- Einzel- und/ oder Gruppenaktivitäten wie z. B. lesen und vorlesen, malen, Brett- und Kartenspiele, Musik hören, singen
- Gespräche mit Demenzkranken über Alltägliches und deren Sorgen ggf. mit Unterstützung der Krankenhausseelsorge
- Anleitung von Handgriffen bei der Essensvorbereitung (Kaffee und Kuchen), um hierdurch Handlungsvollzüge in einen sinnvollen Kontext zu stellen
- Begleitung von Demenzkranken in besonderen Situationen des Lebens (positive/ kritische Ereignisse)
- Begleitung der Demenzkranken zu Untersuchungen und Behandlungen

16:45 Uhr– 17.00 Uhr

Dokumentation und Übergabe mit Pflegepersonal

6. Urkunde zum Preis für Gesundheitsnetzwerker

