

**Geriatrie in Bayern-Datenbank  
GiB-DAT**

**Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation  
in Bayern:  
GiB-DAT Follow-Up-Studie**

Gefördert durch das  
Bayerische Staatsministerium  
für Umwelt und Gesundheit  
und die  
Bayerische Landesstiftung



vorgelegt von der  
Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft  
zur Förderung der Geriatrie in Bayern e. V.  
2011

Dipl.-Psych. Thomas Tümena  
Prof. Dr. med. K.-G. Gaßmann  
Dr. med. J. Trögner  
GiB-DAT-Studiengruppe



## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Projektziele .....	5
1.1 GiB-DAT-Projekt .....	5
1.2 GiB-DAT Follow-Up Pilotstudie .....	5
1.3 Resümierende Erkenntnisse aus den vorgenannten Erhebungen .....	6
1.4 Ziele der Follow-Up Studie .....	7
2. Methode .....	8
2.1 Befragungszeitpunkte .....	8
2.2 Kontakt mit dem Datenschützer .....	11
2.3 Probandenauswahl .....	11
2.4 Einrichtung der Software und Schulung vor Ort .....	13
2.5 Auswahl der Zentren und Interviewer .....	14
2.6 Vergütung der Fälle .....	16
2.7 Durchführung einer zweiten Befragungswelle .....	17
2.8 Interviewertreffen .....	17
2.9 Codierung der Ergebnisse und Auswertung der Daten .....	18
3. Ergebnisse .....	21
3.1 Stichprobe und Drop-Outs .....	21
3.2 Zur Repräsentativität der erhobenen Daten – Vergleich mit der GiB-DAT- Grundgesamtheit .....	23
3.2.1 Soziodemographische Parameter .....	23
3.2.2 Diagnosen .....	25
3.2.3 Assessmentparameter .....	27
3.3 Ergebnisse der erfolgreich befragten und überlebenden Patienten .....	30
3.3.1 Beschreibung der Situation .....	30
3.3.1.1 Wohnsituation .....	30
3.3.1.2 Anzahl Personen im Haushalt .....	32
3.3.1.3 Hauptpflegende Angehörige (HPFL) .....	35
3.3.1.4 Intensität der geleisteten Hilfe .....	41
3.3.1.5 Pflegeeinstufung .....	43
3.3.1.6 Art der in Anspruch genommenen Leistung aus der Pflegeversicherung .....	45
3.3.1.7 Wer hilft noch? .....	47
3.3.1.8 Weitere, in Anspruch genommene Hilfen .....	50
3.3.1.9 Erneute Krankenhauseinweisungen .....	52
3.3.1.10 Ambulante Therapien nach Abschluss der Rehabilitation .....	56
3.3.2 Funktion .....	56
3.3.2.1 Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index) .....	56
3.3.2.2 Screening der emotionalen Befindlichkeit: GDS .....	60
3.3.2.3 Screening der kognitiven Leistungsfähigkeit MMSE .....	62
3.3.2.4 Faktoren, welche die Pflege erschweren (PE) .....	64
3.3.3 Bewertung .....	65
3.3.3.1 Die häusliche Pflegeskala (HPS) .....	65
3.3.3.2 Beurteilung des Rehabilitationserfolgs .....	67
3.3.3.3 Befinden .....	69
3.3.3.4 Erfüllte Erwartungen .....	69
3.3.3.5 Definition von Rehabilitationszielen .....	70
3.3.3.6 Frei formulierte Äußerungen am Ende der Befragung .....	78

---

3.4 Ergebnisse der verstorbenen Studienteilnehmer .....	81
3.4.1 Todeszeitpunkt.....	82
3.4.2 Todesursache.....	82
3.4.3 Ort des Versterbens .....	83
3.4.4 Bemerkungen der hinterbliebenen hauptpflegenden Angehörigen.....	83
3.5 Analyse ausgewählter Fragestellungen.....	84
3.5.1 Eine einfache Kostenkalkulation .....	84
3.5.2 Einflussfaktoren auf den Grad der Belastung der hauptpflegenden Angehörigen.....	88
4. Diskussion .....	90
4.1 Bewertung des Studiendesigns .....	90
4.2 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse .....	91
5. Literatur.....	95
6. Anhang.....	97
6.1 Fragebogen A .....	97
6.2 Fragebogen E .....	121
6.3 Fragebogen FU.....	132
6.4 Fragebogen TOD .....	158
6.5 Antworthilfen.....	161
6.6 Antwortschreiben des Datenschützers .....	164

## Danksagung

Ganz herzlich möchten wir uns beim Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit - Abteilung 2 unter der Leitung von Herrn Ministerialdirigent Dr. Knorr und insbesondere dem Referat 26 unter der Leitung von Frau Ministerialrätin Dr. Hartl für die freundliche Förderung dieser Studie bedanken. Von ihr wie auch von Frau Stölzl konnten wir stets auf unkomplizierte und konstruktive Weise Rat einholen. Bedanken möchten wir uns auch bei der Bayerischen Landesstiftung, die sich ebenfalls an der Realisierung dieses Projekts beteiligte.

Die Durchführung zeitaufwändiger Befragungen über mehrere Zeitpunkte hinweg in Rehabilitationseinrichtungen, die durch Behandlungen und Routinetätigkeiten in ihrem Zeitbudget ohnehin ausgelastet sind, ist ohne ein hohes und ausdauerndes Maß an Engagement der Beteiligten bezüglich Organisation und Durchführung überhaupt nicht denkbar. Dies zeigte sich in dieser Studie immer wieder, wenn größere oder kleinere Probleme überwunden werden mussten.

Unser Dank gilt deshalb ganz besonders den Interviewern und ärztlichen Leitern der teilnehmenden geriatrischen Rehabilitationen und derjenigen Einrichtungen, die sich intensiv um eine Teilnahme bemühten.

Einrichtung	Leitung	Mitarbeiter
Gesundheitszentrum Aidenbach	Herr Dr. Neveling / Herr Dr. Riechers	Frau Krebs
Hessing-Stiftung Augsburg Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Geiselbrecht	Frau Kienle Frau Kolper-Felber
Medi-Clin Rehasentrum Roter Hügel / Bayreuth	Herr Dr. Schramm Herr Dr. Lange	Frau Kosziol
HELIOS Klinik Berching	Frau Dr. Ullmann	Frau Weidinger Frau Wittmann
KKH Burghausen Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Esch	Frau Ottmann
Wald-Krankenhaus St. Marien/ Erlangen Klinik für Geriatrie u. geriatrische Rehabilitation	Herr Prof. Dr. Gaßmann	Frau Kaufmann Frau Kalpen Frau Novak-Löhlein
Diakoniewerk München- Maxvorstadt Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Ullrich	Frau Gietl
Geriatrizentrum Neuburg	Herr Dr. Siegel	Frau Wenleder
St. Theresien Krankenhaus / Nürnberg Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Seefried	Frau Bode
Donau-Ries-Klinik Oettingen Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Kern	Frau Breuer
Schön Klinik Rosenheim Geriat- rische Rehabilitation	Herr Dr. Trögner	Herr Bräunlich
Schlossklinik Rottenburg	Herr Dr. Timmer	Frau Neumayer Frau Obermaier

Einrichtung	Leitung	Mitarbeiter
Fachklinik Stadtsteinach Geriatrische Rehabilitation	Frau Dr. Moreth	Frau Gerschberg Frau Eckert Herr Wegfass
Klinik Wartenberg	Herr Dr. Schneider	Frau Sachs Frau Schäfer
Bürgerspital zum Hl. Geist / Würzburg Geriatrische Reha-Klinik	Herr Dr. Schwab	Frau Sturm Frau Ballweg Herr Kramer
Geriatrische Rehaklinik der AWO / Würzburg	Frau Dr. Tatschner	Frau Amling Frau Wüst

Sollten Mitarbeiter in der Aufzählung übersehen worden sein, bitten wir, dies zu entschuldigen.

Geriatrische Rehabilitation ist Teamarbeit verschiedener Mitarbeiter und Professionen. Ebenso ist auch die vorliegende Untersuchung das Ergebnis einer gemeinschaftlichen Arbeit vieler Beteiligten.

Unter der Leitung des Koordinators, Prof. Dr. Gaßmann, standen die Mitglieder der Datenkommission, Dr. Garner, Prof. Dr. Kraft, Prof. Dr. Sieber, Dr. Schwab, Herr Schlee und Dr. Trögner der Untersuchung mit Rat und Tat zu Seite.

Aus wissenschaftlicher Perspektive profitierte das Projekt von der Beratung durch Dr. Vogel aus dem Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg und Frau Prof. Dr. Engel vom Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg.

Im GiB-DAT-Büro war Herr Schlee stets zu Stelle, um Probleme zu beheben oder einzuspringen, wenn es galt, Zeit für die Auswertungen zu erübrigen. Frau Tümena widmete sich mit großer Geduld der Eingabe riesiger Fragebogenberge und der Bewältigung diverser Verwaltungsaufgaben.

Schließlich geleiteten uns die Mitarbeiter des Steuerberatungsbüros M+M, Frau Schäfer-Konnerth und Frau Köstler, sicher über die Eisfläche buchhaltungs- und sozialversicherungsrechtlicher Fragen.

Ihnen allen herzlichen Dank.

Thomas Tümena  
Projektleiter

# 1. Einleitung und Projektziele

## 1.1 GiB-DAT-Projekt

Die im Jahre 1997 gegründete gemeinnützige Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. hat 1999 mit der Konzeption der Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT) begonnen. Deren Entwicklung wurde dankenswerterweise in den Jahren 2000 bis 2003 von der Bayerischen Landesstiftung und dem damals zuständigen Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit großzügig finanziell gefördert.

Im GiB-DAT-Projekt werden seit dem Jahr 2000 kontinuierlich landesweit auf repräsentativer Grundlage detaillierte Behandlungsdaten geriatrischer Patienten erhoben. Obwohl das Projekt nach Ablauf der Förderung seit März 2003 durch die Kliniken selbst finanziert wird, blieb die Beteiligungsquote weiterhin konstant hoch (vgl. Trögner, et al., 2003). Zwischenzeitlich neu eröffnete geriatrische Kliniken in Bayern nehmen fast sämtlich an GiB-DAT teil; aktuell werden mit 62 geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V rund 90% der bayerischen Behandlungskapazität abgedeckt (zwei weitere Einrichtungen befinden sich in der Einführungsphase). Mit ihren rund 310.000 dokumentierten Behandlungsfällen ist GiB-DAT die derzeit größte Datenbank für geriatrische Rehabilitation europaweit (Trögner, et al., 2006a und 2006b) und hoch anerkannt. In ihrem Kontext, auch in Verbindung mit der vom Projekt entwickelten Software GERIDOC, wurden mittlerweile verschiedene Preise vergeben:

- 3. Platz beim Klinikförderpreis der Bayerischen Landesbank 2002,
- Ehrenpreis der Ernst- und Hubertine Schiffbauer-Stiftung 2006, überreicht durch die DGG im Rahmen ihrer Jahrestagung,
- 1. Platz im Bad Kissinger Parkwohnstiftpreis für Gerontologie 2007.

Mit den vorhandenen Daten können Angaben sowohl zur Zusammensetzung des Patientenguts als auch zum primären Erfolg der Behandlung in den bayerischen Einrichtungen gemacht werden, die im Übrigen auch nationalen und internationalen Vergleichen standhalten (vgl. Trögner, et al., 2006b).

Das seinerzeitige Förderprojekt war also außerordentlich erfolgreich und konnte nach Ende der Förderung verstetigt und ausgebaut werden.

## 1.2 GiB-DAT Follow-Up Pilotstudie

Mit Hilfe einer Förderung des damals zuständigen Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde im Spätjahr 2006 eine Follow-Up Pilotstudie zur Nachhaltigkeit des geriatrischen Rehabilitationserfolges durchgeführt (Schlee et al., 2007). Grund dafür war die Tatsache, dass es zur gesundheitlichen Entwicklung von Patienten nach einer geriatrischen Behandlung nur einige wenige nationale und internationale Publikationen (z.B. Würdig, J., 2000; Vogel u. Braun, 2000; Maier-Baumgartner, 2000) gab. Diese wiesen zwar einen dauerhaften Erfolg der Behandlung nach, die direkte Übertragung der Ergebnisse auf die Verhältnisse in unserem Bundesland ist jedoch nicht ohne weiteres gegeben. Aufgrund des Geriatriekonzeptes des Freistaates Bayern von 1990 ist die Geriatrie fast ausschließlich im Bereich der Rehabilitation angesiedelt. Dabei wurden sowohl eigenständige geriatrische Einrichtungen neu errichtet als auch kleinere Rehabilitati-

onseinheiten durch Umwidmung bestehender akutstationärer Betten an vorhandenen Krankenhäusern geschaffen. Da das Geriatriekonzept des Freistaates Bayern erheblich von den Verhältnissen in anderen Bundesländern abweicht, kommt der Evaluierung der Langfristigkeit des Behandlungserfolges eine große Bedeutung zu. Die systematische und prospektive Erhebung repräsentativer Daten würde einen Vergleich mit vorliegenden Ergebnissen anderer Untersuchungen gestatten.

Die bislang publizierten Ergebnisse aus Studien zur Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation im deutschsprachigen Raum basieren mit Ausnahme der GiB-DAT Pilotstudie ausschließlich auf telefonischen Befragungen der Patienten.

In unserer Pilotstudie wurden in den Jahren 2006 und 2007 rund 2.000 Patienten aus 14 Kliniken ein halbes Jahr nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung schriftlich befragt zur Wohnsituation, Selbsthilfefähigkeit, Zufriedenheit und zu Hilfe leistenden Personen.

Kamen die Briefe mit dem Vermerk „unbekannt“ zurück oder blieb eine Reaktion ganz aus, wurde versucht, auf telefonischem Wege Informationen über den Verbleib und die Lebenssituation des Patienten zu gewinnen.

Die Ergebnisse zeigten, dass es in einem erfreulich hohen Prozentsatz gelang, in Kontakt mit den Patienten oder deren Angehörige zu treten. Ein halbes Jahr nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation hatte die Selbsthilfefähigkeit der Patienten zwar nachgelassen, lag aber noch deutlich über dem Ausgangswert zu Beginn der Rehabilitation. Dementsprechend bewerteten die Patienten den Rehabilitationserfolg positiv. Von den überlebenden und erfolgreich befragten Patienten wohnten knapp 80% noch in einer privaten Wohnform, erhielten dabei aber in rund 80% der Fälle Hilfe durch Angehörige. Diese familiäre Hilfe ist intensiv; sie fand in weit über der Hälfte der Befragten mindestens einmal pro Tag statt.

Damit wies die Follow-Up Pilotstudie auf die zentrale Bedeutung familiärer Hilfen bei der häuslichen Versorgung hin.

### **1.3 Resümierende Erkenntnisse aus den vorgenannten Erhebungen**

Naturgemäß sind die Informationen, die mit Hilfe eines Fragebogens in schriftlicher Form gewonnen werden können, beschränkt: Der Bogen darf nicht zu umfangreich sein, muss eine entsprechende Schriftgröße haben; die Fragen sollten auch für kognitiv eingeschränkte Patienten beantwortbar bleiben. Ähnliches gilt für eine telefonische Befragung. Auch hier müssen die Fragen einfach und verständlich sein, die Zeitdauer der Befragung muss überschaubar bleiben.

Sowohl in der GiB-DAT Follow-Up Pilotstudie als auch in den bisher bekannten vergleichbaren Studien beschränkt sich die Bewertung des Rehabilitationserfolgs auf

- die Feststellung der Wohnsituation – der Verbleib im häuslichen Umfeld wird allgemein als günstiges Ergebnis bewertet,
- den funktionellen Status, gemessen am Barthel-Index im Vergleich zum Status bei Aufnahme und Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation und

- allenfalls allgemeine Angaben zur Zufriedenheit des Patienten mit seiner Lebenssituation – in der Pilotstudie wird dieser Aspekt anhand einer einzigen Frage ermittelt („Wie zufrieden sind sie aktuell mit ihrer Lebenssituation?“).

Dabei wird außer Acht gelassen, dass der Umstand, ob eine Rehabilitation erfolgreich ist oder nicht, auch noch von weiteren Faktoren abhängt, wie z. B. den ganz individuellen Behandlungszielen des Patienten. Erfolgreiche geriatrische Rehabilitation kann im Extremfall auch bedeuten, einen Patienten so weit wiederherzustellen, dass ein würdiges Sterben in der häuslichen Umgebung ermöglicht wird.

Als wesentliche Stütze häuslicher Versorgung, hier decken sich die vorläufigen Ergebnisse der Follow-Up Pilotstudie mit zahlreichen Publikationen, sind die betreuenden Angehörigen zu nennen. Sie müssen folgerichtig in die Bewertung der Rehabilitation, aber auch in die Definition der Behandlungsziele mit einbezogen werden. Hierbei tut sich eine wichtige sozialpolitische Dimension auf: Der aus demographischen und sozial-epidemiologischen Gründen schwindende „care-giver-pool“ bedarf genauerer Analyse und Unterstützung, wenn die ambulante Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen bezüglich Qualität und Kosten nicht erheblich einbrechen soll.

Eine tiefgreifende Analyse der Behandlungsziele von Angehörigen und Patienten, welche den prämorbidem Status des Patienten mit beinhaltet, geht aufgrund ihrer Komplexität über die Möglichkeiten einer einfachen schriftlichen oder telefonischen Befragung hinaus. Bisherige Erfahrungen mit Befragungen geriatrischer Patienten sowohl im Klinikkontext als auch im Rahmen der Follow-Up Pilotstudie zeigen, dass allenfalls einfach aufgebaute und überschaubare Fragenkataloge von den Betroffenen überhaupt verstanden und bearbeitet werden können.

## 1.4 Ziele der Follow-Up Studie

Die Follow-Up Pilotstudie zeigte also, dass eine Befragung der Angehörigen notwendig ist, um fundierte Auskunft über die Veränderungen der Lebenssituation hochaltriger multimorbider Patienten durch die geriatrische Rehabilitation und über das Erreichen realistisch definierter Rehabilitationsziele von Patient und Angehörigen zu erhalten.

Die Follow-Up Studie verfolgte das Ziel, die bisherigen auf breiter Basis erhobenen und damit zwangsläufig wenig differenzierten Informationen durch eine intensive Befragung von Angehörigen und Patienten zu deren Behandlungszielen und dem Zielerreichungsgrad in einer zahlenmäßig begrenzten Stichprobe zu ergänzen, unter Berücksichtigung der bislang noch nicht genauer erfassten Lebenssituation der Patienten vor ihrer Akuterkrankung.

Die persönliche Befragung von Patient und Angehörigen sollte zu drei Untersuchungszeitpunkten geschehen: Bei Aufnahme, bei Entlassung und ein halbes Jahr nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation. Im Rahmen der Befragung bei Aufnahme war auch die Erhebung retrospektiver Daten über die Lebenssituation und Leistungsfähigkeit des Patienten vor Auftreten der Akuterkrankung geplant, so dass sich faktisch ein vierter Messzeitpunkt ergibt. Erst die genaue Kenntnis dieser vorherigen Lebenssituation ermöglicht es, das Ausmaß einer maximal möglichen Restitution abzuschätzen und daran die Behandlungsziele auszurichten.

Dieser Ansatz entspricht dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell, wie es in der vor einiger Zeit in ihrer endgültigen deutschsprachigen Fassung verabschiedeten International Classification of Functioning (ICF; DIMDI, 2004) dargelegt ist und seitdem intensiv diskutiert wird.

## 2. Methode

Entsprechend der Fragestellung wurden zunächst Fragebögen für drei Untersuchungszeitpunkte entworfen und innerhalb der GiB-DAT-Datenkommission zur Diskussion gestellt. Um sicher zu gehen, kein relevantes Verfahren zu übersehen und insbesondere die emotionale Belastungssituation der hauptpflegenden Angehörigen mit geeigneten Mitteln zu erfassen, wurde von zwei Institutionen wissenschaftlicher Rat eingeholt und die Inhalte abgestimmt:

- Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg. Hier danken wir Herrn Dr. Vogel und seinen Mitarbeitern für die Unterstützung.
- Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg. Hier danken wir Frau Prof. Engel für das Einbringen ihrer Erfahrungen insbesondere zur Evaluation von Maßnahmen zur Unterstützung von Angehörigen dementiell erkrankter Patienten.

Im Folgenden werden die hauptpflegenden Angehörigen aus Vereinfachungsgründen mit **HPFL** abgekürzt. In den Tabellen wird die Angabe von Mittelwerten mit **MW** abgekürzt, Standardabweichungen mit **s**, das erste Quartil mit **Q1** und das dritte Quartil mit **Q3**.

Um die Unterschiede zwischen einzelnen Stichproben zusätzlich quantifizieren zu können, wurden in den Analysen auch Effekstärken (**ES**) berechnet. Sie geben Auskunft über den Mittelwertsunterschied in Einheiten der Standardabweichung. Bei der Berechnung wurde eine Korrekturformel für ungleiche Gruppengrößen verwendet (Hartung, J., Knapp, G. und Sinha, B.K., 2008).

Für die Berechnung von ES bei kategorialen Variablen wurde auf eine Formel von Bortz & Lienert, (1998, S. 45) für die Bestimmung der Unterschiedlichkeit von Verteilungen zweier Stichproben zurückgegriffen.

### 2.1 Befragungszeitpunkte

Die Patienten und hauptpflegenden Angehörigen (HPFL) wurden entsprechend der Zielsetzung der Studie zu drei Zeitpunkten befragt:

#### Zu Beginn der Rehabilitation

Innerhalb einer Woche nach Beginn der geriatrischen Rehabilitation des Patienten wurde der jeweilige HPFL persönlich in die Einrichtung einbestellt.

Dabei wurden vor allem Informationen über den prä-morbiden Status des Patienten, die bisherige Selbsthilfefähigkeit sowie die Wohn- und Versorgungssituation eingeholt. Daneben wurden Merkmale von Wohn- und beruflicher Situation des HPFL er-

fasst, insbesondere auch zur emotionalen Belastungssituation. Schließlich sollte Auskunft über Rehabilitationsziele von Patient und HPFL gegeben werden.

Es wurde Wert darauf gelegt, dass die Betroffenen die Rehabilitationsziele in eigenen Worten formulierten. Vom Interviewer sollten keine Ziele vorformuliert werden (etwa: „Sie möchten doch sicherlich wieder nach Hause zurückkehren, oder?“).

Für das Interview wurden im Mittel 60 Minuten vorgesehen, welches idealerweise zunächst mit dem HPFL alleine und anschließend zusammen mit dem Patienten stattfinden sollte. Für die Organisation wurden 10 Minuten veranschlagt.

Ziel des Gesprächs war hier nicht nur die Informationsgewinnung. Die Interviewer sollten eine persönliche Beziehung zu dem Befragten aufbauen als Grundlage für die Folgetermine. Den Befragten sollte das Gefühl vermittelt werden, dass der jeweilige Interviewer als Beauftragter der Klinik aber auch des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit ernsthaft an den Belangen von Patient und Angehörigen interessiert ist.

### **Zum Entlassungszeitpunkt**

Innerhalb einer Woche vor Entlassung sollte eine erneute Befragung Auskunft über die geplante zukünftige Versorgung und eine erste Einschätzung des Rehabilitationserfolges geben. Die Befragten wurden gebeten, dabei auch den Grad der Zielerreichung der bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung genannten Ziele zu geben. Aus Rücksicht auf die praktische Durchführbarkeit konnte die Kontaktaufnahme ggf. auch telefonisch mit dem HPFL erfolgen.

### **Nacherhebung (Follow-Up)**

Die Befragung zum Nacherhebungszeitpunkt 6 Monate nach Entlassung fand in der Regel durch einen Hausbesuch der Interviewer statt, konnte jedoch auch, wenn möglich, durch Einbestellung von Patienten und Angehörigen erfolgen.

Die Nacherhebung beinhaltete auch die Durchführung zweier Assessmentverfahren mit den Patienten, die in der geriatrischen Rehabilitation zum Standard gehören: Minimal State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, McHugh, 1975, in dt. Übersetzung in Anlehnung an AGAST, 1995) und Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983; in dt. Übersetzung nach AGAST, 1995).

Die Befragung wurde so aufgebaut, dass ein Teil der Fragen durch den HPFL alleine bearbeitet werden konnte, während Interviewer und Patient die Assessments durchgingen. Das Ziel dieses Vorgehens bestand darin, störende Interventionen seitens des HPFL zu vermeiden.

Für den Fall, dass sich bei der Kontaktaufnahme herausstellen sollte, dass der Patient zwischenzeitlich verstorben ist, wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der nach Möglichkeit mit dem hinterbliebenen HPFL telefonisch durchgegangen werden sollte. Hierbei ging es um die Todesumstände und um eine nachträgliche Bewertung der Rehabilitation.

Tab. 1 gibt Inhalte und den jeweils veranschlagten Zeitbedarf im Überblick wieder.

Tab. 1: Veranschlagte Zeitbedarfe und Inhalte der Studie zu den verschiedenen Zeitpunkten

Zeitpunkt	Inhalt	geschätzter Zeitbedarf
Aufnahme („V“ und „A“)	<p>Einbestellung eines Angehörigen innerhalb einer Woche nach Aufnahme (Zeitpunkt „A“).            Persönliche Befragung des Angehörigen und des Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur prämorbidem Lebens- und Versorgungssituation (Zeitpunkt „V“),</li> <li>• zu den Behandlungszielen,</li> <li>• zur prämorbidem Selbsthilfefähigkeit (erweitertes geriatrisches Assessment),</li> <li>• zur emotionalen Belastung der hauptpflegenden Angehörigen,</li> <li>• zum Vorhandensein, zur Fähigkeit und Bereitschaft von Kontaktpersonen zur Übernahme von Hilfe-, Pflege- und Betreuungsleistungen,</li> <li>• zu tatsächlichen Übernahmen von Hilfe-, Pflege- und Betreuungsleistungen und</li> <li>• zur Zufriedenheit von Patient und Angehörigen.</li> </ul>	<p>60 Min Interview            10 Min Organisation</p>
Entlassung („E“)	<p>Interview mit Patient und Angehörigen frühestens eine Woche vor Entlassung.            Persönliche Befragung des Patienten, persönliche oder ggf. telefonische Befragung des Angehörigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu evtl. Veränderungen in den Behandlungszielen,</li> <li>• zum Zielerreichungsgrad,</li> <li>• zum Erfolg der Behandlung,</li> <li>• zur geplanten weiteren Lebens- und Versorgungssituation und</li> <li>• zur aktuellen Selbsthilfefähigkeit des Patienten.</li> </ul>	<p>50 Min Interview            10 Min Organisation</p>
6 Monate nach Entlassung („FU“)	<p>Hausbesuch beim Patienten in Gegenwart des Angehörigen mit persönlicher Befragung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur aktuellen Lebens- und Versorgungssituation,</li> <li>• zur rückwirkenden Beurteilung des Rehabilitation,</li> <li>• zur Zufriedenheit von Patient und Angehörigem,</li> <li>• zu Belastungen und Wünschen der Angehörigen,</li> <li>• zur emotionalen Belastung der hauptpflegenden Angehörigen und</li> <li>• zur aktuellen Selbsthilfefähigkeit des Patienten.</li> </ul> <p>falls Patient verstorben:            Durchführung einer Kurzbefragung auf telefonischem Wege mit dem HPFL (Fragebogen „TOD“).</p>	<p>60 Min Interview            60 Min Fahrtzeit            20 Min Organisation</p>
Summe		270 Min = 4,5 Std.

Erfahrungsgemäß ist es für geriatrische Patienten schwierig, auf Fragen zu antworten, die mehr als zwei Antwortalternativen (z.B. „ja“ und „nein“) vorsehen. Solche Fragen ließen sich jedoch nicht vermeiden. So sahen die Fragen nach der Zufriedenheit 5-stufige Antwortalternativen vor. In der Bayer-IADL-Skala (Erzigkeit, et al., 2001 nach Ivemeyer & Zerfaß, 2006) waren sogar 10 Antwortalternativen vorgesehen. Trotzdem wurde sie von den Experten als geeignetes Instrument angesehen.

Um den Patienten eine Hilfestellung bei der Beantwortung dieser mehrstufigen Fragen an die Hand zu geben, wurden Anwohrlifen erstellt. Diese einlaminierten Din-

A4 oder Din-A5-Bögen enthielten die Antwortalternativen in großer Schrift und wurden den Patienten vorgelegt. Sie waren verschiedenfarbig gestaltet, um den Interviewern die Auswahl des jeweils richtigen Bogens zu erleichtern. Im Anhang findet sich ein Bild der vom Studienzentrum hergestellten und an alle Interviewer verteilten Antworthilfen.

## 2.2 Kontakt mit dem Datenschützer

Um in der Studie die Belange des Datenschutzes korrekt einzuhalten, wurde eine entsprechende Anfrage bei der Bayerischen Datenschutzaufsichtsbehörde der Regierung von Mittelfranken durchgeführt. Da die Teilnahme auf Freiwilligkeit beruhte und die gesammelten Daten anonymisiert an die Studienzentrale geschickt werden sollten, wurden keine Einwände erhoben. Das Antwortschreiben der Behörde ist im Anhang einzusehen.

## 2.3 Probandenauswahl

Bei der Studie handelte es sich nicht um eine Totalerhebung aller, in einem bestimmten Zeitfenster aufgenommenen, Patienten. Vorgesehen war stattdessen eine zufällige Auswahl von Patienten entsprechend der Befragungskapazitäten der jeweiligen Einrichtung.

Die Auswahl der Patienten erfolgte durch das Computerprogramm GERIDOC nach einer festgelegten Entscheidungskaskade (vgl. Abb. 1), welche auch die Praktikabilität der Durchführung mit berücksichtigen sollte. GERIDOC wurde im Rahmen des GiB-DAT-Projekts entwickelt und dient nicht nur der Sammlung von statistischen Informationen, sondern kann Routinetätigkeiten innerhalb der geriatrischen Rehabilitation erheblich erleichtern. Aus diesem Grunde ist es in den Einrichtungen sehr stark verbreitet.

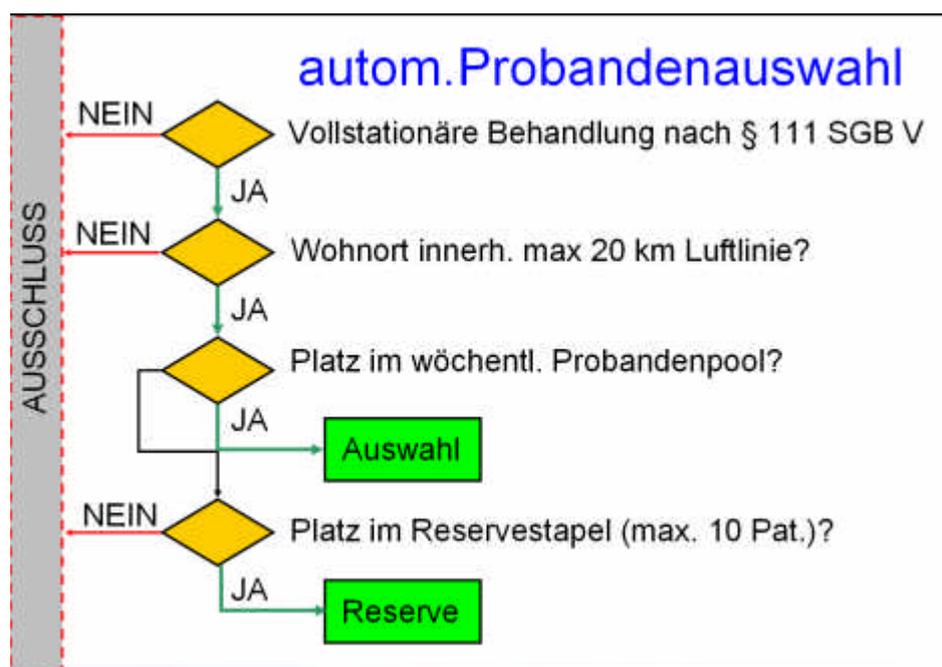


Abb. 1: Entscheidungskaskade des Computerprogramms GERIDOC für die Probandenauswahl

Eingeschlossen wurden Patienten aus teilnehmenden Einrichtungen, die sich einer vollstationären geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V unterzogen und in maximal 20 km Luftlinie von dem Klinikstandort ihren Wohnsitz hatten.

Andernfalls wäre ein persönliches Aufsuchen der Patienten nach 6 Monaten nicht umsetzbar gewesen.

Die ausgewählten Patienten bildeten einen Pool zu befragender Patienten. Wie viele Patienten pro Woche durch eine Einrichtung befragt werden konnten, richtete sich nach den dortigen Kapazitäten und konnte einrichtungsbezogen festgelegt werden.

Dieser Pool wurde wöchentlich neu aufgebaut, da die Befragungen zum Aufnahmezeitpunkt innerhalb einer Woche durchgeführt werden mussten. Auf diese Weise wurde vermieden, dass nicht befragte Patienten im Befragungspool verblieben und das Studiendesign durcheinander brachten.

Wenn absehbar war, dass sich genügend Patienten für die Studie finden, konnte ein weiterer Selektionsfaktor implementiert werden. Dieser basierte auf einer laufenden internen Nummer, die innerhalb der Software automatisch vergeben wird. So konnte beispielsweise bestimmt werden, dass nur Patienten, deren interne Nummer mit einer geraden Zahl endete, in die Studie aufgenommen wurden. Auf diese Weise konnte eine günstigere Verteilung der Patienten über die Wochentage der Aufnahme erreicht werden.

Bei der Einrichtung der Software vor Ort und Überprüfung des Anteils der im näheren Umkreis wohnenden Patienten zeigte sich jedoch, dass dieses weitere Filterkriterium nicht angewendet werden musste. Im Geriatriezentrum Neuburg mit drei verschiedenen Standorten wurde die Auswahl auf einen Standort eingeschränkt.

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, dass die Befragung der Patienten mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden war. Als Konsequenz daraus hätten sich Leerlaufzeiten für die Interviewer ergeben, falls die Betroffenen eine Studienbeteiligung ablehnten. Um dies zu vermeiden, wurde ein Reservepool gebildet, aus welchem zusätzlich Patienten gezogen werden konnten, falls der eigentliche Probandenpool bereits ausgeschöpft sein sollte. Dieser Reservepool erstreckte sich auf maximal 10 Teilnehmer. Die Patienten der Reserve wurden durchnummeriert und die Interviewer angewiesen, diese entsprechend dieser Nummerierung vom Reservestapel zu ziehen.

Überprüft man die Entscheidungskaskade auf systematische Einflüsse, so sind hier zwei Faktoren auszumachen:

- Weiter entfernt wohnende Patienten kommen in der Studie nicht vor.
- Zu Wochenbeginn aufgenommene Patienten wurden tendenziell bevorzugt ausgewählt.

Es wurde jedoch postuliert, dass diese Limitierungen in der Zufallsauswahl der Patienten keinen systematischen Einfluss auf die Ergebnisse haben würden.

## 2.4 Einrichtung der Software und Schulung vor Ort

Für die teilnehmenden Einrichtungen an der Follow-Up Studie wurde das Dokumentationssystem GERIDOC um Zusatzfunktionen und -masken erweitert.

Diese übernehmen

- die automatische Auswahl der Patienten,
- Controllingfunktionen,
- den Ausdruck der jeweiligen Fragebögen.

Abb. 2 zeigt die zweiteilige Zusatzmaske, auf deren zweiten Seite die von Patienten und HPFL angegebenen Rehabilitationsziele eingetragen werden sollten.

The screenshot shows the 'Follow-up' window for patient 27000500. The patient's name is 'Batman-Test, Brunhilde', and the admission date is 04.08.2008. The status is 'ausgewählt' and 'FU-Gespr.'. The treatment goals section includes dates for A-Gespr., E-Gespr., E-Tel, and FU-Gespr., along with distances and next due dates.

Deckblatt		Behandlungsziele	
Auswahl:	ausgewählt	Aufnahmedatum:	04.08.2008
org. Status:	Reserve 2	Entlassdatum:	23.08.2008
Status:	FU-Gespr.	<input type="checkbox"/> Pat. verstorben am:	...
A-Gespr.:	durchgeführt	am	09.08.2008
E-Gespr.:	durchgeführt	am	22.08.2008
E-Tel:		am	..
FU-Gespr.:	durchgeführt	am	25.04.2009
		Entfernung km:	12
		Fu-Gespr. fällig am:	17.02.2009

Bemerkung:

Navigation: << < > >> Übersicht Export Import Ordnung: NAME\_AKTIV Suche: Schließen

The screenshot shows the second page of the 'Follow-up' window, focusing on rehabilitation goals. The patient's name and admission date are repeated at the top.

Behandlungsziele Patient

- 1: Wieder kräftiger werden
- 2: wieder gut gehen können, dann geht auch alles andere wieder
- 3:
- 4:
- 5:

Behandlungsziele Angehörige

- 1: Dass Mobilität wieder gesteigert wird und somit das Leben wieder lebenswerter wird
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:

Navigation: << < > >> Übersicht Export Import Ordnung: NAME\_AKTIV Suche: Schließen

Abb. 2: Zusatzmaske in der Dokumentationssoftware GERIDOC, welche für die Studie erstellt wurde

Die Interviewer wurden angehalten, die Angaben in den Zusatzmasken laufend zu aktualisieren, insbesondere auch zu den durchgeführten Gesprächen. Sie waren nicht nur für die Studie relevant, sondern bildeten auch die Grundlage für die Erstellung verschiedener „To-Do-Listen“.

Sollte es Ablehnungen oder andere Hinderungsgründe für die Gespräche geben, wurden die Interviewer gebeten, nähere Erläuterungen in den Bemerkungen vorzunehmen.

Die Interviewer wurden während der Einrichtung und Konfiguration der Zusatzfunktionen vor Ort individuell geschult, sowohl hinsichtlich der Programmbedienung als auch hinsichtlich der Interviewinhalte.

Zusätzlich erhielten sie eine 12seitige Anleitung sowie die Anwohnhilfen in schriftlicher Form ausgehändigt.

Die individuelle Schulung trug dem Umstand Rechnung, dass die Einrichtungen nur zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit den Gesprächen beginnen konnten. Die Festlegung von einheitlichen Schulungsterminen für Interviewer mehrerer Einrichtungen hätte den Organisationsaufwand eher vergrößert und war nicht praktikabel.

Die Interviewbögen wurden von der Software direkt ausgedruckt und enthielten auf jeder Seite die Zentrumsnummer sowie die interne Nummer des Patienten. Vorgelegt wurde ein Deckblatt mit konkreten Angaben zum Patienten (Name, Telefonnummer, Angehörige).

Es wies ferner Raum für interne Anmerkungen auf, war nur für den Gebrauch innerhalb der Einrichtung bestimmt und verblieb auch dort. An die Studienzentrale wurden nur die Fragebogen selbst mit Zentrums- und Nummernangabe, jedoch ohne Deckblatt gesendet.

Zu Beginn der Erhebungen zeigten sich vereinzelt Probleme bei der Auswahl der Patienten. Hier wurden mitunter Patienten eingeschlossen, die außerhalb der festgelegten Luftlinie von 20 km Entfernung lagen. Diese Probleme wurden im Verlaufe der Erhebungen durch Anpassung der Software behoben.

## ***2.5 Auswahl der Zentren und Interviewer***

Aus der Komplexität des mehrstufigen Auswahlverfahrens und der Notwendigkeit, bestimmte Angaben unmittelbar nach Durchführung der Interviews EDV-gestützt einzutragen, ergab sich zwingend, dass für die Beteiligung an der Studie lediglich Zentren in Frage kamen, bei denen die Dokumentationssoftware GERIDOC benutzt wurde.

Bevorzugt wurden zunächst Zentren ausgewählt und um Beteiligung gebeten, die sich bereits an der Follow-Up Pilotstudie beteiligt hatten, da man bei diesen von einer entsprechenden Organisationskapazität ausgehen konnte.

Um die Repräsentativität der Daten sicherzustellen, wurde versucht, die Zentren über alle Regierungsbezirke in Bayern zu verteilen und entsprechend der Einwohnerzahl zu gewichten.

In der Pilotstudie hatte es sich bewährt, die Interviewer aus dem Mitarbeiterkreis der beteiligten Einrichtungen zu gewinnen. Diese konnten als erfahren im Umgang mit geriatrischen Patienten gelten, verfügten über die notwendigen lokalen Kenntnisse und waren mit dem Organisationsablauf innerhalb der Einrichtung vertraut. Dieses Vorgehen wurde auch in der vorliegenden Studie angestrebt.

Die Einrichtungen zeigten zwar ein grundsätzlich großes Interesse, jedoch bestanden mitunter große Schwierigkeiten, passende Mitarbeiter zu gewinnen. Da die Gespräche mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden waren, kamen entweder teilszeitbeschäftigte Mitarbeiter in Frage, die für die Studiendauer ihre Arbeitszeit aufstockten, oder Mitarbeiter, die von ihren bisherigen Tätigkeiten entlastet werden konnten.

Leider waren die damit verbundenen Entscheidungsprozesse oft recht langwierig, so dass es teilweise zu deutlichen Verzögerungen des Befragungsbeginns kam. So wurden beispielsweise in einer Einrichtung nacheinander drei Mitarbeiter um Mitwirkung gebeten, die sich zunächst bereit erklärten, die Interviews durchzuführen, nach einer längeren Überlegungsphase dann jedoch wieder zurücktraten. Daneben erwies sich, dass die Befragungskapazitäten der Einrichtungen geringer angesetzt werden mussten als ursprünglich angenommen.

Einige Einrichtungen mit guten universitären Kontakten konnten interessierte Studenten gewinnen.

Schließlich wurden die in Tab. 2 aufgeführten Einrichtungen für eine Beteiligung an der Follow-Up Studie gewonnen.

Tab. 2: Teilnehmende Zentren

Ort	Klinik	Chefarzt
Aidenbach	Gesundheitszentrum Aidenbach	Herr Dr. Neveling / Herr Dr. Riechers
Augsburg	Hessing-Stiftung Augsburg Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Geiselbrecht
Berching	HELIOS Klinik Berching	Frau Dr. Ullmann
Burghausen	KKH Burghausen Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Esch
Erlangen	Wald-Krankenhaus St. Marien Klinik für Geriatrie u. geriatrische Rehabilitation	Herr Prof. Dr. Gaßmann
München-Maxvorstadt	Diakoniewerk München-Maxvorstadt Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Ullrich
Neuburg a.d.D.	Geriatriezentrums Neuburg	Herr Dr. Siegel
Nürnberg – Theresienkrankenhaus	St. Theresien Krankenhaus Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Seefried
Oettingen	Donau-Ries-Klinik Oettingen Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Kern
Rosenheim	Schön Klinik Rosenheim Geriatrische Rehabilitation	Herr Dr. Trögner
Rottenburg	Schlossklinik Rottenburg	Herr Dr. Timmer
Stadtsteinach	Fachklinik Stadtsteinach Geriatrische Rehabilitation	Frau Dr. Moreth

Ort	Klinik	Chefarzt
Wartenberg	Klinik Wartenberg	Herr Dr. Schneider
Würzburg	Bürgerspital zum Hl. Geist Geriatrische Rehaklinik	Herr Dr. Schwab
Würzburg	Geriatrische Rehaklinik Würzburg	Frau Dr. Tatschner

## 2.6 Vergütung der Fälle

Im Konzept der Studie war vorgesehen, den Kliniken für jeden erfolgreichen Fall eine Aufwandsentschädigung von 75,- Euro zukommen zu lassen. Die Vergütung der Mitarbeiter sollte dabei durch die Kliniken geregelt werden.

„Erfolgreich“ im Sinne der Studie wurde wie folgt definiert:

- Befragung von Patienten und ggf. HPFL (sofern vorhanden) zu allen drei Erhebungszeitpunkten
- Bei verstorbenen Patienten: Befragung von Patienten und HPFL zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt; zum Nacherhebungszeitpunkt Kurzbefragung der hinterbliebenen HPFL.

Als Budget für die Interviews waren 67.500,00 Euro vorgesehen – bei einer geschätzten Abbrecherquote von 15% ergaben sich bei 850 Patienten und 4,5 Stunden Zeitaufwand pro Fall rechnerisch inkl. Fahrtkosten 17,65 Euro pro Stunde.

Sollten sich am Ende der Studie weniger als 850 erfolgreiche Fälle ergeben, so sah das Konzept vor, den Restbetrag als Ausgleich für die Aufwendungen mit Abbrechern fallgewichtet an die teilnehmenden Einrichtungen zu verteilen. Die Grundlage für den Ausgleich sollten die Anzahl der erfolgreichen Fälle bilden, um so einen zusätzlichen Anreiz für eine effektive Durchführung der Studie zu geben.

Der Weg, den Kliniken die Regelung der Vergütung der Mitarbeiter zu überlassen, ließ sich nur zum Teil umsetzen. Dies lag zum einen daran, dass bei den teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern eine zeitweilige Erhöhung der Bezüge mit einer überproportionalen Zunahme an Abschlägen verbunden gewesen wäre und deshalb auf Widerstand stieß. Zum anderen schreckte der mit einer zeitweiligen Erhöhung von Stunden verbundene Verwaltungsaufwand.

Um den Erfolg der Studie nicht zu gefährden, musste deshalb ein Teil der Interviewer direkt durch das Projekt entlohnt werden.

Nach einer mehrmonatigen intensiven Auseinandersetzung mit der Deutschen Rentenversicherung, welche das Vorliegen einer dem Wesen nach freiberuflichen Tätigkeit verneinte und somit auf einer Versicherungspflicht bestand, wurden die Interviewer auf einer 400-Euro-Basis beim GiB-DAT-Projekt angestellt. Lediglich in einem Fall durfte die Vergütung direkt und ohne Abzüge erfolgen.

Die Aufwandsentschädigung von 75,- Euro je erfolgreichem Fall wurde über die Monate verteilt an die Interviewer weitergegeben, wobei sich diese nach dem Bruttoge-

halt richtete. Nach Abzug der Sozialversicherungsbeträge erhielten die Interviewerinnen etwa 57,- Euro pro Fall ausbezahlt.

Insgesamt wurden 8 Interviewerinnen (ausschließlich Frauen) über eine 400-Euro-Beschäftigung mit entsprechend hohem Verwaltungsaufwand entlohnt.

## **2.7 Durchführung einer zweiten Befragungswelle**

Im Verlaufe der Erhebungen zeigte sich, dass die angestrebte Zahl von 1.000 Interviews zum Aufnahmezeitpunkt nicht erreicht werden konnte.

Im Gesundheitszentrum Aidenbach kam es bedingt durch einen Chefarztwechsel und einer längeren Erkrankung einer Interviewerin zum Abbruch der Studie.

Im Geriatriezentrum Neuburg gelang es trotz wiederholter Bemühungen und Zusicherungen nicht, eine nennenswerte Fallzahl zu erhalten. Gleiches galt für die zweite Befragungswelle. Hier konnte schließlich eine teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterin gewonnen werden, die nach einiger Überlegungszeit ihre Zusage jedoch wieder zurückzog.

In der Schön-Klinik Rosenheim zeigten sich ähnliche Schwierigkeiten. Hier sollten externe Mitarbeiter hinzugezogen werden, die ebenfalls nach einiger Überlegung von ihrem Vorhaben wieder Abstand nahmen. Die wenigen erhobenen Fälle wurden von Mitarbeitern des Sozialdienst unter großem Einsatz zusätzlich zu den bestehenden Aufgaben mit erhoben.

Um die anvisierte Zahl von 1.000 Aufnahmeinterviews zu erreichen bzw. dieser zumindest nahe zu kommen, wurde im Zeitraum zwischen Januar bis Juni 2009 eine zweite Befragungswelle durchgeführt, an der sich 5 Einrichtungen beteiligten.

## **2.8 Interviewertreffen**

Um evtl. Probleme zu klären und vor allem eine Motivationsbasis für die Durchführung der aufwändigen Nacherhebungen zu schaffen, wurde am 14.11.2008 ein Treffen der Interviewer in den Räumen des Instituts für Biomedizin des Alterns in Nürnberg durchgeführt. Hierbei nahmen 20 Interviewer/innen aus allen teilnehmenden Zentren (Ausnahme: Zentrum Oettingen) teil.

Folgende Tagesordnungspunkte waren vorgesehen:

- Begrüßung
- Vortrag von Prof. Dr. Engel: „Demenzkranken und ihre Angehörige besser verstehen“
- Mittagessen
- Rückmeldung über den aktuellen Stand der Interviews
- Anmerkungen zum Ausfüllen der Fragebogen
- Aktueller Stand der Klärung des Versicherungsstatus der Interviewertätigkeit
- Anmerkungen / Fragen zur Programmbedienung
- Erfahrungsaustausch der Teilnehmer

Aus den Rückmeldungen ließ sich insgesamt schließen, dass die Interviewer mit ihrer Aufgabe gut zurechtkamen.

Als Hürde für die Teilnahme wurde die Einverständniserklärung bezeichnet, die offensichtlich einige Patienten von einer Teilnahme an der Studie abhielten. Daneben wurde über verschiedene weitere Ablehnungsgründe berichtet.

Als hilfreich wurde empfunden, wenn der Chefarzt explizit um Teilnahme an der Studie bat. Jedoch zeichnete sich in der Diskussion auch ab, dass sich diese Strategie nicht in allen Zentren ohne weiteres umsetzen ließ.

Die Bearbeitung der 10-stufigen Bayer-IADL-Skala wurde als sehr schwierig für Patienten wie Angehörige dargestellt. Auch die Antworthilfen hätten hier wenig Nutzen gebracht.

Diskutiert wurde die Frage, ab welchem Ausmaß der Hilfeleistung eine Person als hauptpflegende Hilfsperson betrachtet werden kann. Es wurde klargestellt, dass jemand auch dann als HPFL zu betrachten ist, wenn das Ausmaß der Hilfe sehr gering ist (wie z.B. einmal im Monat Getränke besorgen).

Als störend wurde die zum Zeitpunkt des Treffens noch ungeklärte Frage der Vergütung der Interviewer (400-Euro-Beschäftigungsverhältnisse oder direkte Entschädigung als freiberuflich Tätige) empfunden.

## **2.9 Codierung der Ergebnisse und Auswertung der Daten**

Um die über 2.700 Fragebogen mit einem Umfang von über 500 Variablen in der Studienzentrale zuverlässig digitalisieren und so der statistischen Auswertung zugänglich machen zu können, wurde ein eigenes Datenerfassungsprogramm erstellt. Aus Sicherheitsgründen wurden hier die Fragen stets ausführlich formuliert und – wo möglich – die Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Interne Konsistenzüberprüfungen und Sprungbefehle dienten der Fehlerreduktion.

Informationen, die innerhalb der Kliniken in die GERIDOC-Zusatzmasken eingetragen wurden, konnten in das Datenerfassungsprogramm eingespielt werden.

Abb. 3 zeigt ein Beispiel der Add-On-Maske aus GERIDOC, wie sie sich in der Studienzentrale darstellte, ergänzt um Eingabemöglichkeiten der Zentrale. Abb. 4 soll einen Eindruck über die Art und Weise vermitteln, wie die einzelnen Items digitalisiert wurden.

The screenshot shows a software window titled 'Follow-up'. At the top, it displays 'Zentrum / Fallnr.: 16 122442' and 'int.Nr.: 122442'. There are two tabs: 'Deckblatt' (selected) and 'Ziele'. The 'Deckblatt' tab contains the following fields:

- Zentrum / i.Nr.: 16 122442
- Eing. Aufn.: sab
- Eing. Entl.: sab
- Eing. FU/Tod: sab
- Auswahl: ausgewählt
- org. Status: Reserve 2
- Status: Abgeschlossen
- A-Gespr.: durchgeführt am 09.08.2008
- E-Gespr.: durchgeführt am 22.08.2008
- E-Tel: . .
- FU-Gespr.: durchgeführt am 25.04.2009

The 'Ziele' tab contains:

- Z-Status: 101-erfolgreich inkl. FU
- Bemerkung: erfolgreicher Fall: 2-ja
- Pat. verstorben: . .
- Entfernung km: 12
- Fu-Gespr. fällig: 17.02.2009

At the bottom, there is a search bar with 'Suche:' and 'Eingabe: Zentrum,intNr.', and buttons for '<<', '<', '>', '>>', 'Übersicht', 'Löschen', 'Items', 'Export', 'Import', 'Neu', and 'Schließen'.

Abb. 3: Follow-Up-Maske in der Studienzentrale

Der obere Teil der Maske (oberhalb des roten Striches) wurde von der Studienzentrale ausgefüllt, der untere Teil, wie auch die Ziele, wurden aus den Studienzentren eingespielt.

Itemeingabe

Zentrum /i.Nr. 16 122442 16 122442 16 122442

A-Seite 4-H Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
Keine HPFL  
Alle 8  
Alle 9 3-ja-es gibt eine

Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
Ja und zwar  
3-Sohn / Tochter

Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
Geschlecht der HPFL  
1-männlich

Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
In welcher Entfernung lebt die HPFL  
4-weiter weg (31-60 Min)

Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
Intensität der geleisteten Hilfe durch die HPFL  
5-weniger als 1x pro Woche

Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
Berufliche Situation der HPFL  
1-vollzeitbeschäftigt

A-Seite 5-H Hauptpflegeperson: Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege zuständig  
Schulabschluss der HPFL  
3-Mittlere Reife

Anfang Frage < Abschn < g Seite < Abschnitt: A-Seite 4-HPFL Schließen  
Frage > Abschn > w Seite >  Automatik

1-keine nicht notwendig gewesen,1  
2-keine nicht vorhanden,2  
3-ja es gibt eine,3

Abb. 4: Beispiel für die Erfassung der Fragebogendaten in Eingabeprogramm FU-PROG

In dem Datenerfassungsprogramm konnten auch die für das Statistikprogramm SPSS notwendigen Skripte und Einstellungen festgelegt werden, so dass der Export der gesammelten Informationen an das Statistikprogramm keine weiteren Fehlerquellen beinhaltete.

Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgte über das Statistikprogramm SPSS 12.0. Sie basiert auf drei Datenquellen, die über die Kombination aus Zentrums- und Fallnummer miteinander verbunden wurden:

- Daten aus der GERIDOC-Add-on-Maske
- Fragebogendaten
- Daten, die im Rahmen des GiB-DAT-Projekts routinemäßig erhoben werden und in Quartalsabständen an die Studienzentrale gesendet werden. Es handelte sich dabei um die Meldungen aller GiB-DAT-Teilnehmer, also auch derjenigen ohne Follow-Up-Beteiligung oder Nutzung der Erfassungssoftware GERIDOC. Abb. 5 veranschaulicht die Verarbeitungsschritte.

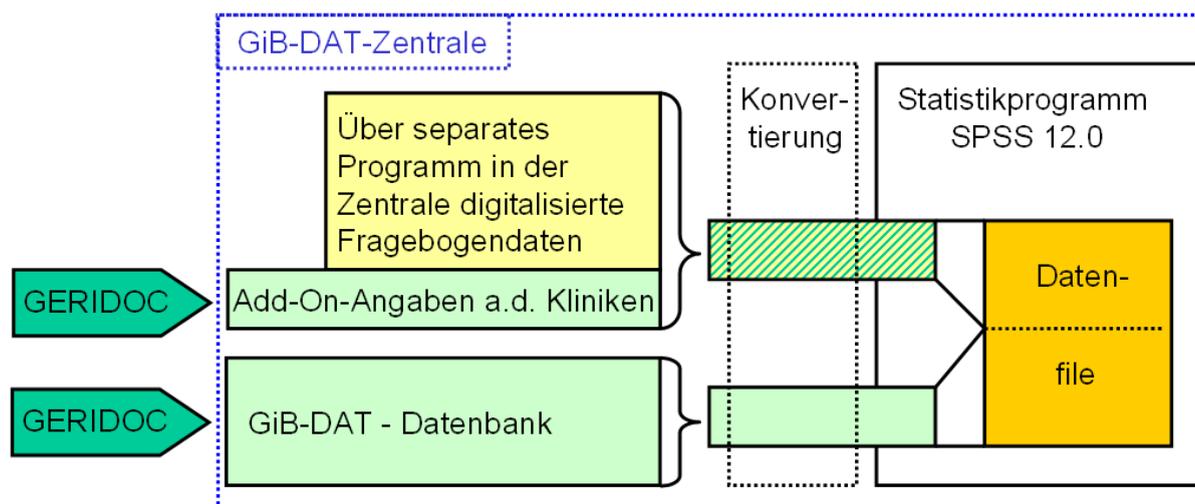


Abb. 5.: Zusammenstellung der Auswertungsdatei für die Statistische Analyse

Die statistischen Analysen wurden über SPSS 12.0 durchgeführt. Die Sichtung freitextlicher Antworten wurde teilweise über das Datenbankprogramm Visual Fox-Pro 7 durchgeführt, welches die Basis sämtlicher involvierter Programme bildete (GiB-DAT-Zentrale, GERIDOC, FU\_PROG). Bei der Auswahl der statistischen Prozeduren wurden Bühl und Zöfel (2000) sowie SPSS-Schulungsmaterial (SPSS, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b) zu Rate gezogen.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Stichprobe und Drop-Outs

Nach Abschluss der zweiten Befragungswelle und Eingabe der zugesandten Fragebögen zeigte sich, dass in 5 Fällen entweder der Aufnahmefragebogen oder der Entlassungsfragebogen fehlte. Auch auf Nachfrage konnten die fehlenden Bögen nicht mehr beschafft werden. Sie wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Eine genaue Übersicht der Fallzahlen und Drop-Outs ist in Tab. 3 enthalten.

Tab. 3.: Stichprobengröße und Drop-Out-Gründe nach Befragungszeitpunkt

<b>Aufnahmegespräch</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>verbleibend</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Versuch der Kontaktaufnahme	1.356	<b>100,0</b>	1.356	<b>100,0</b>	
Ablehnung <sup>1</sup>	217	16,0			
Tod noch vor der Aufnahmebefragung	4	0,3			
Durchführung nicht möglich <sup>2</sup>	120	8,8			
Abbruch aus sonstigen Gründen <sup>3</sup>	60	4,4			
Erfolgreiche Durchführung	955	70,4	955	70,4	<b>100,0</b>
<b>Entlassungsgespräch</b>					
Versuch der Kontaktaufnahme	955	<b>100,0</b>			
Ablehnung <sup>1</sup>	8	0,8			
Patient zwischenzeitlich verstorben	2	0,2			
Durchführung nicht möglich <sup>2</sup>	4	0,4			
Abbruch aus sonstigen Gründen <sup>3</sup>	21	2,2			
Erfolgreiche Durchführung	920	96,3	920	67,8	96,3
<b>Follow-Up-Kontakt</b>					
Versuch der Kontaktaufnahme	920	<b>100,0</b>			
Ablehnung <sup>1</sup>	6	0,7			
Patient zwischenzeitlich verstorben – jedoch kein Fragebogen TOD ausgefüllt	3	0,3			
Durchführung nicht möglich <sup>2</sup>	3	0,3			
Abbruch aus sonstigen Gründen <sup>3</sup>	51	5,5			
Erfolgreiche Durchführung	857	93,2	857	64,5	89,7
Davon:					
• Erfolgreiche Durchführung Follow-Up-Kontakt	749	81,4			78,4
• Pat. verstorben – Fragebogen TOD ausgefüllt	108	11,7			11,3

<sup>1</sup> Ablehnung: Als Ablehnung wurde gewertet, wenn Patient oder Angehörige die Befragung nicht durchführen wollten, keine Zeit fanden oder zu einem verabredeten Termin nicht erschienen.

<sup>2</sup>: Durchführung nicht möglich: In diesen Fällen war der Gesundheitszustand so reduziert, dass eine Befragung nicht (mehr) möglich war. Auch Umzüge in einen weit entfernten Wohnort zum Follow-Up-Zeitpunkt fallen hierunter.

<sup>3</sup>: Abbruch aus sonstigen Gründen: Eine Befragung war nicht möglich, weil der Patient verlegt worden war oder vorzeitig entlassen wurde. In diese Kategorie fallen auch Abbrüche, die in den Unterlagen nicht weiter erläutert sind. So ist anzunehmen, dass in einigen Fällen die Befragung wegen Urlaub oder Krankheit oder organisatorischen Gründen nicht weiter durchgeführt wurde.

Eine hohe Ablehnungsquote zum Aufnahmezeitpunkt war in Anbetracht der relativ aufwändigen Interviews zu erwarten gewesen. Als Hemmnis stellte sich auch die geforderte Einverständniserklärung heraus. Überraschenderweise gab es in den Folgekontakten nur noch wenige Ablehnungen von insgesamt lediglich 14 Patienten. Darunter ist auch ein Fall, bei dem die Interviewerin zum vereinbarten Termin die Wohnung der Patientin aufsuchte, aber nicht eingelassen wurde.

Nicht auszuschließen ist jedoch, dass auch unter den Abbrechern aus sonstigen Gründen noch einige Verweigerer versteckt sind.

Das Studienziel, zum Aufnahmezeitpunkt mindestens 1000 Patienten nicht nur einschließen zu können, sondern diese auch erfolgreich zu befragen, wurde mit 955 Patienten praktisch erreicht.

Von diesen gelang in immerhin knapp 90% (89,7%) der Fälle eine Kontaktaufnahme 6 Monate nach der Entlassung aus der Rehabilitation. In 78,4% wurde der Follow-

Up-Kontakt erfolgreich durchgeführt, in 11,3% war zumindest noch ein kurzes Gespräch mit den Hinterbliebenen möglich.

Nach Abschluss der Digitalisierung der Fragebögen gingen im Stadium fortgeschrittener Auswertung in der Studienzentrale verspätet noch zusätzliche 22 komplette Fälle ein, die versehentlich in einer Einrichtung liegen geblieben waren. Da deren Einarbeitung eine Neuberechnung sämtlicher Analysen bedeutet hätte, ohne dass dabei andere Ergebnisse zu erwarten gewesen wären, wurde davon abgesehen.

### **3.2 Zur Repräsentativität der erhobenen Daten – Vergleich mit der GiB-DAT-Grundgesamtheit**

In Studien, die auf einer freiwilligen Mitwirkung der Befragten beruhen, gibt es grundsätzlich eine Tendenz zu einer positiven Selektion. Dies bedeutet, die aktiven, interessierten, gesünderen Probanden sind meist eher bereit, an einer wissenschaftlichen Studie mitzuwirken, als die kranken und eingeschränkten. Je aufwändiger die Befragung, desto deutlicher sind Verschiebungen der Ergebnisse zu erwarten.

Das Problem der positiven Selektion ist systemimmanent und kann deshalb in der vorliegenden Untersuchung auch nicht ausgeschaltet werden. Durch den Vergleich mit den in der GiB-DAT-Datenbank gesammelten Behandlungsinformationen ist es jedoch möglich, diesen Effekt recht genau quantifizieren zu können.

Als Referenzgröße wurden alle vollstationären Behandlungsfälle nach § 111 SGB V der GiB-DAT-Datenbank verwendet, die in dem Follow-Up-Erhebungszeitraum gespeichert wurden.

Da sich der Zeitraum unter anderem durch die zweite Befragungswelle deutlich verzögerte, beträgt dieser insgesamt 2 Jahre, beginnend vom 2. Quartal 2008 bis zum 1. Quartal 2010. Die Quartalsangabe bezieht sich dabei stets auf das Entlassungsdatum des Patienten aus der Rehabilitation (N=67.127 Datensätze).

#### **3.2.1 Soziodemographische Parameter**

In den folgenden Tabellen (Tab. 4 ff) wurden die Referenzdaten zum einen mit den für das Follow-Up ausgewählten Patienten insgesamt verglichen. Es sind die Patienten, die vom Computerprogramm ausgewählt wurden und mit denen ein Versuch der Kontaktaufnahme dokumentiert wurde.

Zum anderen wurde nach der Durchführbarkeit der Befragung unterschieden – d.h., ob die Patienten über alle drei Zeitpunkte hinweg überlebten und erfolgreich befragt wurden, ob sie nach Abschluss der Rehabilitation verstarben aber die Angehörigen noch befragt werden konnten oder die Teilnahme abgebrochen wurde.

Um die Unterschiede zwischen einzelnen Stichproben quantifizieren zu können, wurden in der folgenden Tabelle wie auch in den weiteren Analysen Effekstärken (ES) berechnet. Für Variablen, bei denen die Berechnung von Mittelwerten zulässig ist,

gibt diese den Mittelwertsunterschied in Einheiten der gemeinsamen Standardabweichung wieder.

Tab. 4: Soziodemographische Parameter im Vergleich GiB-DAT und FollowUp

Kenngroße	Lagemaß	GiB-DAT	Follow-Up	FU <sup>2</sup> -Erfolg	FU <sup>2</sup> -TOD	FU <sup>2</sup> -Drop-Out
Alter gesamt	MW	80,81	81,23	80,88	82,82	81,42
	S	7,32	7,00	6,77	6,93	7,32
	Q2	77,00	77,00	77,00	79,00	77,00
	Median	82,00	82,00	81,00	84,00	82,00
	Q3	86,00	86,00	85,00	87,00	86,00
	N	67.127	1.324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,01	0,27	
Geschlecht	Frauen %	66,9	71,9	74,3	68,2	69,1
	Männer %	33,1	28,1	25,7	31,8	30,9
	N	67.127	1.324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,16	0,03	
Regionsgruppe <sup>1</sup>	Gr. Verdichtung	35,6	47,6	53,9	47,7	38,1
	Grenzland	36,5	22,8	19,3	27,1	27,0
	Sonst. Ländlich	28,0	29,6	26,8	25,1	34,8
	N	63.011	1.323	731	107	485
	ES ggü. GiB-DAT			0,42	0,26	
Reg.bezirk <sup>1</sup>	Oberbayern	32,8	33,8	30,1	30,2	40,3
	Niederbayern	10,7	10,1	8,7	14,2	11,2
	Oberpfalz	9,1	6,1	2,9	6,6	11,0
	Oberfranken	10,2	5,7	7,4	6,6	3,0
	Mittelfranken	15,9	19,1	20,4	16,0	17,9
	Unterfranken	9,2	14,0	14,0	16,0	13,5
	Schwaben	12,0	11,1	16,5	10,4	3,2
	N	62.800	1.301	721	106	474
	ES ggü. GiB-DAT			0,33	0,29	
Fachklinik	Angegliedert	60,4	74,3	80,8	74,8	64,4
	Eigenständig	39,6	25,7	19,2	25,2	35,6
	N	67.127	1.324	731	107	486
Wohnsituation bei Aufnahme	Privat-Wohnung	91,3	91,3	91,7	90,6	91,0
	Wohnheim / betr. Wohnen	4,4	4,8	5,4	4,7	4,0
	Pflegeheim	4,3	3,8	2,9	4,7	5,0
	N	65.917	1.301	719	106	476
	ES ggü. GiB-DAT			0,08	0,03	
Wohnsituation bei Entlassung	Privat-Wohnung	79,1	79,9	83,2	62,4	78,6
	Wohnheim / betr. Wohnen	5,5	5,9	6,7	5,9	4,4
	Pflegeheim	15,4	14,2	10,1	31,7	17,0
	N	58.394	1.210	702	101	407
	ES ggü. GiB-DAT			0,15	0,46	

<sup>2</sup>: FU: Follow-Up

<sup>1</sup>:Die Einteilung in Regionsgruppen und Regierungsbezirk erfolgte nach der PLZ des Patientenwohnorts und basierte auf einer Tabelle des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung (2001)

ES: Effektstärke

#### - Probandenauswahl

Beim Vergleich der soziodemographischen Daten fällt auf, dass der Frauenanteil in der Follow-Up-Stichprobe mit 71,9% über dem Anteil in der Referenzstichprobe mit 66,9% lag ( $p < .001$  im nichtparam. Chi-Quadrat-Test gegen die Erwartung eines Ver-

hältnisses von 66,96 zu 33,1;  $ES=0,11$ ). Die Auswahlroutine im GERIDOC berücksichtigte die Geschlechtszugehörigkeit nicht, kontrollierte jedoch die Verteilung nach Geschlechtern auch nicht. Offenbar wirkte sich hier das traditionell vorhandene Ungleichgewicht in der geriatrischen Rehabilitation bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit zugunsten des Frauenanteils aus.

Aufgeschlüsselt nach Regionsgruppe und Regierungsbezirk zeigte sich, dass aus allen Gebieten Probanden ausgewählt und auch erfolgreich befragt werden konnten. Die zuvor beschriebenen Schwierigkeiten einzelner Zentren mit der Durchführung der Studie schlugen sich hier jedoch nieder. So war Oberfranken durch den Wegfall des MediClin Reha zentrums Roter Hügel in Bayreuth leicht unterrepräsentiert.

Im Regierungsbezirk Oberbayern konnte die geringe Beteiligung der Zentren in Neuburg und Rosenheim durch die engagierte Mitarbeit der Zentren München-Maxvorstadt und Burghausen erfreulicherweise ausgeglichen werden.

Etwas höhere Anteile gegenüber der GiB-DAT-Referenzstichprobe hatten die Regierungsbezirke Mittelfranken und Unterfranken zu verzeichnen, was vor allem an der Beteiligung der dort gelegenen Zentren an der zweiten Befragungswelle gelegen haben dürfte.

#### - Durchführbarkeit Follow-Up

Im Vergleich zwischen der GiB-DAT-Referenz und dem Ergebnis des Follow-Up verstärkte sich der bereits festgestellte Geschlechtsunterschied noch weiter: Erfolgreich befragte Patienten waren hier häufiger Frauen (74,3% vs. 66,9%), während bei den später verstorbenen Patienten der Frauenanteil nur geringfügig erhöht war (68,2% vs. 66,9%).

Während die Wohnsituation bei Aufnahme keine Rolle für das Follow-up-Ergebnis zu haben schien, war diese bei Entlassung durchaus von Bedeutung.

Erfolgreich befragte Patienten wurden häufiger in eine private Wohnform entlassen (83,6 % vs. 79,1%), wenngleich der Effekt insgesamt mit  $ES=0,15$  als gering zu bezeichnen ist ( $p<.001$ ; Chi-Quadrat-Test entgegen die Erwartung).

Die später verstorbenen Patienten wurden jedoch erheblich häufiger in ein Altenpflegeheim entlassen als in eine Privatwohnung ( $p<.001$   $ES=0,46$ ); ein Ausdruck einer erhöhten Pflegebedürftigkeit und eines reduzierten Gesundheitszustands bereits gegen Ende der Rehabilitation (s. u.).

### 3.2.2 Diagnosen

Die Übersicht der Kennwerte der Vorverweildauer, Verweildauer, Diagnosen und deren Schweregrade findet sich in *Tab. 5*. Die dort aufgeführte 4D+S-Skala wurde von der AFGiB entwickelt und stuft die Schweregrade häufiger in der Rehabilitation vorkommender Diagnosen 4stufig ab (vgl. Trögner et al., 2003).

Tab. 5: Behandlungsdauer, Diagnosen und Schweregrad nach 4D+S im Vergleich GiB-DAT und FollowUp

Kenngröße	Lagemaß	GiB-DAT	Follow-Up	FU <sup>1</sup> Erfolg	FU <sup>1</sup> - TOD	FU <sup>1</sup> - Drop-Out
VVD	MW	23,18	19,60	19,54	20,25	19,55
	S	20,12	14,82	16,34	11,23	12,91
	Q2	13,00	12,00	13,00	13,00	12,00
	Median	17,00	16,00	16,00	19,00	16,00
	Q3	26,00	22,00	22,00	22,00	22,25
	N	50.664	1.006	567	81	358
	ES ggü. GiB-DAT			0,18	0,15	
VD	MW	23,58	22,94	24,06	23,43	21,14
	S	9,53	7,80	7,44	6,82	8,20
	Q2	20,00	20,00	20,00	20,00	18,00
	Median	21,00	21,00	21,00	21,00	21,00
	Q3	28,00	28,00	28,00	28,00	26,25
	N	67127	1324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,05	0,02	
Diagnosen	Apoplex	14,1 %	13,2	12,3 %	13,1 %	14,6 %
	Muskulo-Skelettal	41,4 %	48,8	54,0 %	32,7 %	44,4 %
	Sonstige	44,5 %	38,0	33,7 %	54,2 %	40,9 %
	N	67.127	1324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,26	0,20	
Geriatr. Indikat.- gruppen	Schlaganfall	14,9	14,6	14,1	14,0	15,4
	Fraktur	27,6	31,0	33,9	20,6	29,0
	Bewegungsapparat	13,8	17,7	20,1	12,1	15,4
	Herzerkrankung	7,6	7,1	6,0	12,1	7,6
	Aterien-Erkrankungen	2,1	1,7	1,6	1,9	1,9
	Neurologie	3,3	2,2	1,5	1,9	3,3
	Geriatrische Syndrome	7,2	6,2	6,4	7,5	5,6
	Sonstige	23,6	19,4	16,3	29,9	21,8
	N	67.127	1.324	731	107	486
ES ggü. GiB-DAT			0,29	0,26		
4D+S Dem	Nein	58,7	62,9	71,7	44,4	53,4
	Leicht	25,1	20,7	17,9	26,3	23,8
	Mittel	13,0	12,8	8,7	25,3	16,4
	Schwer	3,3	3,6	1,7	4,0	6,5
	N	58.140	1238	693	99	446
	ES			0,27	0,39	
4D+S Depr.	Nein	66,7	67,4	73,0	62,6	59,6
	Leicht	23,8	24,1	19,5	27,3	30,5
	Mittel	8,5	7,9	6,8	10,1	9,2
	Schwer	1,0	0,6	0,7	0,0	0,7
	N	57.970	1238	693	99	446
	ES ggü. GiB-DAT			0,13	0,10	
4D+S Dysphagie	Nein	90,4	93,6	94,3	93,1	92,6
	Leicht	5,7	3,5	3,3	3,0	3,8
	Mittel	2,5	1,9	1,3	3,0	2,7
	Schwer	1,4	1,0	1,1	1,0	0,9
	N	58.879	1245	697	101	447
	ES ggü. GiB-DAT			0,13	0,13	
4D+S Dysphasie	Nein	89,1	91,8	92,7	91,1	90,6
	Leicht	6,7	5,6	4,6	5,9	7,2
	Mittel	2,6	1,8	2,0	3,0	1,1
	Schwer	1,6	0,8	0,7	0,0	1,1
	N	58.696	1247	699	101	447
	ES ggü. GiB-DAT			0,12	0,13	

<sup>1</sup>: FU: Follow-Up, ES: Effektstärke, VVD: Vorweildauer, VD: Verweildauer

#### - Probandenauswahl

Zwischen der GiB-DAT-Referenzgruppe und den für das Follow-Up ausgewählten Patienten gab es bezüglich Vorverweildauer, Diagnosen und -schweregrad nur wenig bedeutsame Unterschiede. Während sich die Behandlungsdauer mit rund 24 Tagen praktisch nicht unterschied, lag die Vorverweildauer bei den ausgewählten Patienten mit rund 23 Tagen über der Referenzgruppe mit 19 Tagen (jeweils Mittelwerte).

Unterteilt nach Hauptdiagnosegruppen fand sich bei den ausgewählten Patienten in der führenden Hauptdiagnose eine leicht erhöhte Frakturrate (31,0% vs. 27,6%;  $ES=0,15$ ,  $p<.001$ ; Chi-Quadrat-Test gegen die Erwartung). Gleiches war auch bei einer differenzierteren Unterteilung nach geriatrischen Indikationsgruppen festzustellen.

Weiterhin ist noch zu bemerken, dass bei den ausgewählten Patienten die Rate der Probanden, die in ihrer Kognition als gänzlich unauffällig bewertet wurden, mit 62,9% gegenüber 58,7% ein wenig erhöht war (4D+S-Demenz:  $ES=0,11$ ;  $p<.019$ ; U-Test nach Mann-Whitney).

#### - Durchführbarkeit Follow-Up

Die erfolgreich befragten Patienten wiesen häufiger Frakturen als führende Hauptdiagnose auf (33,9% vs. 27,6%) und wurden in der 4D+S-Skala in ihrer Kognition häufiger als unauffällig (4D+S-Demenz=nein: 71,7% vs. 58,7%;  $p<.001$  im U-Test für alle Kategorien,  $ES=0,25$ ) und etwas weniger depressiv (4D+S: Depression=nein: 66,7% vs. 73,0%;  $p<.001$  im U-Test für alle Kategorien;  $ES=0,13$ ) beschrieben.

Die später Verstorbenen waren in ihrer Kognition deutlicher eingeschränkt ( $p<.001$ ; U-Test für alle Kategorien;  $ES=0,39$ ), unterschieden sich in ihrer emotionalen Befindlichkeit jedoch nicht vom GiB-DAT-Durchschnitt ( $p<.428$ ; U-Test für alle Kategorien;  $ES=0,10$ ).

### 3.2.3 Assessmentsparameter

#### - Probandenauswahl

Der Vergleich der Assessmentergebnisse zeigte insgesamt keine bedeutsamen Unterschiede zwischen der Referenzstichprobe und den für das Follow-Up ausgewählten Patienten. Interessant bleibt hier lediglich, dass die ausgewählten Patienten in ihrem Zugewinn an Barthel-Punkten um 3 Punkte über dem der Referenzstichprobe lagen (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Assessmentparameter im Vergleich GiB-DAT und Follow-Up

Kenngröße	Lagemaß	GiB-DAT	Follow-Up	FU <sup>1</sup> -Erfolg	FU <sup>1</sup> -TOD	FU <sup>1</sup> -Drop-Out
Barthel A	MW	44,61	42,85	45,57	34,70	40,53
	S	22,82	21,57	20,94	20,90	22,86
	Q2	30,00	30,00	35,00	20,00	25,00
	Median	45,00	45,00	45,00	35,00	40,00
	Q3	60,00	55,00	60,00	45,00	50,00
	N	67.127	1.324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,04	0,43	
Barthel E	MW	67,97	69,12	74,21	56,27	64,29
	S	25,76	25,73	22,98	24,91	27,86
	Q2	50,00	55,00	65,00	40,00	45,00
	Median	75,00	75,00	80,00	55,00	70,00
	Q3	90,00	90,00	90,00	75,00	85,00
	N	67.127	1.324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,24	0,45	
Barthel E-A	MW	23,36	26,27	28,64	21,57	23,75
	S	20,01	19,52	18,84	16,14	20,68
	Q2	10,00	15,00	15,00	10,00	10,00
	Median	20,00	25,00	30,00	20,00	25,00
	Q3	35,00	40,00	40,00	35,00	35,00
	N	67.127	1.324	731	107	486
	ES ggü. GiB-DAT			0,26	0,09	
MMSE	MW	23,22	23,71	24,74	21,84	22,48
	S	5,55	5,36	4,61	5,39	6,08
	Q2	20,00	21,00	22,00	18,00	19,00
	Median	25,00	25,00	26,00	23,00	24,00
	Q3	27,00	28,00	28,00	25,00	27,00
	N	46.769	1.114	633	87	394
	ES ggü. GiB-DAT			0,27	0,25	
GDS	MW	4,74	4,32	4,14	4,74	4,49
	S	2,84	2,67	2,73	2,82	2,54
	Q2	3,00	2,00	2,00	2,75	3,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q3	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
	N	28.138	860	459	58	343
	ES ggü. GiB-DAT			0,21	0,00	
TUG A	selbst. gehfähig	53,1	55,1	60,6	43,5	49,7
	m. HP gehfähig	27,8	25,1	25,0	31,8	23,9
	nicht gehfähig	19,1	19,8	14,4	24,7	26,35
	N	52.653	1.132	616	85	431
	ES ggü. GiB-DAT			0,16	0,20	
TUG E	selbst. gehfähig	78,8	80,60	86,6	69,4	73,8
	m. HP gehfähig	14,6	13,8	10,5	24,7	16,5
	nicht gehfähig	6,5	5,7	2,9	5,9	9,8
	N	51.437	1.096	611	85	400
	ES ggü. GiB-DAT			0,20	0,29	

<sup>1</sup>: FU: Follow-Up

ES: Effektstärke, MMSE: Mini Mental State, GDS: Geriatrische Depressions-Skala, TUG: Timed Up & Go mit Erweiterung nach AFGiB

#### - Durchführbarkeit Follow-Up

Betrachtet man die GiB-DAT-Gesamtheit und die erfolgreich befragten Patienten, so zeigten sich insgesamt etwas günstigere Werte für letztgenannte Gruppe.

Mit Ausnahme der Barthelsumme bei Aufnahme ( $p < .162$ ) sind sämtliche Mittelwertsunterschiede signifikant ( $p < .001$ ; jeweils U-Test n. Mann-Whitney), was jedoch vor allem in den sehr hohen Fallzahlen begründet liegt.

Die Effektstärken selbst liegen im schwachen Bereich (ES maximal 0,27 für den MMSE), was bedeutet, dass die erfolgreich Befragten im Screening kognitiver Leistungsfähigkeit bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation höhere Werte erzielten.

Die später Verstorbenen unterschieden sich von der Referenzstichprobe hinsichtlich Barthel bei Aufnahme und Barthel bei Entlassung signifikant (Barthel bei Aufnahme:  $p < .001$ ; U-Test; ES=0,43; Barthel bei Entlassung:  $p < .001$ ; U-Test; ES=0,45), nicht jedoch im Veränderungswert während der Behandlung ( $p < .308$ ; U-Test; ES=0,09; vgl. Abb. 6).

In den übrigen Parametern wurde Signifikanz (MMSE, GDS, TUG bei Aufnahme, TUG bei Entlassung: jeweils  $p < .001$ ; U-Test) erzielt bei jedoch insgesamt schwachen Effektstärken, welche beim Timed-Up and Go-Entlassungswert (TUG E) den maximalen Wert von 0,29 erreichten.

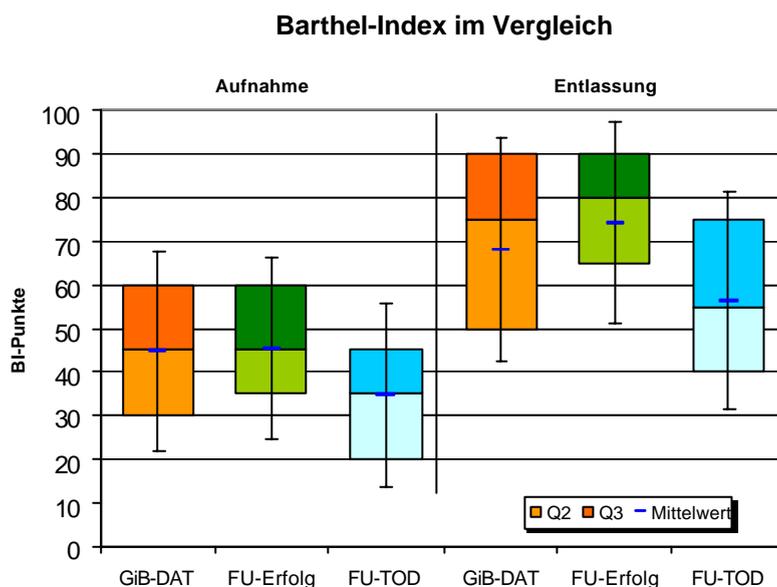


Abb. 6: Barthel-Index der Vergleichsstichprobe, der erfolgreich Befragten und der verstorbenen Patienten bei Aufnahme und Entlassung

#### - Zusammenfassung

Insgesamt funktionierte die Auswahl der Patienten für die Follow-Up-Studie aus der GiB-DAT-Grundgesamtheit in befriedigender Weise und ist damit als repräsentativ zu bezeichnen. Lediglich vereinzelt errechneten sich etwas günstigere Werte im Sinne einer geringeren Krankheitsschwere für die ausgewählten Patienten ggü. der Grundgesamtheit.

Nicht ganz auszuschließen ist, dass einzelne schwer betroffene Patienten von vornherein von den Interviewern nicht aufgesucht wurden und dieser Vorgang in der Datenbank nicht ordnungsgemäß vermerkt wurde. Die geringen Effektstärken zeigten jedoch, dass diesem Problem allenfalls eine geringe Bedeutung beizumessen ist.

Wie zu erwarten, stellten die über alle Erhebungszeitpunkte hinweg erfolgreich befragten Patienten eine positive Selektion aus der Grundgesamtheit dar. Sie waren vor allem in ihrer Kognition weniger eingeschränkt, verbesserten sich während der Rehabilitation stärker in ihrer Selbsthilfefähigkeit und waren vor allem zum Entlassungszeitpunkt mobiler. Unter den erfolgreich befragten Patienten fanden sich zudem häufiger Frauen sowie eine höhere Rate an Frakturen. Die zugehörigen Effektstärken betragen jedoch maximal 0,27 und sind damit als schwach zu bezeichnen.

Patienten, die innerhalb eines halben Jahres nach Entlassung aus der Rehabilitation verstarben, bei denen jedoch Hinterbliebene bereit waren, noch einige kurze Fragen zu beantworten, zeigten sich bereits bei Aufnahme in die Rehabilitation deutlich pflegebedürftiger und in ihrer Kognition sowohl bei Aufnahme als auch während des Rehabilitationsverlaufes stärker beeinträchtigt. Die größten Effektstärke hatte mit 0,47 der Barthel-Wert bei Aufnahme, der damit bereits in die Nähe einer mittleren Stärke kommt.

Konsistenterweise wurden die später verstorbenen Patienten nach der Entlassung auch häufiger in ein Pflegeheim verlegt.

Dieses Ergebnis deckt sich auch mit Befunden aus der Follow-Up Pilotstudie – dort betrug der Unterschied im Barthel-Index zum Entlassungszeitpunkt im Mittel 20,2 Punkte zwischen den überlebenden und erfolgreich Befragten und den später Verstorbenen (Vergleichswert in dieser Studie: 17,94 Punkte Differenz).

### ***3.3 Ergebnisse der erfolgreich befragten und überlebenden Patienten***

#### **3.3.1 Beschreibung der Situation**

##### **3.3.1.1 Wohnsituation**

Die Analyse der Wohnsituation zu den drei Erhebungszeitpunkten lässt erkennen, dass bei Aufnahme ein sehr hoher Prozentsatz der Patienten aus einem privaten Wohnumfeld (Einpersonen – oder Mehrpersonenhaushalt) kam (vgl. Tab. 7). Dieser Anteil sank bis zur Nacherhebung ab, dort befanden sich noch rund 80% in einem privaten Wohnumfeld.

*Tab. 7: Wohnsituation zu den drei Erhebungszeitpunkten*

	Aufnahme	Entlassung	Follow-Up
Privatwohnend	92,2 %	80,2 %	77,9 %
Betreutes Wohnen	4,0 %	4,3 %	3,6 %
Pflegeheim	3,8 %	11,2 %	16,0 %
Kurzzeitpflege /ungeklärt	0,0 %	4,3 %	2,5 %
<b>Summe</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>
N	950	923	749

Diese Zahlen sind in Abb. 7 visualisiert, in der zum einen die hohe Stabilität der privaten Wohnform zwischen Entlassung und Nacherhebung, aber auch eine Zunahme der Unterbringung in Pflegeeinrichtungen auffällt. Die Zahlen geben lediglich Auskunft

darüber, welche Wohnform zum jeweiligen Zeitpunkt vorlag, nicht jedoch über die Wohnsituation zuvor.

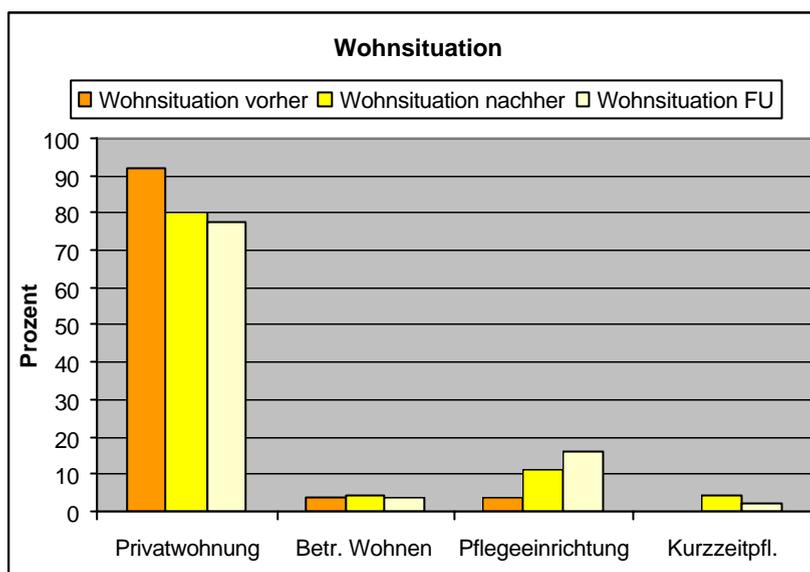


Abb. 7: Wohnsituation der erfolgreich befragten Patienten zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Besonders interessant sind jedoch auch die Wanderungsbewegungen zwischen den einzelnen Wohnformen (vgl. Tab. 8 für den Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungssituation), denn sie geben Auskunft über die Stabilität der betreffenden Wohnform im Längsschnitt.

Tab. 8: Veränderung der Wohnsituation in Abhängigkeit von der Aufnahmesituation

Bei Aufnahme			Bei Entlassung							
			privat wohnend		Betr. Wohnen		Pflegeheim		Kurzzeitpfl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Privat wohnend	852	100,0	740	86,9	8	0,9	65	7,6	39	4,6
Betreutes W.	37	100,0	0		32	86,5	4	10,8	1	2,7
Pflegeheim	34	100,0	0		0		34	100,0	0	
N	923		740		40		103		40	

Im Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungssituation zeigte sich, dass rund 87 % (86,9%) der zuvor privat wohnenden Patienten dorthin wieder zurückkehrten. Dies gilt auch, wenn man das Betreute Wohnen unter privat wohnend subsumiert (87,7%).

Tab. 9: Veränderung der Wohnsituation in Abhängigkeit von der Entlassungssituation (Kreuztabelle)

Bei Entlassung			Follow-Up							
			privat wohnend		Betr. Wohnen		Pflegeheim		Kurzzeitpfl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Privat wohnend	618	100,0	579	93,7	1	0,2	31	5,0	7	1,1
Betreutes W.	33	100,0	0	0	25	75,8	8	24,2	0	0
Pflegeheim	71	100,0	3	4,2	1	1,4	67	94,4	0	0
Kurzzeitpflege	27	100,0	1	3,7	0	0	14	51,9	12	44,4
N	749		583		27		120		19	

Da sich die Häufigkeiten auf die überlebenden und erfolgreich Befragten beziehen, sind die Fallzahlen entsprechend verringert.

Diese Situation blieb in der Nacherhebung erfreulich stabil - 93,7% der zum Entlassungszeitpunkt privat wohnenden Patienten waren auch dort wieder vorzufinden – ein Indiz für eine gelungene Entlassungsplanung seitens der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Tab. 9).

Die deutlichste Wanderungsbewegung fand von der Kurzzeitpflege in eine Pflegeeinrichtung statt. Hier ist zu vermuten, dass aufgrund von Kapazitätsproblemen in den Pflegeeinrichtungen eine temporäre Unterbringung in der Kurzzeitpflege erfolgen musste. Erstaunlich ist jedoch, dass nach 6 Monaten immer noch (oder schon wieder) 12 Patienten (44%) dort anzutreffen waren.

### 3.3.1.2 Anzahl Personen im Haushalt

Bezüglich der Wohnsituation ergab sich, dass bei Aufnahme in die Rehabilitation 54% der Befragten alleine in einer privaten Wohnung lebten, wobei hier das Betreute Wohnen auch zu dieser Kategorie hinzugezählt wird.

Dieser Wert sank bei Entlassung auf rund 50% und blieb auch nach 6 Monaten stabil. Nur ein kleiner Teil der Patienten wechselte in einen Haushalt mit mehreren Personen, im Wesentlichen blieb die zuvor praktizierte Wohnform erhalten (vgl. Tab. 10).

Tab. 10: Anzahl und Spezifizierung der Personen im Haushalt

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Allein lebend	490	54,0	385	49,7	300	49,2
2 Personen-HH	326	35,9	297	38,4	237	38,9
Davon mit Ehepartner oder Lebenspartner (+)	241+12	27,9	219+10	26,6	175+9	30,2
Davon mit anderen	73	8,0	68	8,8	53	8,7
3 Personen-HH	43	4,7	44	5,7	35	5,7
4 Personen-HH	30	3,3	30	3,9	22	3,6
5 und 6 Personen	19	2,1	18	2,3	16	2,7
<b>Summe</b>	<b>908</b>		<b>774</b>		<b>610</b>	

In den zwei-Personen-Haushalten waren es vor allem die Ehepartner, die mit den Patienten zusammen lebten. Dies ist eindrücklich auch in Abb. 8 dargestellt.

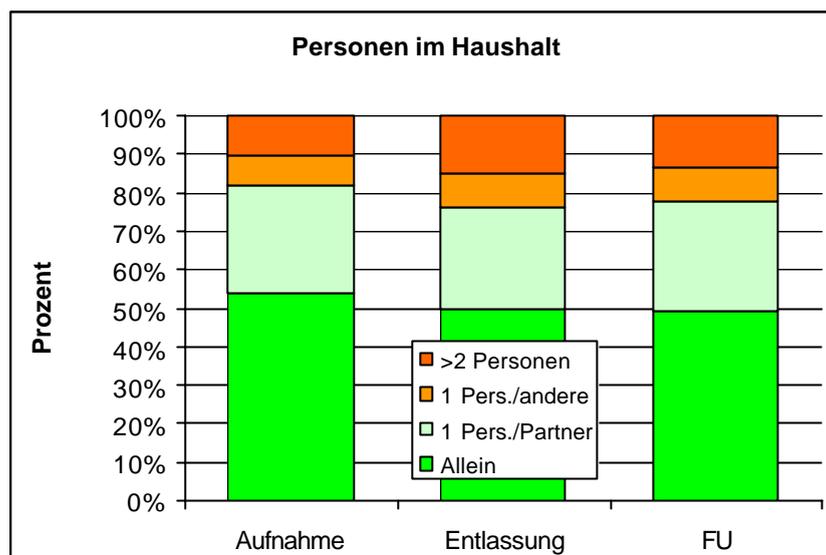


Abb. 8: Anzahl Personen im Haushalt zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

In den Interviews wurde auch nach dem Verwandtschaftsgrad aller mit im Haushalt lebenden Personen gefragt. Neben den Ehepartnern wurden hier vor allem die direkten Nachkommen (Sohn, Tochter) genannt. Da die Schwiegerkinder vergleichsweise seltener genannt wurden, lässt sich daraus folgern, dass in solchen Fällen, in denen Kinder mit dem Patienten in einem Haushalt zusammenleben, dies überwiegend allein stehende Kinder waren. Überraschenderweise ergab sich zumindest zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, dass häufiger Söhne als Töchter im Haushalt anzutreffen waren. In der Nacherhebung nivellierte sich dieser Unterschied weitgehend (9,9% vs. 8,2 % bzw. 60 vs. 50 Fälle: vgl. Tab. 11).

Tab. 11: Verwandtschaftsgrad aller im Haushalt des Patienten lebenden Personen

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Ehepartner	281	30,8	257	33,1	207	34,0
Lebensgefährte	12	1,3	10	1,3	9	1,5
Sohn	92	10,1	82	10,6	60	9,9
Tochter	55	6,0	62	8,0	50	8,2
Schw.sohn	24	2,6	29	3,8	24	4,0
Schw.tochter	37	4,1	33	4,3	27	4,4
Enkel	36	3,9	36	4,6	30	4,9
Enkelin	26	2,8	28	3,6	22	3,6
and.Verwandte	19	2,1	15	1,9	12	2,0
and. Person	3	0,3	2	0,3	2	0,3

Um Aufschluss darüber zu gewinnen, inwieweit sich die Wohnformen der Patienten zwischen verschiedenen Regionsgruppen unterscheiden, wurden die Wohnformen in drei Gruppen eingeteilt und nach Regionsgruppen unterschieden (vgl. Tab. 12).

Tab. 12: Wohnformen der Patienten zum Entlassungszeitpunkt nach Regionsgruppe

	Großstadt		Grenzgebiet		sonst ländlich	
	N	%	N	%	N	%
Allein lebend	209	53,0	78	47,9	87	44,8
2 Pers. – m Partner	120	30,5	43	26,4	62	32,0
2 Pers. - mit anderen	34	8,6	12	7,4	17	8,8
Mehrpersonenhaush.	31	7,9	30	18,4	28	14,4
<b>Summe</b>	<b>394</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,1</b>	<b>194</b>	<b>100,0</b>

Diese Unterscheidung ergab nur geringe Differenzen. Als Haupteffekt lässt sich ausmachen, dass allein lebende Patienten etwas häufiger in Regionen mit großer Verdichtung und Mehrpersonenhaushalte mit mehr als 2 Personen häufiger in der Regionsgruppe „Grenzland“ zu finden waren (Abb. 9).

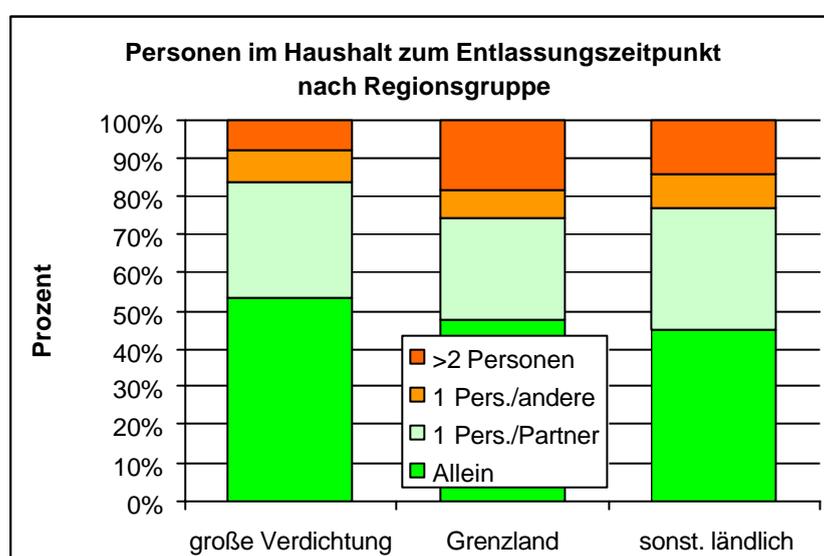
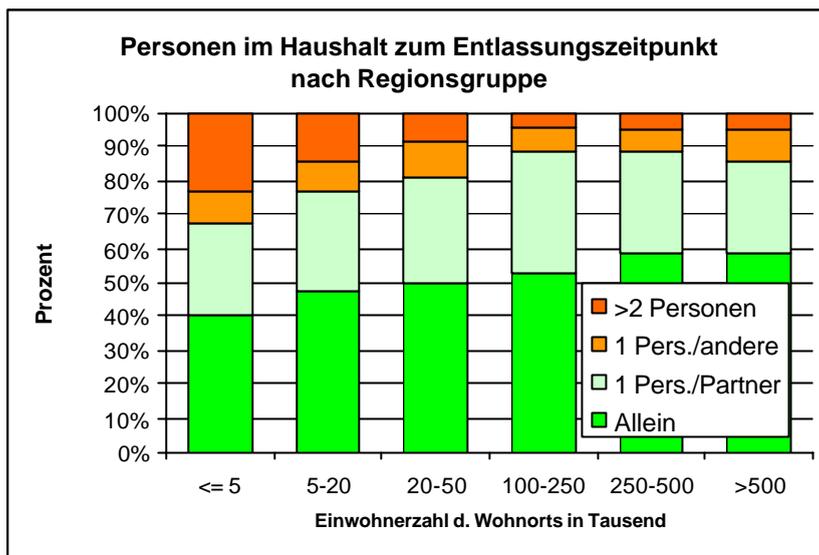


Abb. 9: Anzahl Personen im Haushalt nach Art und Regionsgruppe

Eine deutlichere Abhängigkeit der Wohnform ergab sich für die Größe des Wohnorts. Vor allem in kleinen Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern war ein vergleichsweise hoher Anteil von Mehrpersonenhaushalten auszumachen, analog waren hier lediglich 40% der Patienten allein lebend (Abb. 10).



Wohnorte mit einer Größe zwischen 50.000 und 100.000 waren mit N= 13 zu schwach besetzt. Sie wurde aus der Grafik herausgenommen.

Abb. 10: Anzahl Personen im Haushalt nach Art und Größe des Wohnorts

### 3.3.1.3 Hauptpflegende Angehörige (HPFL)

- Vorhandensein von HPFL

Zu allen drei Zeitpunkten wurde grundsätzlich danach gefragt, ob überhaupt hauptpflegende Angehörige vorhanden waren oder nicht. Dabei konnte auch unterschieden werden, ob ein HPFL nicht notwendig war oder grundsätzlich nicht vorhanden war. Die Ergebnisse sind in Tab. 13 aufgeführt.

Tab. 13: Vorhandensein von hauptpflegenden Angehörigen (HPFL) zu den drei Erhebungszeitpunkten

	Vor Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Kein HPFL nötig gewesen	394	41,3	315	34,2	239	31,8
Kein HPFL vorhanden	62	6,5	46	5,0	37	4,9
HPFL vorhanden	498	52,2	559	60,8	476	63,3
<b>Gesamt</b>	<b>954</b>	<b>100,0</b>	<b>920</b>	<b>100,0</b>	<b>752</b>	<b>100,0</b>

Hier zeigte sich, dass vor der Aufnahme in die Rehabilitation bei der Hälfte der Patienten ein hauptpflegender Angehöriger vorhanden war (52,2%). Bei der Befragung zum Entlassungszeitpunkt bezog sich die Frage auf die künftig geplante Situation. Hier nahm der Anteil der Patienten mit einem HPFL etwas zu (auf 60,8 %) und blieb zur Nacherhebung hin nahezu konstant (63,9 %). Ein Unterschied im Vorhandensein von HPFL in Abhängigkeit von der Regionsgruppe ergab sich nicht.

- Alter, Geschlecht und Verwandtschaftsgrad

In rund einem Viertel der Fälle bestand der HPFL aus dem Ehepartner, während am häufigsten die direkten Nachkommen (gut 50% der Fälle) als HPFL genannt wurden (vgl. Tab. 14).

Tab. 14: Verwandtschaftsgrad hauptpflegender Angehöriger (HPFL)

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Ehepartner	128	25,8	138	24,7	117	24,6
Lebensgefährte	10	2,0	11	2,0	13	2,7
Sohn / Tochter	260	52,3	289	51,7	247	51,9
Schw. Sohn/ -tochter	36	7,2	40	7,2	29	6,1
Enkel Enkelin	8	1,6	9	1,6	8	1,7
And. Verwandte	40	8,0	52	9,3	36	7,6
And. Person	15	3,0	20	3,6	26	5,5
<b>Gesamt</b>	<b>497</b>	<b>100,0</b>	<b>559</b>	<b>100,0</b>	<b>476</b>	<b>100,0</b>

Die Verhältnisse zum Follow-Up-Zeitpunkt sind in Abb. 11 visualisiert

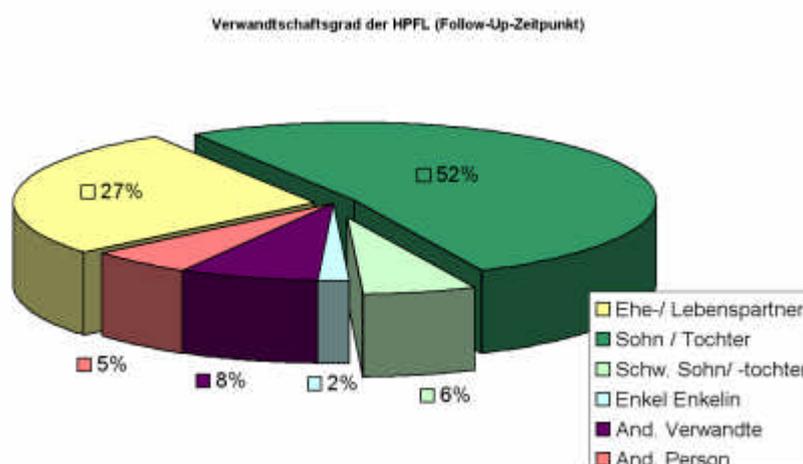


Abb. 11: Verwandtschaftsgrad der hauptpflegenden Angehörigen zum Patienten zum Zeitpunkt der Nacherhebung

In einem weiterem Analyseschritt wurden in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad auch Alter und Geschlechtszugehörigkeit berechnet. Diese sind in der folgenden Tab. 15 aufgeführt, wobei die Kategorie Ehepartner und Lebensgefährte zusammengefasst wurden.

Tab. 15: Alter und Frauenanteil hauptpflegender Angehöriger (HPFL)

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	MW Alter	% Frau- en	MW Alter	% Frauen	MW Alter	% Frau- en
Ehepartner / Lebensgefährte	74,9	37	74,7	38,4	75,1	40,6
Sohn / Tochter	52,9	81,4	52,9	81,9	53,3	81,4
Schw. Sohn/ -tochter	51,6	91,4	51,4	92,3	51,1	89,3
Enkel Enkelin	38,9	100,0	39,3	100,0	39,4	82,4
And. Verw.	62,7	73,0	62,1	79,6	64,1	82,4
And. Person	57,3	80,0	57,9	70,96	62,9	70,7

Bitte beachten: Die Gruppe Enkel / Enkelin: weist eine sehr geringe Stichprobengröße auf.

Altersberechnung: Sofern die HPFL in der Nacherhebung unverändert waren, wurde dem Alter der HPFL bei Entlassung aus der Reha ein halbes Jahr hinzu gezählt.

Sofern Handlungsbedarf bestand, stützte sich dieser auf zwei Säulen: Den Ehepartner und die Töchter der Patienten. Ehegatten der Kinder (Schwiegerkinder) wurden nur zu einem sehr geringen Teil als hauptpflegende Angehörige genannt; diese waren praktisch immer weiblich.

Auch über alle Verwandtschaftsgrade hinweg bestanden die hauptpflegenden Angehörigen zu einem überwiegenden Teil aus Frauen; lediglich bei den Ehepartnern war der Anteil der Männer höher.

Dabei waren Ehe- und Lebenspartner mit einem mittleren Alter von 75 Jahren doch spürbar jünger als die Patienten selbst (vgl. Abb. 12).

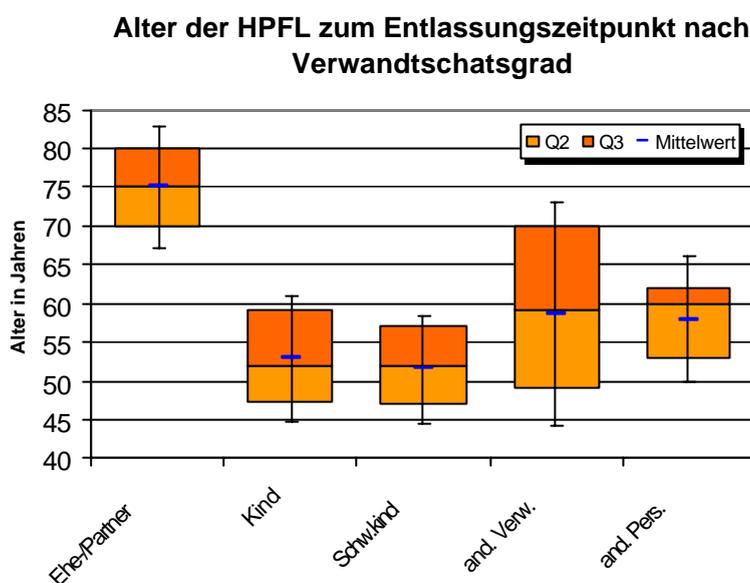


Abb. 12: Alter der HPFL nach Verwandtschaftsgrad zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitation

#### - Berufliche Situation

Die Analyse der beruflichen Situation der HPFL erfolgte zunächst ohne Ehe- und Lebenspartner, da für diese angenommen werden kann, dass sie aufgrund ihres hohen Alters nicht mehr berufstätig waren (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Berufliche Situation der HPFL (ohne Ehe- und Lebenspartner)

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Vollzeit	132	36,8	149	36,3	126	37,2
Teilzeit	95	26,5	105	25,6	88	26,0
Rente	69	19,2	79	19,3	67	19,8
Hausfrau / - mann	52	14,5	60	14,6	49	14,5
arbeitslos	8	2,2	9	2,2	9	2,7
Gesamt	359	100,0	402	100,0	339	100,0

Danach ist nur ein gutes Drittel der HPFL noch in Vollzeit berufstätig, ein gutes Viertel ging zumindest einer Teilzeitbeschäftigung nach. Diese Verhältnisse bleiben über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte hinweg praktisch unverändert.

Exemplarisch wird in der folgenden Tabelle die berufliche Situation der HPFL zum Entlassungszeitpunkt nach der verwandtschaftlichen Beziehung zum Patienten dargestellt. Dabei interessierte, ob sich in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad typische Berufsformen ausmachen lassen (Tab. 17).

Tab. 17: Berufliche Situation und Verwandtschaftsgrad der HPFL zum Entlassungszeitpunkt (ohne Ehe- und Lebenspartner)

	Sohn/Tochter		Schw.sohn / tochter		And. Ver- wandte		And. Person	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vollzeit	126	<b>44,1</b>	5	12,5	15	24,6	3	20,0
Teilzeit	77	26,9	15	37,5	8	13,1	5	33,3
Rente	43	15,0	3	7,5	27	<b>44,3</b>	6	<b>40,0</b>
Hausfrau / - mann	32	11,2	17	<b>42,5</b>	10	16,4	1	6,7
arbeitslos	8	2,8	0	0	1	1,6	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>286</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Enkel wurden aufgrund der geringen Fallzahl der Kategorie „and. Verwandte“ subsumiert.

Die jeweils höchste Prozentzahl innerhalb einer Spalte ist zur Veranschaulichung jeweils in Fettdruck dargestellt

Die Ergebnisse wurden so interpretiert, dass die direkten Nachkommen der Patienten am ehesten bereit waren, Pflegeleistungen zu übernehmen, obwohl sie noch in Vollzeit arbeiteten.

Bei Schwiegerkindern, anderen Verwandten oder auch anderen Personen war möglicherweise der Grad der sozialen Verantwortlichkeit schwächer, hier wurde die Funktion des HPFL höchstens noch bei Teilzeittätigkeit übernommen.

#### - Veränderung beruflicher Pläne durch die Pflegesituation

Die HPFL wurden auch danach gefragt, ob sich aufgrund der Pflegesituation eine Veränderung von beruflichen Plänen ergeben hatte, etwa durch eine Reduzierung von Arbeitszeit, eine vorzeitige Verrentung oder Aufgabe der Berufstätigkeit. An dieser Stelle konnten auch noch freitextliche Bemerkungen in den Fragebogen eingetragen werden.

Bereits bei Aufnahme gab nur ein kleiner Teil der befragten HPFL an, dass sich durch die Pflegesituation ihre beruflichen Pläne verändert hätten. Auch über alle Zeitpunkte hinweg machten diese lediglich knapp 8% aus (vgl. Tab. 18). Die geringen Fallzahlen erschwerten hier eine weitergehende Interpretation.

Tab. 18: Veränderung beruflicher Pläne durch die Pflegesituation zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten

	Aufnahme		Entlassung <sup>1</sup>		Follow-Up <sup>1</sup>	
	N	%	N	%	N	%
Ja	21	<b>5,9</b>	7	10,8	5	13,9
Nein	335	94,1	53	81,2	31	86,1
<b>Gesamt</b>	<b>356</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
Kumuliert						
Ja			26	<b>6,5</b>	27	7,9
Nein			376	93,5	314	92,1
<b>Gesamt</b>			<b>392</b>	<b>100,0</b>	<b>341</b>	<b>100,0</b>

1: Hier sind nur diejenigen Fälle dargestellt, bei denen sich von einem Befragungszeitpunkt zum anderen etwas **verändert** hat. Ehe- und Lebenspartner sind von der Aufstellung ausgenommen, da für diese die Fragestellung nicht sinnvoll ist.

Kumulierte Angaben: Hier werden die Angaben über die Zeitpunkte hinweg aufsummiert. Trotzdem sinken die Fallzahlen aufgrund von Drop-Outs.

Interessierende Einzelwerte sind in Fettdruck dargestellt.

Aufgeschlüsselt nach dem Verwandtschaftsgrad werden die Fallzahlen noch geringer. Erwartungsgemäß waren es vor allem die Kinder, die über eine Veränderung der beruflichen Pläne berichteten. Diese arbeiteten auch zu einem hohen Anteil noch in Vollzeit. Exemplarisch sind die zugehörigen Zahlen für den Entlassungszeitpunkt in Tab. 19 dargestellt.

Tab. 19: Veränderung beruflicher Pläne nach Verwandtschaftsgrad der HPFL. Angaben zum Entlassungszeitpunkt

Veränd. Berufl. Pläne	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Sohn / Tochter	20	7,0	267	93,0	287	100,0
Schw. Sohn/ -tochter	4	10,3	35	89,7	39	100,0
And. Verwandte	2	3,3	59	96,7	61	100,0
And. Person	0	0,0	15	100,0	15	100,0

Enkel sind der Kategorie andere Verwandte zugeordnet.

Vereinzelt wurden zur Veränderung von beruflichen Plänen Bemerkungen der Befragten notiert. Diese bezogen sich vor allem auf eine Reduzierung oder Flexibilisierung der Arbeitszeit. In zwei Fällen wurde über eine vorzeitige Berufsaufgabe berichtet.

#### - Veränderung privater Pläne durch die Pflegesituation

Analog wurden die HPFL befragt, ob sich durch die Pflegesituation die eigene Lebensplanung, etwa durch Umzug oder Veränderung von Freizeitaktivitäten, ergeben hätten. Tab. 20 gibt die Antworten auf die insgesamt allgemeiner gestellte Frage wieder, die hier auch Antworten von Lebens- und Ehepartnern enthalten.

Tab. 20: Veränderung der Lebensplanung der HPFL durch die Pflegesituation

	Aufnahme		Entlassung		Follow_up	
	N	%	N	%	N	%
Ja	71	<b>14,4</b>	17	21,5	10	21,3
Nein	423	85,6	62	78,5	37	78,7
<b>Gesamt</b>	<b>494</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
Kumuliert						
Ja			84	<b>15,2</b>	65	13,8
Nein			467	84,8	406	86,2
<b>Gesamt</b>			<b>551</b>	<b>100,0</b>	<b>471</b>	<b>100,0</b>

Kumulierte Angaben: Hier werden die Angaben über die Zeitpunkte hinweg aufsummiert. Trotzdem sinken die Fallzahlen aufgrund von Drop-Outs  
Interessierende Einzelwerte sind in Fettdruck dargestellt.

Insgesamt wurde eine Veränderung der Lebensplanung von den Befragten häufiger bejaht, zum Entlassungszeitpunkt (bezogen auf die geplanten / zu erwartenden Veränderungen) von rund 20%, zum Zeitpunkt der Nachbefragung (retrospektiv gesehen) ebenfalls von rund 20%.

Dabei waren es vor allem Kinder und Schwiegerkinder, die von einer Veränderung privater Pläne berichteten (vgl. Tab. 21) – zu rund einem Fünftel der Fälle. Dies ist plausibel, da diese vergleichsweise intensiv in die Versorgung eingebunden sind mit entsprechenden Konsequenzen für verbleibende eigene Zeitressourcen.

Tab. 21: Veränderung privater Pläne nach Verwandtschaftsgrad des HPFL. Angaben zum Entlassungszeitpunkt

Veränd. privater Pläne	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Ehe- / Lebenspartner	11	7,48	136	92,52	147	100,0
Sohn / Tochter	56	19,44	232	80,56	286	100,0
Schw. Sohn/ -tochter	9	23,08	30	76,92	39	100,0
And. Verwandte	8	13,33	52	86,67	60	100,0
And. Person	0	0,0	15	100,0	15	100,0

Der Fragebogen sah auch hier die Möglichkeit vor, Bemerkungen zu dieser Frage zu dokumentieren.

Zum Aufnahmezeitpunkt geschah dies in 45 auswertbaren Fällen, die sich wie folgt auf folgende Themen bezogen:

N=10 Umzug oder Überlegungen bezüglich eines Umzugs.

N=11 Bemerkungen zu einer Einschränkung von Freizeitaktivitäten.

N=8 Explizites Eingehen auf eingeschränkte oder nicht mehr vorhandene Möglichkeit eines Urlaubs.

N=8 Bericht über Belastungen durch die Pflegesituation eher unspezifisch.

N=8 Sonstige Bemerkungen.

Zum Entlassungszeitpunkt wurden in 13 Fällen Bemerkungen dokumentiert:

N=6 Thematisierung von Belastungserleben.

N=4 Bericht über eingeschränkte Freizeitmöglichkeiten.

N=1 Nennung bezog sich auf einen Umzug.

N=1 Nennung bezog sich darauf, nun keinen Urlaub mehr zu haben.

Nur drei HPFL äußerten sich in der Nacherhebung hinsichtlich eingeschränkter privater Aktivitäten, veränderter Freizeitaktivitäten oder einer nicht näher erläuterten „Zeiteinschränkung“.

#### - Weitere Pflegeleistungen der HPFL

Auf die Frage, ob neben der Versorgung des jeweiligen Patienten auch noch andere Pflegeleistungen zu erbringen seien, antworteten über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg rund 20% der HPFL positiv. Diese bestanden überwiegend in der Versorgung minderjähriger Kinder (vgl. Tab. 22).

Tab. 22.: Weitere Pflegeleistungen der HPFL

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Nein	383	77,7	429	77,9	370	78,7
Ja	110	22,3	122	22,1	100	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>493</b>	<b>100,0</b>	<b>551</b>	<b>100,0</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>
Davon:						
minderj. Kinder	67	13,6	74	13,4	64	13,6
pflegebed. Verwandte	45	9,2	49	8,9	40	8,5

### 3.3.1.4 Intensität der geleisteten Hilfe

Vergleicht man zunächst die Angaben der HPFL über die Intensität der geleisteten Hilfe, so ergibt sich ein vergleichsweise statisches Bild über alle drei Messzeitpunkte hinweg (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Intensität der geleisteten Hilfe der HPFL über die Erhebungszeitpunkte hinweg

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Auch nachts	37	7,5	41	7,5	35	7,5
Mehrm. am Tag	140	28,5	145	26,6	117	25,1
Jeden Tag	153	31,2	174	31,9	150	32,2
1x / mm pro Woche	127	25,9	143	26,2	123	26,4
Weniger als 1x/Woche	25	5,1	26	4,8	27	5,8
Weiß nicht wie oft	9	1,8	17	3,1	14	3,0
<b>Gesamt</b>	<b>491</b>	<b>100,0</b>	<b>546</b>	<b>100,0</b>	<b>466</b>	<b>100,0</b>

Auch hier interessierte, inwieweit diese Hilfe vom Grad der Verwandtschaft abhing. Von Ehepartnern ist grundsätzlich eine höhere Intensität zu erwarten als von weiter entfernten Verwandten.

Exemplarisch ist in Tab. 24 zum Entlassungszeitpunkt die Intensität der Hilfe nach dem Verwandtschaftsgrad der HPFL aufgeführt.

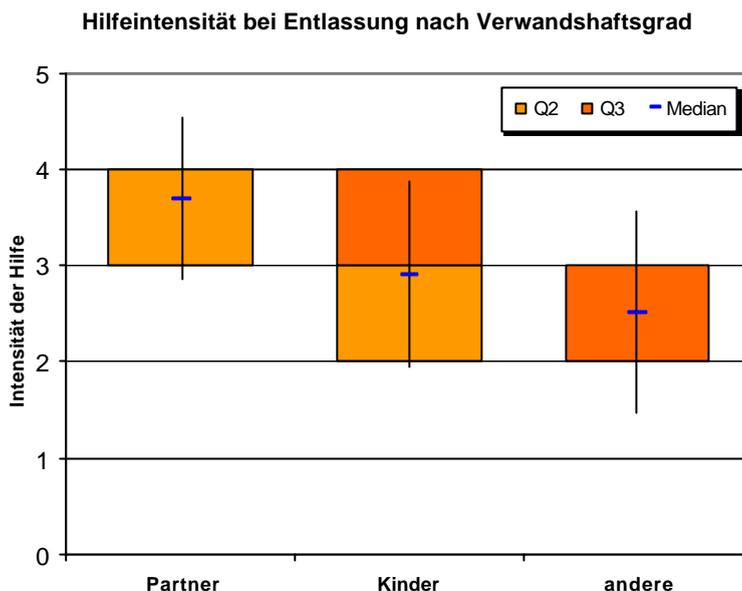
Tab. 24: Intensität der Hilfe durch die HPFL bei Entlassung nach Verwandtschaftsgrad zum Patient

	Ehep.		Sohn/Tochter		Schw.kind		And. Verw.		And. Pers.	
	N	%	N	%	N	%				
Auch nachts	26	17,8	9	3,2	3	7,5	2	3,3	1	6,3
Mm am Tag	53	36,3	71	25,1	10	25,0	6	10,0	5	31,3
Jeden Tag	57	<b>39,0</b>	89	31,4	14	<b>35,0</b>	11	18,3	3	18,8
1x / mm pro Woche	5	3,4	92	<b>32,5</b>	12	30,0	27	<b>45,0</b>	7	<b>43,8</b>
Weniger als 1x/Woche	1	0,7	15	5,3	0	0,0	9	15,0	0	0,00
Weiß nicht wie oft	4	2,7	7	2,5	1	2,5	5	8,3	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	<b>283</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>99,9</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Der jeweils häufigste Prozentwert in einer Spalte wurde in Fettdruck dargestellt.

Die Intensität der Hilfeleistung war deutlich vom Verwandtschaftsgrad abhängig: Ehepartner leisteten am ehesten auch nachts Hilfe und waren insgesamt am intensivsten eingebunden. An zweiter Stelle standen Kinder oder Schwiegerkinder. Hier wurde immerhin in einem Viertel der Fälle mehrmals am Tag Hilfe geleistet. Andere Personen wurden nur selten (in 16 Fällen) als HPFL genannt, so dass die zugehörigen Prozentzahlen nur sehr begrenzt aussagefähig sind. Am häufigsten wurde hier angegeben, ein- oder mehrmals pro Woche Hilfe zu leisten. Ähnliches galt für weiter entfernte Verwandte. Hier war das Bild heterogen, die häufigste Nennung lag jedoch ebenfalls bei der Hilfeleistung einmal oder mehrmals pro Woche.

Um die Intensität der Hilfe in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen (wie Erhebungszeitpunkt, Verwandtschaftsgrad) besser vergleichen zu können, wurden die Kategorien mit Werten zwischen 1 (weniger als 1x pro Woche) bis 5 (auch nachts) ranggeordnet und ein Mittelwert daraus berechnet. Hier ergaben sich für die drei Messzeitpunkte praktisch identische Werte hinsichtlich Streuung und zentraler Tendenz (Mittelwert bei Aufnahme: 3,08, bei Entlassung 3,06, beim Follow-Up 3,02; Quartile jeweils 2 – 3 – 4). Für den Verwandtschaftsgrad bestätigte sich die hohe Hilfeintensität von Lebenspartnern gegenüber den Kindern und weiteren Personen (Abb. 13). Zwischen den Kindern und den wenigen Schwiegerkindern ergab sich im Mittelwert praktisch kein Unterschied (Kinder: MW=2,9; Schwiegerkinder: MW=3,1).



Anmerkung: Je höher der Wert, desto höher ist die Intensität der geleisteten Hilfe

Abb. 13: Intensität der geleisteten Hilfe durch die HPFL nach Verwandtschaftsgrad zum Entlassungszeitpunkt

Untersucht man die Intensität der geleisteten Hilfe in Abhängigkeit von der Entfernung, in welcher der HPFL vom Patienten wohnt, so zeigt sich erwartungsgemäß eine Abnahme der Intensität mit zunehmender Entfernung. Wohnt die HPFL im gleichen Haushalt, errechnet sich ein Mittelwert von 3,40, so sinkt er bei einer Entfernung von max. 10 Minuten auf 2,72, bei 11-30 Minuten Wegdauer auf 2,27 und bei einer Entfernung von 31 bis 60 Minuten Weg auf lediglich 1,50. Die Häufigkeiten zur Entfernung sind in Tab. 25 aufgeführt.

Tab. 25: Entfernung, in welcher der HPFL vom Patienten wohnt

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Im gleichen Haushalt	249	50,2	275	49,4	229	48,2
Sehr nahe (<=10 Min)	146	29,4	164	29,4	141	29,7
Nahe (11-30 Min)	70	14,1	83	14,9	70	14,7
Weiter weg (31-60 Min)	19	3,8	21	3,8	22	4,6
Sehr weit weg (>60 Min)	12	2,4	14	2,5	13	2,7
<b>Gesamt</b>	<b>496</b>	<b>100,0</b>	<b>557</b>	<b>100,0</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>

### 3.3.1.5 Pflegeeinstufung

Der Status der Pflegeeinstufung wurde über alle Erhebungszeitpunkte hinweg erfasst.

Da der Grad der Einstufung in die Pflegeversicherung unmittelbar mit Kosten verbunden ist, interessierte dieser über den Verlauf der Erkrankung hinweg besonders. Tab. 26 gibt zunächst die ermittelten Häufigkeiten zu den Erhebungszeitpunkten in der originalen Abstufung wieder. Hier ist sowohl festgehalten, welche Stufe definitiv vorlag und ob bereits ein Antrag auf Höherstufung gestellt war.

Tab. 26: Pflegeeinstufung zu den drei Erhebungszeitpunkten

		Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
		N	%	N	%	N	%
--	ohne	654	68,7	421	45,9	314	41,7
-+	Erstantrag gestellt	38	4,0	176	19,2	15	2,0
0	ohne – Antrag abgelehnt	14	1,5	15	1,6	36	4,8
0+	erneuter Antrag	3	0,3	2	0,2	8	1,1
1	Stufe 1	173	18,2	161	17,6	230	30,5
1	Stufe 1 - Antr. Höherst.	11	1,2	32	3,5	5	0,7
2	Stufe 2	56	5,9	54	5,9	126	16,7
2+	Stufe 2 – Antr. Höherst.	1	0,1	4	0,4	5	0,7
3	Stufe 3	2	0,2	1	0,1	14	1,9
S	Schnelleinstufung	0	0,0	51	5,6	0	0,0
<b>Gesamt</b>		<b>952</b>	<b>100,0</b>	<b>917</b>	<b>100,0</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

Eine anschaulichere Übersicht vermittelt Tab. 27, in der zum einen nur die gültigen Pflegestufen aufgeführt sind und zum anderen der Anteil der Patienten ausgewiesen ist, bei denen ein Antragsverfahren auf Einstufung oder Höherstufung lief.

Tab. 27: Festgelegte Pflegestufe zu den drei Erhebungszeitpunkten

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Ohne	709	74,5	665	72,5	373	49,5
Stufe 1	184	19,3	193	21,0	235	31,2
Stufe 2	57	6,0	58	6,3	131	17,4
Stufe 3	2	0,2	1	0,1	14	1,9
<b>Gesamt</b>	<b>952</b>	<b>100,0</b>	<b>917</b>	<b>100,0</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>
Lfd. Antragsverfahren	53	5,6	265	28,9	33	4,4

Es zeigte sich, dass bereits bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation ein Viertel (25,5%) der Patienten in eine Pflegestufe eingestuft waren – überwiegend in Stufe 1. Zum Entlassungszeitpunkt stieg der Anteil von Anträgen erwartungsgemäß an. Denn die Sicherstellung der poststationären Versorgung stellt einen wichtigen Bestandteil der geriatrischen Rehabilitation dar. 6 Monate nach Beendigung der Rehabilitation waren die meisten Antragsverfahren abgeschlossen – der Prozentsatz sank von 30 % auf 4% und bezieht sich sowohl auf weiterhin offene Verfahren als auch auf neu gestellte Anträge.

Zum Follow-Up-Zeitpunkt kam noch knapp die Hälfte der Patienten ohne Pflegeeinstufung aus - vergleicht man dies mit dem präklinischen Status, so ist der Anteil der Patienten mit Pflegestufe lediglich um 25% gestiegen. Dabei ist festzustellen, dass ein verschwindend geringer Anteil von Patienten die höchste Pflegestufe 3 benötigte – gab es eine Einstufung, so war diese in rund einem Drittel der Fälle die Stufe 1.

Abb. 14 visualisiert diese für die geriatrische Rehabilitation günstigen Ergebnisse, die neben der Pflegeeinstufung auch die Häufigkeit der laufenden Antragsverfahren wiedergibt.

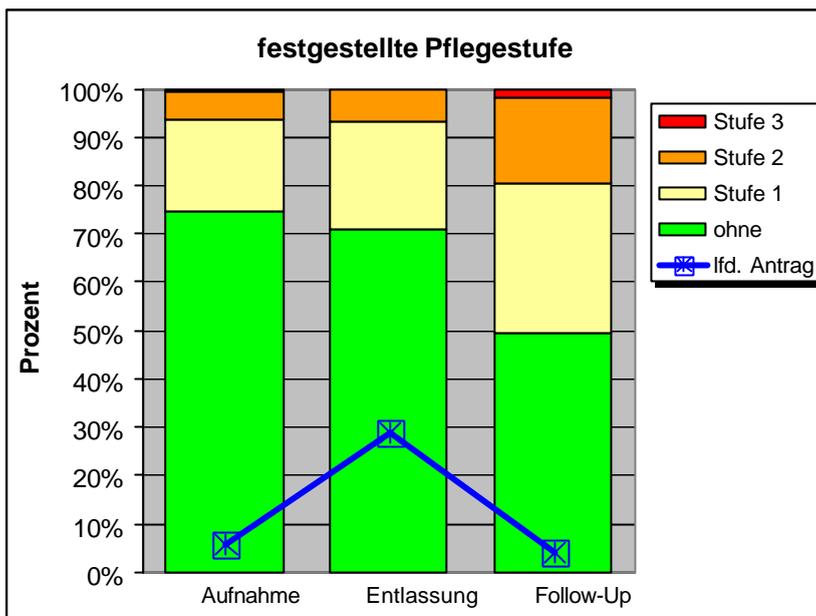


Abb. 14: Pflegeeinstufung und Anteil laufender Einstufungsverfahren über die Erhebungszeitpunkte hinweg

### 3.3.1.6 Art der in Anspruch genommenen Leistung aus der Pflegeversicherung

Neben der aktuellen Pflegeeinstufung wurde auch danach gefragt, auf welche Weise Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wurden (Tab. 28).

Tab. 28: Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen nach Pflegestufe vor Aufnahme- und zum Nacherhebungszeitpunkt

	Stufe 1			Stufe 2			Stufe 3		
	N	%	% <sup>1</sup>	N	%	% <sup>1</sup>	N	%	% <sup>1</sup>
<b>BEI AUFNAHME</b>									
Geldleistung	93	51,4	59,9	21	36,8	10,4	0	0,0	0,0
Kombileistung	20	11,0	12,7	20	35,1	38,5	0	0,0	0,0
Sachleistung	45	24,9	28,5	11	19,3	21,2	0	0,0	0,0
Kurzzeitpflege	0	0		0	0		0	0,0	
Altenheim / Pflegeheim	23	12,7		5	8,8		2	100,0	
<b>Gesamt</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>
<b>BEI FOLLOW-UP</b>									
Geldleistung	85	36,2	48,9	25	19,1	28,4	3	23,1	42,9
Kombileistung	30	12,8	17,2	36	27,5	40,9	3	23,1	42,9
Sachleistung	59	25,1	33,9	27	20,6	30,7	1	7,7	14,3
Kurzzeitpflege	1	0,4		2	1,5		0		
Altenheim / Pflegeheim	60	25,5		41	31,3		6	46,2	
<b>Gesamt</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,1</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>: Prozentangaben ohne Kurzzeitpflege und Altenheim

Um den direkten Vergleich der Leistungen im häuslichen Umfeld zu erleichtern, sind die zugehörigen Prozentzahlen in einer zusätzlichen Spalte dargestellt.

Die Geldleistung machte bei Patienten der Pflegestufe 1 die Hauptform der in Anspruch genommenen Leistungen aus. Die Hilfe für die Betroffenen wurde also privat

organisiert. Sobald die Patienten eine höhere Pflegestufe erhielten, veränderte sich dies gravierend. Die Kombinationsleistung war nun die häufigste Form, eine rein privat organisierte Pflege war dann offenbar kaum noch möglich. Im Vergleich der Situation vor Aufnahme und in der Nacherhebung ergaben sich etwas höhere Prozentzahlen für die Kombileistung. Ob dies als Ergebnis der Entlassungsplanung der Kliniken zu verstehen ist, bei der den Angehörigen die Bandbreite der möglichen Hilfen vor Augen geführt wird und im Sinne einer möglichst stabilen poststationären Versorgung häufiger Leistungen des Pflegedienstes mit einbezogen werden, ist an dieser Stelle nicht sicher zu beantworten.

Die hauptpflegenden Angehörigen wurden, sofern sie Geldleistung aus der Pflegeversicherung bezogen, auch danach gefragt, ob der Geldbeitrag einen wesentlichen Beitrag zu Einkommenssicherung darstellte. Die Antworten hierauf finden sich in Tab. 29.

*Tab. 29. Antwortverhalten auf die Frage, ob bei Bezug von Geld- oder Kombinationsleistungen aus der Pflegeversicherung dies einen wesentlichen Beitrag zur Einkommenssicherung der HPFL darstellt*

	Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
ja	21	16,2	27	13,0	37	22,2
nein	109	83,8	180	87,0	130	77,8
<b>Gesamt</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Zumindest ein kleiner Teil der HPFL nannte die Geldbeiträge aus der Pflegeversicherung als wichtigen Einkommensfaktor. Bei den insgesamt geringen Fallzahlen in obiger Tabelle ist zu berücksichtigen, dass es sich hier um eine Subgruppenanalyse handelt – nur Patienten mit einer Pflegestufe, deren HPFL als Empfänger von Geldern aus der Pflegeversicherung in Erscheinung traten, wurden hier gefragt.

An dieser Stelle wurde auch untersucht, ob sich in diesem Item Stadt-Land-Unterschiede aufzeigen ließen. Schließlich ist die Annahme durchaus plausibel, dass in strukturschwachen Gebieten der finanzielle Betrag aus der Pflegeversicherung eher zur Einkommenssicherung beiträgt als in Gegenden mit einem günstigeren Arbeitsplatzangebot. Tab. 30 bestätigt diese Hypothese eindrücklich, wenngleich auch hier auf die geringen Fallzahlen hingewiesen werden muss.

*Tab. 30. Antwortverhalten auf die Frage, ob zum Nacherhebungszeitpunkt der Bezug von Geld- oder Kombinationsleistungen aus der Pflegeversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Einkommenssicherung der HPFL darstellt – Aufschlüsselung nach Regionsgruppe*

	Großstadt		Grenzgebiet		Sonst ländlich	
	N	%	N	%	N	%
ja	8	11,8	10	18,9	18	45,0
nein	60	88,2	43	81,1	22	55,0
<b>Summe</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,1</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Bemerkungen der Befragten konnten zum Item abgegeben und dokumentiert werden. Zum Aufnahmezeitpunkt wurden 14 Bemerkungen dokumentiert, die sich in 8 Fällen auf den Status der Pflegeversicherung bezogen. Eine Befragte gab an, die

Berufstätigkeit für die Pflgetätigkeit aufgegeben zu haben, in einem Fall wurde über eine reduzierte Arbeitszeit berichtet. Drei Bemerkungen bezogen sich auf die Verwendung der finanziellen Mittel, eine weitere bestand aus den Worten „zu wenig“.

In der Nacherhebung wurden lediglich 4 Äußerungen festgehalten, von denen sich 3 auf den aktuellen Stand der Pflegeeinstufung bezogen.

### 3.3.1.7 Wer hilft noch?

Neben der näheren Untersuchung der HPFL wurde zu allen drei Befragungszeitpunkten auch erhoben, welche Personen oder Dienste daneben noch in Anspruch genommen wurden. In den Antwortkategorien wurden der ambulante Pflegedienst, der Partner des Patienten und der Partner der HPFL explizit angegeben. Weitere Nennungen waren möglich. Ergänzend zur Angabe wer hilft wurde auch die Intensität der Hilfe mit erfasst.

Aus den Angaben lässt sich eine Größe des Hilfsnetzwerkes berechnen. Die HPFL wurde dabei mitgezählt.

Tab. 31 gibt die Größe des Hilfsnetzwerkes wieder, Abb. 15 visualisiert die einzelnen Häufigkeiten. Hierbei zeigt sich, dass die Hilfsnetzwerke sehr überschaubar bleiben. Der Median liegt über alle Erhebungszeitpunkte bei 1, mit anderen Worten, die Hälfte der Patienten hatte höchstens eine Person oder einen Dienst zur Verfügung.

Tab. 31: Größe des Hilfsnetzwerks zu den verschiedenen Befragungszeitpunkten

	Vor Aufnahme	Bei Entlassung	Follow-Up
MW	1,23	1,56	1,63
S	1,16	1,20	1,21
Q2	0	1	1
Median	1	1	1
Q3	2	2	2
N	952	921	754

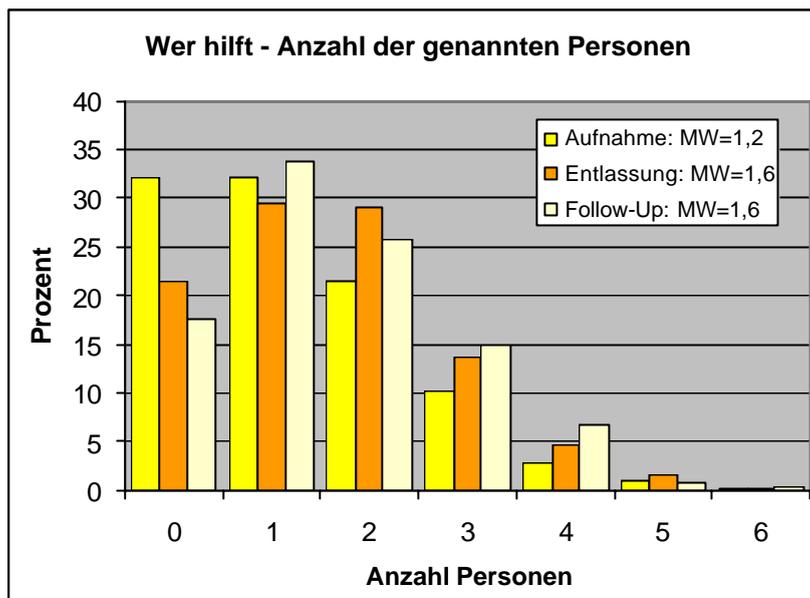


Abb. 15: Größe des Hilfsnetzwerks zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Die Grafik zeigt auch, dass das Hilfsnetzwerk zum Follow-Up-Zeitpunkt in der Tendenz größer wurde, im Mittel stieg es um den Faktor 0,4.

Nach Regionsgruppen aufgeteilt ergab sich ein etwas größeres Netzwerk in sonstigen ländlichen Gebieten (FU: im Mittel 2,03) gegenüber überwiegend strukturschwachen Gebieten (FU: im Mittel 1,29) und Regionen mit großen Verdichtungsflächen (FU: im Mittel 1,55).

Die Unterschiede nivellierten sich noch stärker, wenn man die Größe des Hilfsnetzwerks ohne den Pflegedienst berechnet: In sonstigen ländlichen Gebieten betrug die Größe zum FU-Zeitpunkt dann 1,58 Personen, in überwiegend strukturschwachen Gebieten 1,34 Personen und in Regionen mit großen Verdichtungsflächen 1,74 Personen.

Die folgenden Analysen untersuchen, durch welche Personen bzw. Dienste sich das Hilfsnetzwerk zusammensetzte (vgl. Tab. 32). Zum Vergleich ist auch aufgeführt, wie häufig ein HPFL vorhanden war.

Tab. 32: Zusammensetzung des Hilfsnetzwerks zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

	Vor Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
HPFL	498	52,2	559	60,8	476	63,3
Pflegedienst	166	25,7	213	29,3	209	33,7
Kind	136	21,1	73	10,1	159	25,6
Partner d. Pat.	35	5,4	32	4,4	52	8,4
Partner d. HPFL	47	7,3	25	3,4	38	6,1
Enkel	46	7,1	26	3,6	44	7,1
Nachbarn	44	6,8	21	2,9	51	8,2
Freunde	41	6,3	10	1,4	42	6,8
Andere	113	17,5	46	6,3	102	16,4

In der Kategorie „Andere“ wurden genannt: Putzfrau/Putzhilfe, Haushaltshilfe, Schwiegertochter u.a.

Zum einen zeigt sich, dass die Zusammensetzung des Hilfsnetzwerks durch die akute Erkrankung und anschließende geriatrische Rehabilitation nur wenig verändert wurde.

Am häufigsten war neben dem HPFL ein Pflegedienst involviert. Er war bereits vor der Aufnahme ins Krankenhaus in einem Viertel der Fälle eingebunden, nach 6 Monaten leistete er bei einem Drittel der Befragten Hilfe – eine Zunahme um lediglich 8%.

In etwas geringerer Häufigkeit wurden Kinder als weitere Hilfspersonen genannt – in Fällen, in denen ein Kind als HPFL angegeben worden ist, meint dies weitere Kinder. Sie wurden zunächst in rund 20% der Fälle genannt, in der Nacherhebung stieg die Häufigkeit der Nennungen auf 25%.

Sofern der Partner des Patienten nicht als HPFL benannt wurde, spielte er im Hilfsnetzwerk nur eine untergeordnete Rolle. Dies ist insofern plausibel, als ein hilfsfähiger Partner an erster Stelle die Funktion des hauptpflegenden Angehörigen einnimmt. Kann diese Funktion nicht übernommen werden, so sind die Fähigkeiten vermutlich so gering, dass auch eine weitere Hilfe nur zu einem geringen Teil möglich ist.

Vergleichsweise selten wurden auch die Partner der HPFL als Bestandteil des Hilfsnetzwerks aufgeführt. Hier scheint es eine Aufgabenteilung gegeben zu haben, welche die Pflege vor allem einer (i.d.R. weiblichen) Person der Partnerschaft überantwortete, während die andere Person sozusagen frei gestellt blieb.

Ähnlich selten wurden Nachbarn und Freunde als Bestandteil des Hilfsnetzwerks genannt. Ihre Hilfe beschränkte sich plausiblerweise auf einmalige oder mehrmalige Hilfen in der Woche. Jedoch sollte ihre Bedeutung nicht unterschätzt werden, da sie im Alltag einen durchaus wertvollen Beitrag in der Versorgung leisten können. Die zugehörigen Zahlen sind in Tab. 33 aufgelistet. Um die Intensität der Hilfe zwischen den verschiedenen Beteiligten besser vergleichen zu können, wurde zusätzlich ein Score gebildet, der rangskaliert die Intensität der Hilfe mit Werten zwischen 1 und 5 abbildet (vgl. auch Kap. 3.3.1.4).

Tab. 33: Intensität der Hilfe der HFPL und weiterer Personen/Dienste im Vergleich vor Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation und in der Nacherhebung

	HPFL	Pflege- dienst	Kind	Part. Pat	Part. HPFL	Enkel	Nachb.	Freund	andere
Vor Aufnahme	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Auch nachts	7,5	0,6	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mm am Tag	28,5	28,9	2,9	22,9	16,7	4,3	2,3	0,0	2,7
Jeden Tag	<b>31,2</b>	<b>42,2</b>	24,3	<b>31,4</b>	29,2	10,9	18,2	24,4	12,4
1x / mm pro Woche	25,9	25,9	<b>44,9</b>	25,7	<b>35,4</b>	<b>54,3</b>	<b>54,5</b>	<b>43,9</b>	<b>46,9</b>
Weniger als 1x/Woche	5,1	2,4	19,9	0	12,5	26,1	20,5	26,8	33,6
Weiß nicht wie oft	1,8	0,0	8,1	14,3	6,25	4,3	4,5	4,9	4,4
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>491</b>	<b>166</b>	<b>136</b>	<b>35</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>112</b>
<b>Score</b>	<b>3,08</b>	<b>3,08</b>	<b>2,11</b>	<b>3,01</b>	<b>3,00</b>	<b>1,93</b>	<b>2,02</b>	<b>1,97</b>	<b>1,83</b>
Follow-Up	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Auch nachts	7,5	1,4	0,6	17,3	2,6	2,3	0,0	0,0	4,0
Mm am Tag	25,1	29,2	4,4	23,1	18,4	4,5	2,0	0,0	3,0
Jeden Tag	<b>32,3</b>	<b>39,2</b>	17,0	<b>42,3</b>	28,9	20,5	19,6	19,0	9,9
1x / mm pro Woche	26,4	27,3	<b>56,6</b>	15,4	<b>31,6</b>	<b>38,6</b>	<b>54,9</b>	<b>59,5</b>	<b>56,4</b>
Weniger als 1x/Woche	5,8	2,9	13,2	0	7,9	25,0	21,6	14,3	25,7
Weiß nicht wie oft	3,0	0	8,2	1,9	10,5	9,1	2,0	7,1	1,0
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>99,9</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>466</b>	<b>209</b>	<b>159</b>	<b>52</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Score <sup>1</sup>	<b>3,02</b>	<b>3,12</b>	<b>2,16</b>	<b>3,03</b>	<b>3,00</b>	<b>2,13</b>	<b>2,02</b>	<b>2,05</b>	<b>2,02</b>

<sup>1</sup>: Bildung eines Scores aus der Hilfsintensität: Weniger als 1x die Woche=1 bis nächtliche Hilfe =5  
Die höchsten Prozentzahlen in jeder Spalte sind fett gedruckt.

Nach diesem Score war die Intensität der Hilfe bei den HPFL, dem Pflegedienst und Partner der HPFL (in den Fällen, in denen er involviert ist), vergleichbar. Dem gegenüber leisteten die Kinder, Enkel, Freunde und andere Personen Hilfe in geringerer Intensität, die sich zwischen den Personengruppen aber kaum unterschied.

In der Nacherhebung blieb die Intensität der Hilfestellung gegenüber der Situation vor Aufnahme bei den jeweiligen Personengruppen gleich. Allerdings nahm die Zahl der Hilfeleistenden geringfügig zu (z. B. involvierter Pflegedienst: von 166 Fällen vor Aufnahme auf 209 Fälle in der Nacherhebung).

### 3.3.1.8 Weitere, in Anspruch genommene Hilfen

Zu allen drei Messzeitpunkten wurde erfasst, welche weiteren meist ambulante Hilfen von den Patienten in der Versorgung in Anspruch genommen wurden. Hierbei wurde auch die Gelegenheit zu sonstigen Nennungen gegeben. Die Zahlen sind in Tab. 34 aufgeführt, in welcher zum besseren Vergleich zusätzlich eine Veränderungsspalte mit angegeben wird.

Tab. 34: In Anspruch genommene weitere Hilfen zu den drei Erhebungszeitpunkten

	Vor Aufnahme		Entlassung		Follow-Up		Veränd.
	N	%	N	%	N	%	A->FU
Keine Maßnahmen	610	63,9	581	62,8	475	62,9	-1,0%
Angehörigenberatung	11	1,2	14	1,5	6	0,8	-0,4 %
Angehörigenschulung	5	0,5	4	0,4	2	0,3	-0,1 %
Hausnotrufgerät	124	13,0	162	17,5	122	16,2	+3,2 %
Haushaltshilfen	154	16,2	111	12,1	123	16,3	+0,1 %
24 Std.Pflege	4	0,4	8	0,9	5	0,7	+0,3 %
Tagespflege	4	0,4	13	1,4	11	1,5	+1,1 %
Kurzzeitpflege	20	2,1	45	4,9	19	2,5	+0,4 %
Essen auf Rädern	81	8,5	116	12,6	79	10,5	+2,0 %
Mittagstisch	37	3,9	20	2,2	27	3,6	-0,3 %
Seniorenbegegnung	55	5,8	22	2,4	30	4,0	-1,8 %
Sonstige 1	54	5,7	63	6,8	31	4,1	-1,6 %
Sonstige 2	6	0,6	0	0,0	2	0,3	-0,3 %
Sonstige 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0

Der Anteil der Patienten, die keine weiteren Maßnahmen in Anspruch nahmen, blieb über alle Erhebungszeitpunkte bemerkenswert gleich und macht deutlich über die Hälfte der Befragten aus (62,3% im Mittel).

Die häufigsten Nennungen beziehen sich auf das Vorhandensein eines Hausnotrufgerätes, von Haushaltshilfen und Essen auf Rädern.

In der Kategorie der sonstigen Nennungen gab es ein recht heterogenes Bild. Sie wurden nach einer Sichtung Hauptkategorien zugeordnet (vgl. Tab. 35) und in Tab. 36 ausgezählt.

Tab. 35: Kategorien zu Strukturierung sonstiger Nennungen bei der Frage nach der Nutzung weiterer Hilfen

Kategorie	Beispielnennungen
Verein	Sportverein, Turnen, VDK, Segelclub, Altmännerverein
Gemeinde / Kirche	Frauenclub, Kirche, Seniorenturnen, Gymnastikgruppe
Hilfsmittel	Wannenlifter, Duschstuhl, Greifzange
Privat	Hilfe durch Freunde, Stammtisch, Treffen mit Kollegen, Essen gehen, Gärtner
Ambulante Dienste	Pflegedienst, Fahrdienst, Pflegekurs, Fahrdienst
Therapien	Ergotherapie, Logopädie, Tagesklinik
Sonstige	Einrichtung einer Betreuung, Schwerbehindertenausweis

Tab. 36: Häufigkeiten der Nutzung weiterer Hilfen nach Kategorien geordnet über die Erhebungszeitpunkte

Kategorie	v. Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Gemeinde / Kirche	6	10,0	4	6,3	8	24,2
Therapie	4	6,6	5	7,9	0	0,0
Hilfsmittel	6	10,0	4	6,3	3	9,1
Privat	20	33,3	10	15,9	11	33,3
Amb. Dienste	3	5,0	34	54,0	7	21,2
Verein	15	25,0	5	7,9	3	9,1
Sonstige	6	10,0	1	1,6	1	3,0
<b>Summe</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Zur Entlassung konzentrierte sich der Focus vor allem auf ambulante Dienste, während private Maßnahmen in der Nacherhebung noch am häufigsten genannt wurden.

Die Nennungen weiterer in Anspruch genommener Hilfen beschränkte sich überwiegend auf eine Angabe, zum Nacherhebungszeitraum hin blieb die Zahl der genannten weiteren Hilfen praktisch konstant (Tab. 37).

Tab. 37. Häufigkeiten von Nennungen in der Frage nach der Nutzung weiterer Hilfen

	Vor Aufnahme		Entlassung		Follow-Up	
	N	%	N	%	N	%
Keine weitere Nennung	610	63,9	581	62,8	475	62,9
1 Nennung	202	21,2	196	21,2	156	20,7
2 Nennung	100	10,5	88	9,5	84	11,1
3 Nennungen	32	3,4	51	5,5	34	4,5
4 und mehr Nennungen	11	1,1	9	1,0	6	0,8
Mittelwert	0,57		0,61		0,60	

### 3.3.1.9 Erneute Krankenseinweisungen

Rund ein Drittel (31,2%) der zu allen drei Zeitpunkten erfolgreich befragten Patienten wurde innerhalb von 6 Monaten mindestens einmal erneut ins Krankenhaus eingewiesen. Gefragt wurde dabei unter anderem nach den Zeitpunkten und den Gründen für den Krankenhausaufenthalt.

Abb. 16 veranschaulicht den zeitlichen Abstand zur Entlassung. Hierzu ist zu bemerken, dass aus Gründen des Datenschutzes nur Jahr und Monat der Entlassung in der zentralen Datenbank gespeichert sind. Aufgrund der Hypothese, dass die Befragten wahrscheinlich das Datum der Krankenseinweisung nur ungenau erinnern können, wurden drei alternative Möglichkeiten der Zeitangabe ermöglicht (Datum der Einweisung, Wochen nach Rehabilitationsende, Anfang/Mitte/Ende eines anzugebenden Monats und Jahres).

Daraus ergeben sich zwangsläufig geringe Unschärfen bei der Berechnung.

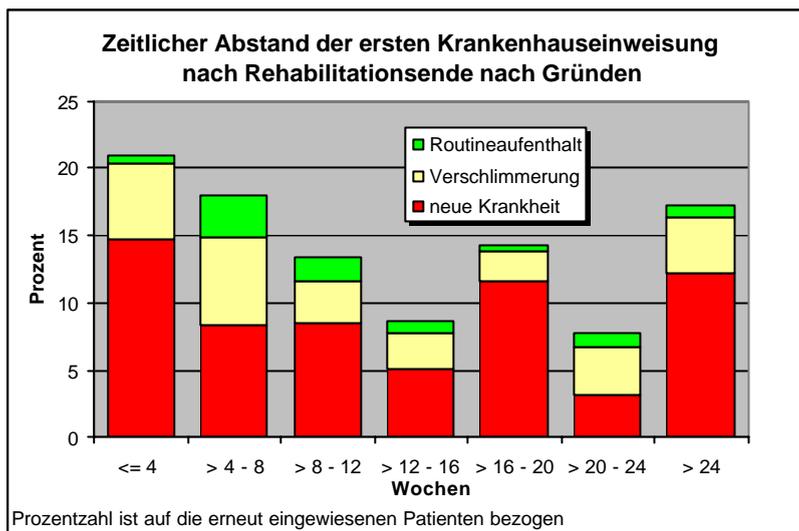


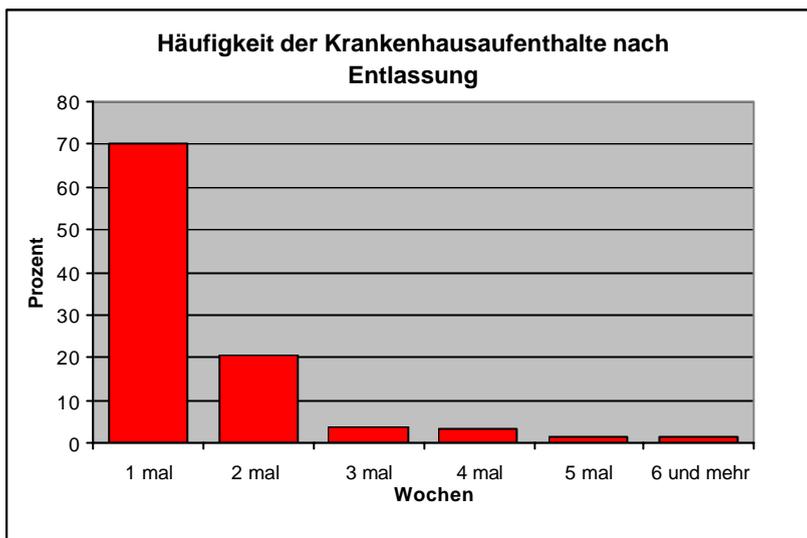
Abb. 16: Zeitlicher Abstand der ersten Krankenhauseinweisung nach Beendigung der Rehabilitation

Zu erkennen ist zumindest eine Tendenz, wonach kurz nach Beendigung der Rehabilitation die Rate der erneuten Krankenhauseinweisungen am höchsten war, danach absank und auf geringerem Niveau in etwa bestehen blieb. Zu beachten ist, dass die Zahlen, die den einzelnen Säulen zugrunde liegen, vergleichsweise klein sind, weshalb hier zufällige Schwankungen auftreten.

Als Gründe für den Krankenhausaufenthalt spielten Routineaufenthalte eine nur untergeordnete Rolle. Hauptgrund waren vor allem neu aufgetretene Erkrankungen der Patienten, soweit dies die Angehörigen beurteilen konnten. Neuerkrankungen rahmen mit den weiteren Krankenhausaufenthalten an Bedeutung ab (vgl. Tab. 38).

Tab. 38: Gründe für eine erneute Krankenhauseinweisung

Grund d. Einweisung	1. KH-Aufenthalt		2. KH-Aufenthalt		3. KH-Aufenthalt	
	N	%	N	%	N	%
Routine	20	9,0	7	10,6	0	0
Verschlimmerung	68	30,5	35	53,0	13	68,4
Neue Krankheit	135	60,5	24	36,4	6	31,6
<b>Gesamt</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>



Anmerkung: Die Prozentzahlen beziehen sich auf diejenigen Patienten, die im Nacherhebungszeitraum mindestens einmal in Krankenhaus eingewiesen wurden (31,2%)

Abb. 17: Anzahl erneuter Krankenhauseinweisungen in den 6 Monaten nach Beendigung der geriatrischen Rehabilitation

Wurden Patienten innerhalb der 6 Monate nach Beendigung der geriatrischen Rehabilitation noch einmal ins Krankenhaus eingewiesen, so war dies zu rund 90% ein- oder zweimal der Fall. Häufigere Einweisungen kamen praktisch nicht vor (vgl. Abb. 17).

Im Vergleich der Barthelpunkte der Patienten, bei denen es zu einer erneuten Krankenhauseinweisung kam, zeigt sich, dass sich diese zum Entlassungszeitpunkt kaum von den Patienten ohne Krankenhauseinweisung unterschieden. Zum Nacherhebungszeitpunkt war hingegen ein deutlicher Unterschied sichtbar bei einem zugleich verbreiterten Streubereich (vgl. Abb. 18).

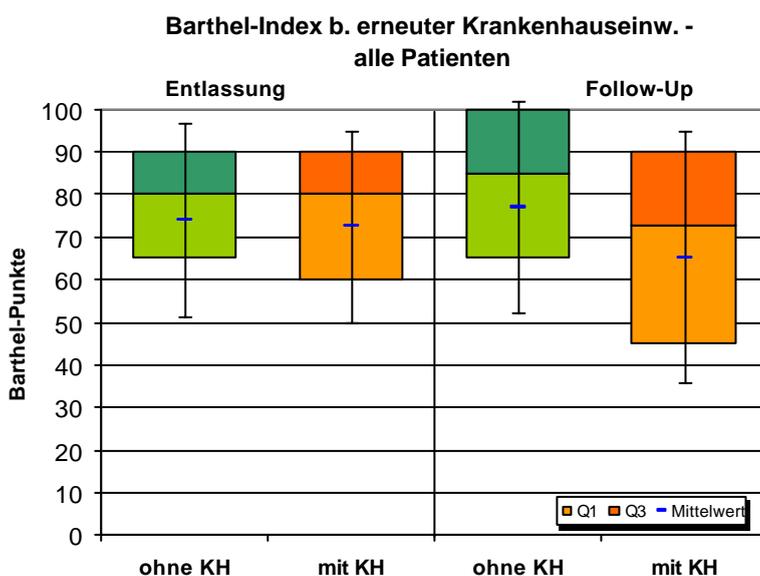


Abb. 18: Barthel-Index bei Entlassung und nach 6 Monaten im Vergleich von Patienten mit und ohne erneute zwischenzeitliche Krankenhauseinweisung

Werden die Barthelsummen nach dem Grund der ersten Krankenhauseinweisung unterschieden, so sind die Patienten, die aufgrund einer Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung erneut ins Krankenhaus müssen, bereits bei der Entlassung im Mittel um 4 Punkte pflegebedürftiger (Signifikanz wird knapp verfehlt;  $p < .056$ ; U-Test n. Mann-Whitney).

Während die Patienten, die ohne Krankenhauseinweisung bleiben, sich in ihrer Selbsthilfefähigkeit nach der Entlassung um durchschnittlich 3 Punkte verbessern konnten, waren die zwischenzeitlich eingewiesenen Patienten auch in ihrer Selbsthilfefähigkeit um rund 5 Punkte schlechter ( $p < .011$ ; U-Test n. Mann-Whitney; Vergleich zum FU-Zeitpunkt).

Der deutlich größere Anteil der Krankenhauseinweisung erfolgte aufgrund „ernster unvorhergesehener Neuerkrankungen“. Hier unterschieden sich die Patienten bei Entlassung nicht (um 1 Punkt;  $p < .352$ ; U-Test n. Mann-Whitney; Vergleich zum FU-Zeitpunkt), waren in der Nacherhebung jedoch um rund 11 Punkte pflegebedürftiger. ( $p < .001$ ; Mann-Whitney; Vergleich zum FU-Zeitpunkt).

Tab. 39 gibt die entsprechenden Zahlen wieder, Abb. 19 visualisiert diese.

Tab. 39: Zentrale Kennwerte des Barthel-Index bei Entlassung und zum FollowUp-Zeitpunkt in Abhängigkeit von einer späteren Krankenhauseinweisung und dem Grund dafür

Spätere KHeinw. ->	Mittelwert		Q1		Median		Q3		N	
	nein <sup>1</sup>	ja <sup>1</sup>	nein <sup>1</sup>	ja <sup>2</sup>						
Alle Pat. bei Entl.	73,9	72,5	65	60	80	80	90	90	488	210
Alle Pat. FU	77,0	65,2	65	45	85	72,5	100	90	488	210
Verschlimmerung b.E.	73,9	69,7	65	57,5	80	75	90	85	488	69
Verschlimmerung b.FU	77,0	65,0	65	50	85	70	100	90	488	69
Neuerkrankung b.E.	73,9	72,8	65	60	80	80	90	90	488	136
Neuerkrankung b. FU	77,0	63,4	65	40	85	70	100	90	488	136

<sup>1</sup>: ohne erneute Krankenhauseinweisung,

<sup>2</sup>: mit erneuter Krankenhauseinweisung

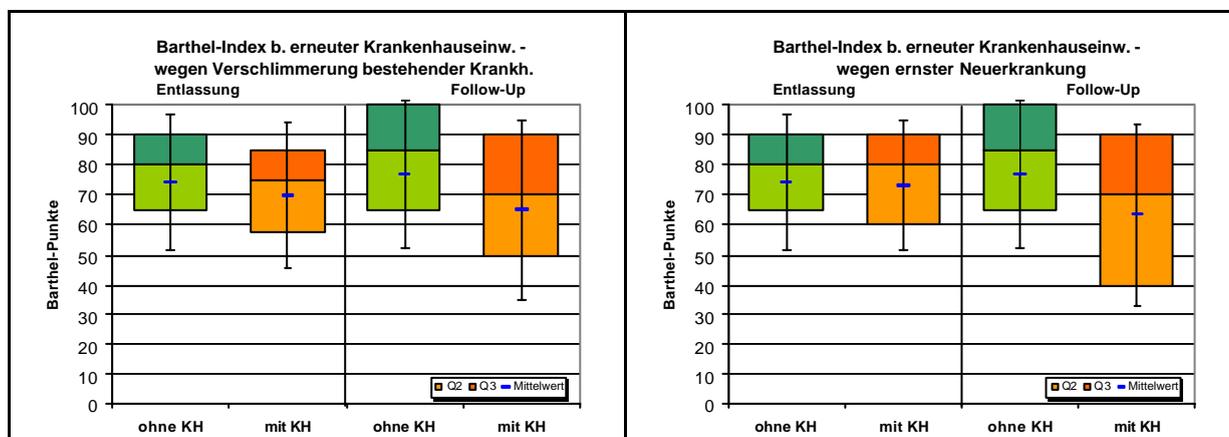


Abb. 19: Barthelsumme bei Entlassung und zum Follow-Up-Zeitpunkt in Abhängigkeit vom Grund der ersten Krankenhauseinweisung

Die Ergebnisse sprechen zum einen für eine hohe Konsistenz der Daten und zeigen zum anderen, dass die Gründe für eine spätere Abnahme der Selbsthilfefähigkeit vor allem in dem Auftreten von Neuerkrankungen zu suchen sind. Offenbar konnten in der Summe die Gründe für den erneuten Krankenhausaufenthalt von den Befragten zutreffend kategorisiert werden.

### 3.3.1.10 Ambulante Therapien nach Abschluss der Rehabilitation

In der Nacherhebung wurde einleitend gefragt, ob in der Zeit nach Beendigung der Rehabilitation noch ambulante Therapiemaßnahmen durchgeführt wurden.

In der Auswertung zeigte sich, dass gut die Hälfte der Patienten (52,3%) eine ambulante Therapieform erhielt. Diese bestand fast ausschließlich aus Krankengymnastik, andere Therapieformen wurden nur selten genannt (vgl. Tab. 40).

Tab. 40.: Ambulante Therapiemaßnahmen nach Beendigung der Rehabilitation

Therapie	N	%	MW Dauer In Wochen	Noch andauernd*
Krankengymnastik	402	46,5	8,1	155 von 336
Massage / Physikalische Therapie	89	11,8	9,0	41 von 87
Logopädie	21	2,8	9	14 von 20
Ergotherapie	36	4,8	11,8	22 von 35
Psychologie / Neuropsychologie	2	0,3	4,0	1 von 2

\*Therapie dauert zum Zeitpunkt der Befragung noch an. Die Fallzahlen sind hier aufgrund von fehlenden Angaben und „Weiß-nicht“-Angaben gegenüber der Gesamtheit der Patienten mit den entsprechenden Therapien reduziert und deshalb separat angegeben.

Dabei gaben mit 48,5% knapp die Hälfte der Befragten an, zum Zeitpunkt der Follow-Up-Befragung aktuell noch Therapien erhalten zu haben.

Leider lässt sich aus den Antworten nicht erschließen, auf welcher Basis die ambulanten Therapiemaßnahmen vergütet wurden. So ist es nicht auszuschließen, dass diese Ergebnisse auch auf einer erhöhten Selbstbeteiligungsbereitschaft der Patienten beruhen.

## 3.3.2 Funktion

### 3.3.2.1 Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index)

Die Betrachtung der Selbsthilfefähigkeit der zu allen Messzeitpunkten erfolgreich befragten Patienten ergibt, dass die Krankenseinweisung einen gravierenden Einschnitt darstellt. Lag der Median vor der Akuterkrankung bei 95 Barthelpunkten, so betrug er bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation lediglich 45 Punkte. Während der Rehabilitation konnten zwar bedeutende 35 Punkte wieder hinzugewonnen werden, trotzdem wurde das Ausgangsniveau nicht mehr ganz erreicht.

Der Mittelwert lag vor der Krankenhauseinweisung, bei Entlassung und zum Follow-Up-Zeitpunkt jeweils unter dem Median, ein Hinweis auf einen vergrößerten Streubereich innerhalb der unteren beiden Quartile.

Von durchschnittlich rund 86 Barthelpunkten prästationär blieben bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation noch 46 übrig. Die Verbesserung während der Rehabilitation betrug im Mittel knapp 29 Punkte und war damit günstiger als der bisher aus der geriatrischen Rehabilitation in Bayern bekannten Delta-Barthel von etwa 23 Punkten im Mittel (Trögner, et al., 2003; vgl. Abb. 20 und Tab. 41).

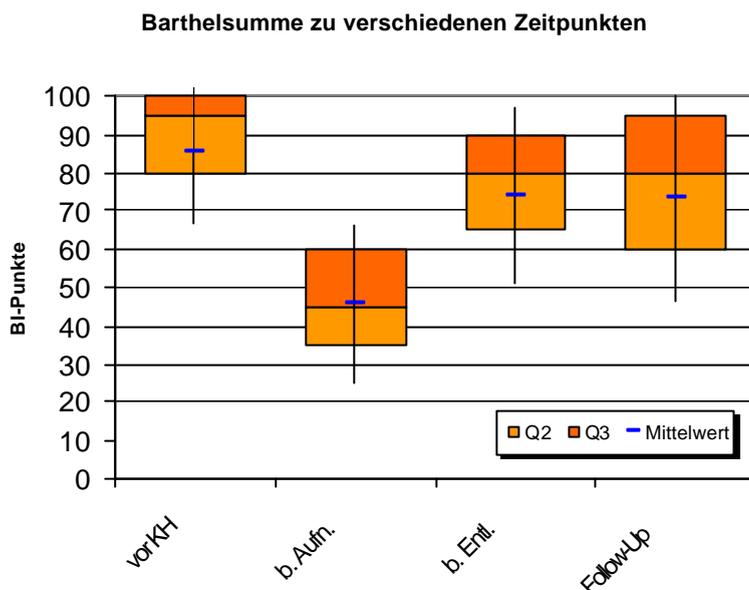


Abb. 20: Barthel-Index zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Tab. 41: Zentrale Kennwerte des Barthel-Index zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Erhebungszeitpunkt	Mittelwert	Q1	Median	Q3	SD	N
Vor Aufnahme	85,94	80	95	100	18,98	725
Bei Aufnahme	45,67	35	45	60	20,30	725
Bei Entlassung	74,29	65	80	90	22,90	725
Follow-Up	73,26	60	80	95	26,94	725

Zum Follow-Up-Zeitpunkt nahm die Streuung erwartungsgemäß zu. Interessanterweise blieben die zentralen Kennwerte (Median und Mittelwert) in den 6 Monaten nach Abschluss der Rehabilitation stabil. Dies bedeutet, dass zumindest bei den erfolgreich befragten Patienten der in der Rehabilitation erzielte Erfolg auch nachhaltig gehalten werden konnte. Im einzelnen sind bei 60,1% der Patienten gleich bleibende oder gesteigerte Werte festzustellen, die übrigen 39,9 % sinken in ihrer Selbsthilfefähigkeit ab.

Wie bereits erwähnt, lagen die Mittelwerte über die Zeitpunkte hinweg z. T. recht deutlich unter dem Median. Dies bedeutet, dass es dort Fälle mit vergleichsweise niedrigem Barthel gab, welche den Mittelwert nach unten ziehen. So verteilten sich beispielsweise vor der Krankenhauseinweisung 50% im sehr engen Punktebereich

zwischen 95 und 100 Punkten. Dem gegenüber verteilten sich die Werte für das erste Quartil (25% der Patienten) über die Punktwerte zwischen 0 und 80.

Im vorangegangenen Kapitel hatten sich bereits Hinweise darauf ergeben, dass erneut ins Krankenhaus eingewiesene Patienten größere Streuungen aufweisen als die Patienten, die ohne erneuten Krankenhausaufenthalt im Nacherhebungszeitraum verblieben.

In der Grobeinteilung der Barthelwerte in Abb. 21. ist zu sehen, dass die Patienten vor der Krankenhauseinweisung nur zu einem geringen Prozentsatz als deutlich pflegebedürftig mit Punktwerten zwischen 0 bis 30 einzustufen waren.

Nach Anschluss der Akutbehandlung war dieser Anteil zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen auf knapp ein Viertel gestiegen (23,5%) um schließlich durch die Behandlung auf lediglich 7% reduziert zu werden. Während der Nacherhebungsphase kam es zu einem geringen Anstieg bei den erfolgreich Befragten von 3% auf schließlich 10,3 %.

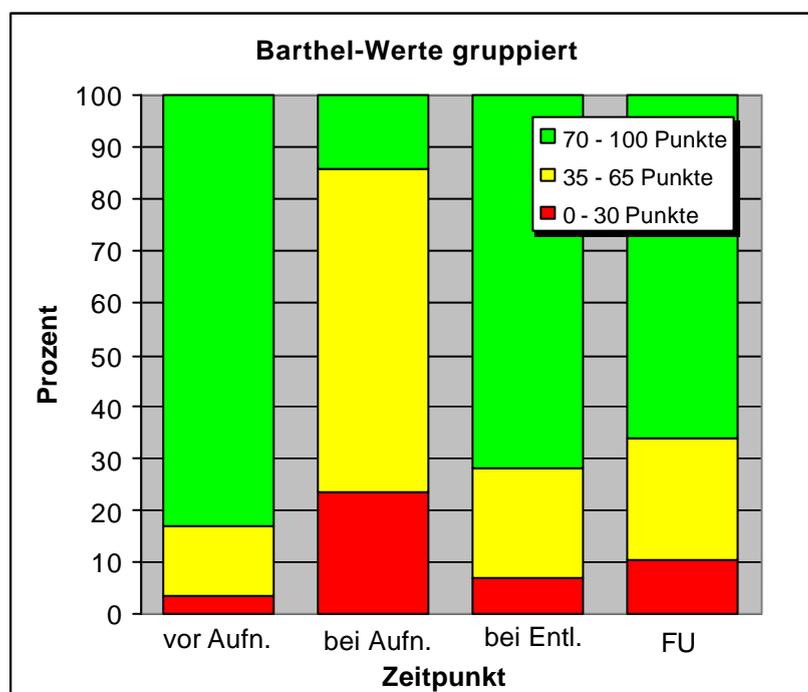


Abb. 21: Barthelsummen der erfolgreich befragten Patienten zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten gruppiert

Da der Barthel-Index eine zentrale Größe in der Rehabilitationsforschung spielt, lag es nahe, nach Moderatorvariablen zu suchen, die Einfluss auf die Selbsthilfefähigkeit nehmen.

In Tab. 42 sind die zentralen Kennwerte der Barthelwerte in Abhängigkeit einer Gruppierung der ersten (und die Rehabilitationsbehandlung begründenden) Hauptdiagnose aufgeführt.

Tab. 42: Barthelsummen nach Erhebungszeitpunkt und gruppierter erster Hauptdiagnose

Erhebungszeitpunkt	Mittelwert	Q1	Median	Q3	SD	N
<b>Vor Aufnahme</b>						
Schlaganfall	88,39	85	95	100	18,53	90
Muskulo-Skeletal	86,09	80	95	100	19,40	395
Sonstige	85,54	75	95	100	17,54	246
<b>Bei Aufnahme</b>						
Schlaganfall	43,38	25	45	60	24,79	90
Muskulo-Skeletal	43,77	32,5	45	55	18,42	395
Sonstige	48,44	40	50	60	19,24	246
<b>Bei Entlassung</b>						
Schlaganfall	70,00	50	80	90	28,43	90
Muskulo-Skeletal	72,94	60	80	90	22,24	395
Sonstige	75,45	65	80	90	21,52	246
<b>Follow-Up</b>						
Schlaganfall	69,60	45	75	100	31,58	90
Muskulo-Skeletal	74,36	60	85	95	26,96	395
Sonstige	73,19	60	80	95	25,19	246

Anschaulicher präsentieren sich die Ergebnisse jedoch in Abb. 22: Während sich Mittelwerte und Mediane zwischen den Diagnosegruppen nur wenig unterscheiden, weisen die Streuungsparameter erhebliche Unterschiede auf.

Schlaganfallpatienten wiesen vor ihrem Akutereignis eine eher geringe Streuung in ihrer Selbsthilfefähigkeit auf, in den folgenden Erhebungen jedoch eine wesentlich größere Streuung als die anderen Diagnosegruppen. Dies ist plausibel, da ein Schlaganfall eben sehr unterschiedliche Funktionseinschränkungen nach sich ziehen kann.

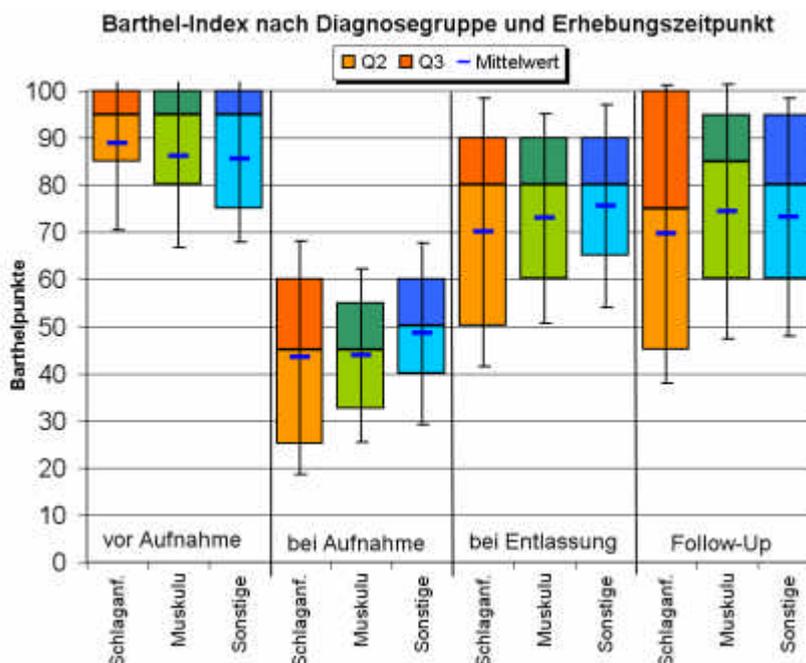
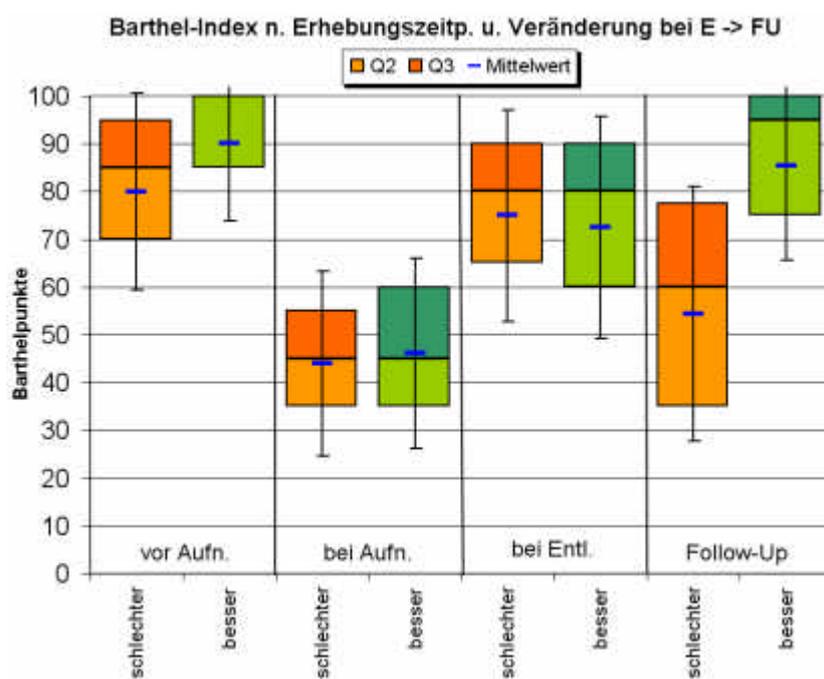


Abb. 22: Barthel-Index nach Diagnosenhauptgruppe und Erhebungszeitpunkt

In einem weiteren Analyseschritt wurde untersucht, wie sich im längsschnittlichen Verlauf die Selbsthilfefähigkeit derjenigen Patienten entwickelte, die sich im Follow-Up-Zeitraum gegenüber dem Entlassungsstatus weiter verbessern konnten oder diesen zumindest halten konnten. Diese sind in Abb. 23 denjenigen Patienten gegenüber gestellt, die in den 6 Monaten nach Beendigung der Rehabilitation pflegebedürftiger wurden.

Überraschenderweise unterscheiden sich beide Patientengruppen vor allem in ihrem prämorbidem Status (also vor der Erkrankung). Bei Aufnahme in die Rehabilitation und auch bei Entlassung daraus sind die Unterschiede gering. Mit andern Worten, diejenigen, die vor ihrer Erkrankung besonders wenig beeinträchtigt waren, haben auch nach Abschluss der Rehabilitation die größeren Chancen, ihr Niveau zu halten oder sogar noch verbessern zu können, sie verfügen möglicherweise über ein höheres Maß an Reservekapazität.



Schlechter: Patienten, die sich im Nacherhebungszeitraum eine geringere Selbsthilfefähigkeit aufwiesen (BI-FU minus BI-E <0).

Besser: Patienten, die im Nacherhebungszeitraum ihre Selbsthilfefähigkeit mindestens stabil halten konnten (BI-FU minus BI-E >=0).

Abb. 23: Selbsthilfefähigkeit gemessen am Barthel-Index im längsschnittlichen Verlauf über verschiedene Messzeitpunkte in Abhängigkeit der Veränderung der Barthelsumme im Zeitraum nach Entlassung aus der Rehabilitation

### 3.3.2.2 Screening der emotionalen Befindlichkeit: GDS

Ein in der Geriatrie häufig eingesetztes Verfahren, um Hinweise auf eine Depression zu finden, ist die Geriatric Depression Scale nach Sheikh und Yesavage (vgl. AGAST, 1995). Die Patienten werden gebeten, möglichst spontan 15 Fragen zur Befindlichkeit dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. In der Auswertung ergibt sich ein Punktwert von 0 bis 15. Die Skala ist pathotrop gepolt, d. h., je höher der Punktwert, desto wahrscheinlicher ist der Hinweis auf eine Störung.

Werte zwischen 0 und 5 werden als unauffällig interpretiert, darüber ergeben sich Hinweise auf eine Depression.

Die GDS ist Bestandteil des GiB-DAT-Datensatzes und in vielen Fällen Bestandteil des geriatrischen Assessments bei Aufnahme. Leider wurde von den Interviewern nicht bei allen, später erfolgreich befragten Patienten, der GDS durchgeführt. Die hohen Fallzahlen erlauben jedoch dessen ungeachtet einen Vergleich zwischen dem Wert bei Aufnahme in die Rehabilitation und in der Nachbefragung. Die Verteilung der Werte ist in Abb. 24 aufgetragen und zeigt eine minimale Erhöhung der Punktesumme zum Follow-Up-Zeitpunkt hin.

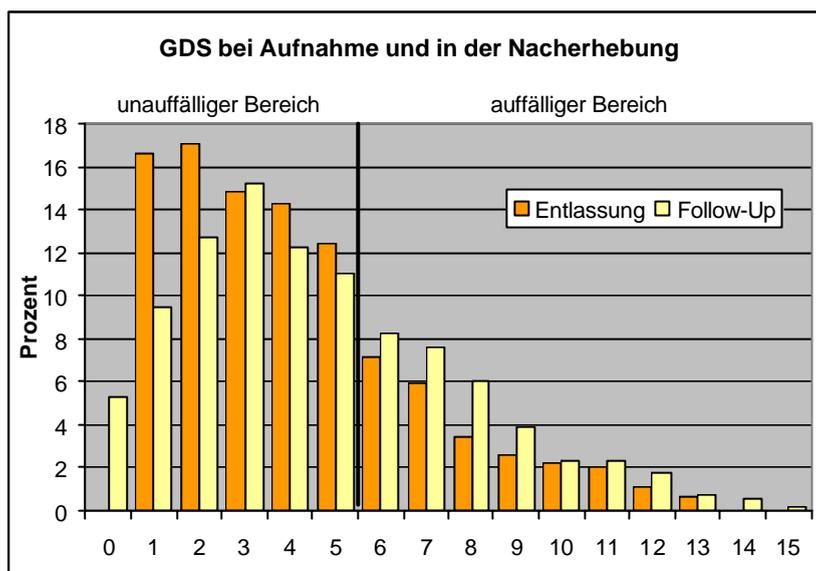


Abb. 24.: GDS-Punktesummen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation und in der Nacherhebung

Zum Follow-Up-Zeitpunkt waren deutlich über die Hälfte der Patienten (66%) in ihrer Befindlichkeit unauffällig, der arithmetische Mittelwert lag noch im unauffälligen Bereich von maximal 5 Punkten (vgl. Tab. 43).

Tab. 43: Kennwerte zur GDS

	Aufnahme	Follow-Up
Unauffällig (0-5 Punkte)	74,9 %	66,0 %
Auffällig (6-15 Punkte)	25,1 %	34,0 %
Mittelwert	4,14	4,65
Q1	2,0	2,0
Median	4,0	4,0
Q3	6,0	7,0
N	459	620

Bei Aufnahme der Rehabilitation lag der Mittelwert lediglich einen halben Punkt unter dem Nacherhebungszeitpunkt. Zwar korrelierten die Werte signifikant ( $p < .001$ ; Korrelation nach Spearman), jedoch in ihrem Ausmaß gering ( $r = ,372$ ) miteinander. Der Vergleich beider Werte ergibt eine statistische Auffälligkeit ( $p < .001$ ; Wilcoxon-Test).

Dies bedeutet, dass das Zustandekommen der GDS-Summenwerte in der Nacherhebung nur zu einem geringen Teil aus der Befindlichkeit zum Rehabilitationsbeginn erklärt werden kann, sondern hier nach anderen Faktoren gesucht werden muss.

So lässt sich eine Abhängigkeit der emotionalen Befindlichkeit vom Grad der Selbsthilfefähigkeit aufzeigen (vgl. Tab. 44). Auch hier sind die Korrelationen signifikant, jedoch im Ausmaß gering ( $r=-,310$ ;  $p<.001$ ; Korrelation nach Spearman; Korrelation der ungruppierten Werte:  $r=-,464$ ;  $p<.001$ ).

*Tab. 44: GDS-Summenwerte in der Nacherhebung in Abhängigkeit von der Selbsthilfefähigkeit zum gleichen Zeitpunkt*

FU: GDS-Summenwert	Follow-Up: Barthelsumme		
	70-100 Punkte	35 – 65 Punkte	0-30 Punkte
Mittelwert	4,03	5,90	6,71
S	2,892	3,093	3,356
Q1	2,0	3,75	4,0
Median	3,0	5,0	7,0
Q3	6,0	8,0	8,5
N	433	146	41

Zum Vergleich mit den vorliegenden Daten wurde der Zusammenhang zwischen dem GDS-Summenwert und dem Barthel-Index zum Zeitpunkt der Aufnahme berechnet.

Aufgrund der hohen Fallzahlen ergab sich ein ebenfalls statistisch auffälliger Zusammenhang, der in seinem Ausmaß jedoch nahe Null liegt ( $r=-,114$  bzw.  $r=-,129$  für die ungruppierten Barthelpunkte; Korrelation nach Spearman; jeweils  $p<.001$ ).

Entsprechend lagen die GDS-Mittelwerte hier mit 5,13 (bei einem Barthel 0-30 Punkte), 4,57 (Barthel zwischen 35 und 65 Punkte) und 4,20 (Barthel zwischen 70 und 100 Punkte) nah zusammen.

Auch dies ist plausibel – der Beginn der geriatrischen Rehabilitation ist für die Patienten mit der Hoffnung auf eine Besserung verknüpft - weitgehend unabhängig von dem aktuellen Ausmaß der Einschränkung. 6 Monate nach Behandlungsende ist das erreichte Niveau der Selbsthilfefähigkeit weitgehend statisch und beeinflusst das Befinden nun deutlicher.

### 3.3.2.3 Screening der kognitiven Leistungsfähigkeit MMSE

Die Nacherhebung umfasste auch ein Screening der kognitiven Leistungsfähigkeit mittels der Minimal State Examination (Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh P.R., 1975;), wie sie in seiner deutschen Form Bestandteil des geriatrischen Assessments zum Aufnahmezeitpunkt im GiB-DAT-Projekt ist (angelehnt an AGAST, 1995).

Hier bot sich die Gelegenheit, den Verlauf der kognitiven Leistungsfähigkeit anhand eines standardisierten Verfahrens in einem 6-Monatszeitraum abzubilden.

Der Status der kognitiven Leistungsfähigkeit blieb danach im arithmetischen Mittel überraschend stabil, die Quartile verschoben sich sogar um einen Punkt nach oben (Abb. 25).

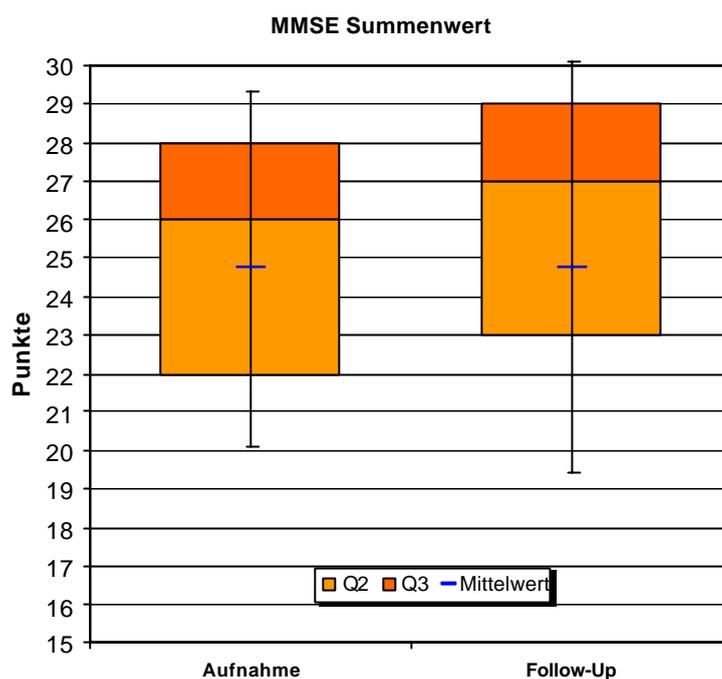


Abb. 25: Gültige MMSE-Summenscores bei Aufnahme und in der Nacherhebung

Von der Betrachtung von Mittelwerten ausgeschlossen wurden Fälle, in denen eine Erhebung gar nicht möglich war. Deshalb erfolge die Analyse zur Kontrolle auch noch mit gruppierten MMSE-Werten. Hier ergab sich jedoch ein analoges Bild (Abb. 26).

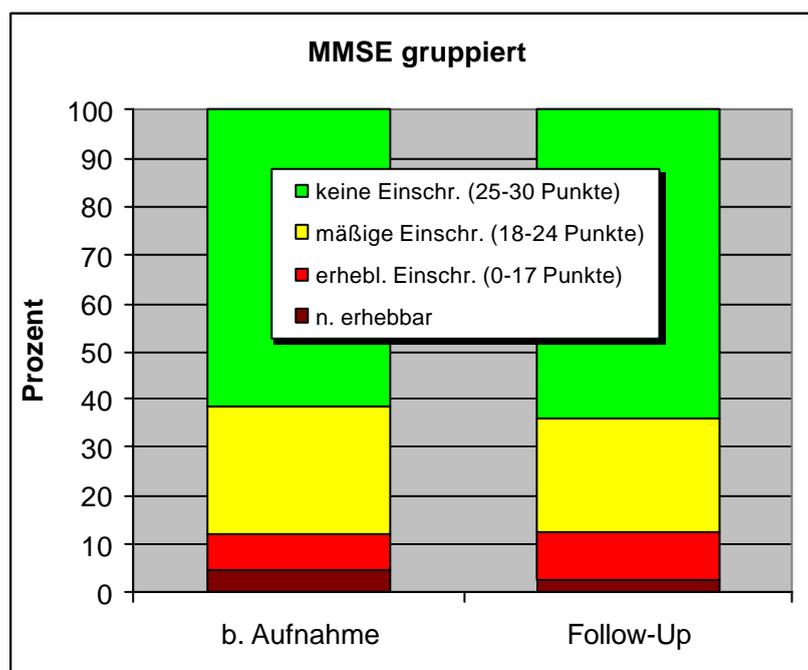


Abb. 26: MMSE-Summenwerte gruppiert

Der überwiegende Anteil der Patienten erzielte zu beiden Zeitpunkten unauffällige Werte (vgl. Tab. 45). Patienten mit mäßiggradiger Beeinträchtigung tendierten zu einer leichten Verbesserung, während Patienten mit mindestens erheblicher Beeinträchtigung einen Prozentsatz 12,0 bis 12,8% bildeten. Die zugehörigen Zahlen sind der folgenden Tab. 45 zu entnehmen.

*Tab. 45.: Zentrale Kennwerte im Screening kognitiver Leistungsfähigkeit mittels MMSE zum Aufnahmezeitpunkt und in der Nacherhebung*

	Aufnahme	Follow-Up
Mittelwert	24,74	24,76
S	4,61	5,37
Q1	22	23
Q2	26	27
Q3	28	29
N	633	628
Keine Einschränkung	61,4	64,0
Mäßige Einschränkung	26,5	23,1
Erhebliche Einschränkung	7,5	10,2
Nicht erhebbar	4,5	2,6
N	663	645

### 3.3.2.4 Faktoren, welche die Pflege erschweren (PE)

Das Ziel der Erhebung von Faktoren, welche die Pflege erschweren, lag darin, Moderatorvariablen für die Belastung der hauptpflegenden Angehörigen zu finden. Diese Faktoren sind im Folgenden mit PE abgekürzt und sahen jeweils folgende Antwortkategorien vor:

- Nein, nie
- Gelegentlich (weniger als 2x pro Woche)
- Öfter (ca. 1x pro Woche)
- Häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- Sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Die Instruktion der Interviewer sah vor, die Items nur bei den HPFL zu erheben, da von den Patienten selbst kaum verlässliche Antworten zu erwarten waren. Gleichwohl wurden in einigen Fällen die Items von den Patienten selbst bearbeitet, jedoch von der statistischen Analyse ausgeschlossen.

Zum Aufnahmezeitpunkt lagen 556 gültige Beantwortungen der PE vor, in der Nacherhebung 391 Fälle. Über die Ausprägung der Antworten gibt Tab. 46 Auskunft. Um Aufschluss über die Bedeutung der Items in der Versorgungssituation zu erhalten, wurde zusätzlich eine Korrelation mit der häuslichen Pflegeskala (HPS) als Indikator für die Belastungssituation der HPFL berechnet.

Tab. 46: Faktoren, welche die Pflege erschweren zum Aufnahme- und Nacherhebungszeitpunkt

Item	nie	gelegentl.	öfter	häufig	sehr häufig	N	r*
<b>b. Aufnahme</b>							
Schlafstörungen	44,8	19,4	7,0	14,4	14,4	556	,145
Appetit-/Essstörungen	66,0	11,7	6,3	8,8	7,2	556	,280
Vergesslichkeit	31,8	28,6	11,7	14,7	13,1	556	,399
Aggression/Reizbarkeit	67,0	17,9	6,9	5,6	2,7	556	,294
Unruhe/Erregtheit	56,0	20,9	9,4	10,1	3,6	555	,348
Eigenw. Verhalten	58,5	20,8	7,8	9,2	3,8	554	,406
Depression(Apathie/Angst)	60,1	14,4	10,4	8,6	6,6	549	,354
<b>Follow-Up</b>							
Schlafstörungen	44,2	20,5	11,3	10,7	13,3	391	,123
Appetit-/Essstörungen	66,2	17,4	7,4	4,4	4,6	390	,184
Vergesslichkeit	24,9	30,8	11,8	14,4	18,2	390	,318
Aggression/Reizbarkeit	67,3	20,2	5,4	5,6	1,5	391	,231
Unruhe/Erregtheit	53,2	22,5	13,6	6,4	4,3	391	,301
Eigenw. Verhalten	61,1	23,5	8,4	3,3	3,6	391	,273
Depression(Apathie/Angst)	56,5	21,7	10,2	6,4	5,1	391	,312

r\*: Korrelation n. Spearman mit dem Grad der Belastung der Angehörigen, ermittelt durch die HPS-Skala. Sämtliche Korrelationen sind signifikant ( $p < .001$ )

Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde als häufigstes Symptom die Vergesslichkeit genannt, gefolgt von den Schlafstörungen. Bei Aufnahme wurde bei 39,5% mindestens „öfter“ eine Vergesslichkeit beobachtet, nach 6 Monaten sind es 44,4%.

Schlafstörungen waren zunächst bei 35,8% mindestens „öfter“ vorhanden, in der Nacherhebung in 35,3% der Fälle.

Im Zusammenhang mit dem HPS-Summenscore (HPS: häusliche Pflegeskala, s.u.) hatten die Schlafstörungen hingegen eine nur untergeordnete Bedeutung. Gleiches galt für Appetit- und Essstörungen. Im Vergleich der 7 Items ergab sich für die Vergesslichkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten eine hohe Bedeutung. Die Rangfolge der übrigen Items variierte hingegen.

Die Berechnung einer Gesamtkorrelation aus den Items mit Ausnahme der Schlafstörungen ergab einen statistisch auffälligen aber im Ausmaß geringen Zusammenhang von  $r = ,543$  (Aufnahmezeitpunkt) bzw.  $r = ,442$  (Nacherhebung; jeweils Korrelation nach Spearman;  $p < .001$ ).

### 3.3.3 Bewertung

#### 3.3.3.1 Die häusliche Pflegeskala (HPS)

Die häusliche Pflegeskala von Gräzel (2001) ist ein Instrument zur Erfassung von subjektiven Belastungen von pflegenden Personen. In der Kurzform (Gräzel, 1993) sollen 10 Aussagen in einer 4-stufigen Skala bewertet werden (Stimmt genau – stimmt überwiegend – stimmt ein wenig – stimmt nicht).

Sie wurde von den HPFL zum Aufnahmezeitpunkt (bezogen auf die präklinische Situation) und zum Follow-Up-Zeitpunkt erhoben.

Über alle befragten Angehörigen zeigte sich im Mittel ein niedriger Belastungsscore, der auch zum Follow-Up-Zeitpunkt hin stabil blieb. Dabei gab es einen hohen Anteil von Angehörigen, die sich durchgängig als nicht belastet einstufen (Itemantwort: Stimmt nicht; b. Aufnahme: 27,2%; zum FU-Zeitpunkt: 24,1%). Die ermittelten Kennwerte der Skala sind in Tab. 47 aufgetragen und in Abb. 27 visualisiert.

Tab. 47: Kennwerte der HPS-Kurzform nach Erhebungszeitpunkt

	Vor Aufnahme	Follow-Up
Mittelwert (Punkte)	6,92	7,18
S	7,48	7,47
Q1	0,00	1,00
Q2	4,50	5,00
Q3	11,75	12,00
N	448	439
Niedrig (0-9 Punkte)	70,5 %	69,7 %
Mittel (10-20 Punkte)	21,4 %	22,8 %
Hoch (21-30 Punkte)	8,0 %	7,5 %
<b>Summe</b>	<b>99,9 %</b>	<b>100,0 %</b>

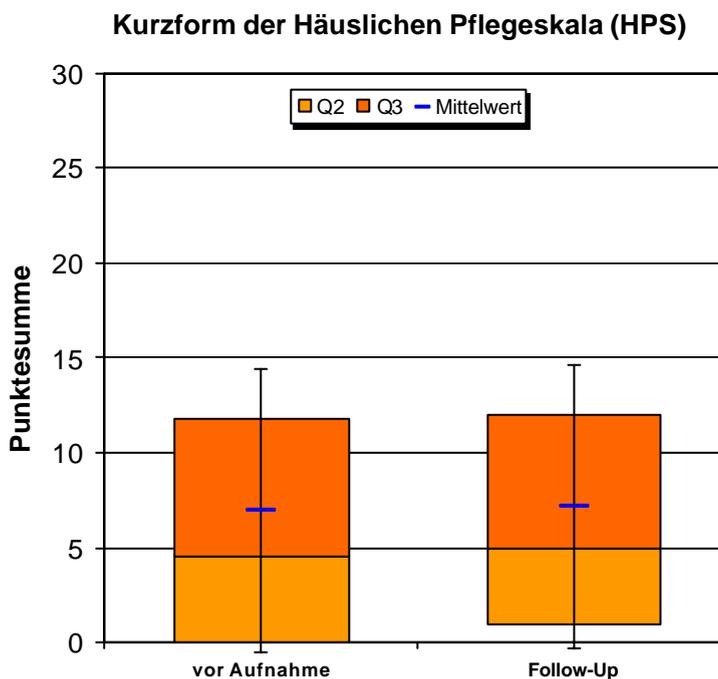
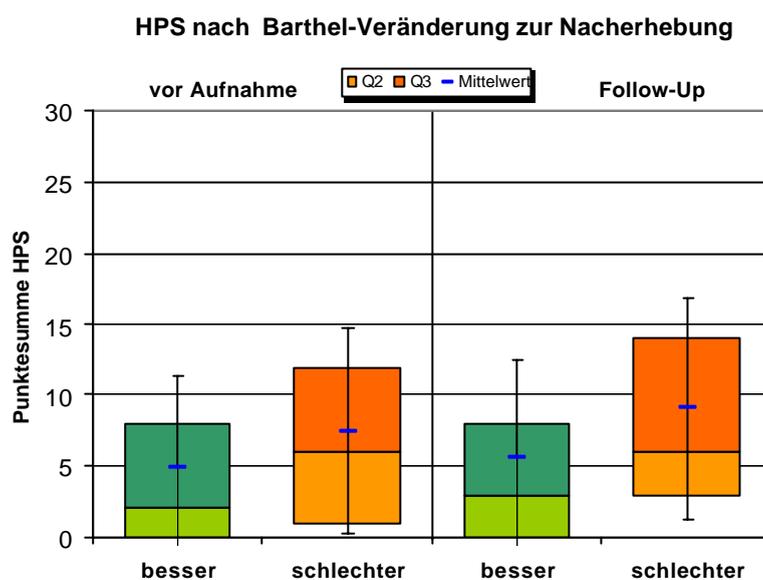


Abb. 27: Kurzform der häuslichen Pflegeskala (HPS) vor Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation und in der Nacherhebung

Werden die ermittelten Summenscores in die Kategorien eingeteilt, wie sie vom Autor vorgeschlagen werden, so zeigt sich, dass es durchaus einen nennenswerten Anteil von mittelgradig belasten und einen kleinen Anteil von hoch belasteten Ange-

hörigen gab. Auch hier veränderten sich die Einstufungen zwischen den Erhebungszeitpunkten praktisch nicht.

Angehörige von Patienten, die in der Zeit nach Entlassung aus der Rehabilitation in ihrer Pflegebedürftigkeit zunahm (Barthel E > Barthel FU), sind entsprechend deutlich stärker emotional belastet. Allerdings zeigt sich dieser Unterschied auch bereits bei der Betrachtung der Belastung vor Aufnahme (vgl. Schlechter: Patienten, die sich im Nacherhebungszeitraum eine geringere Selbsthilfefähigkeit aufwiesen (BI-FU minus BI-E <0). Besser: Patienten, die im Nacherhebungszeitraum ihre Selbsthilfefähigkeit mindestens stabil halten konnten (BI-FU minus BI-E >=0). Abb. 28).



Schlechter: Patienten, die sich im Nacherhebungszeitraum eine geringere Selbsthilfefähigkeit aufwiesen (BI-FU minus BI-E <0).

Besser: Patienten, die im Nacherhebungszeitraum ihre Selbsthilfefähigkeit mindestens stabil halten konnten (BI-FU minus BI-E >=0).

*Abb. 28: Kurzform der Häuslichen Pflegeskala nach dem Verlauf der Selbsthilfefähigkeit nach Entlassung aus der Rehabilitation.*

Eine Untersuchung über Einflussfaktoren auf den HPS-Summenscore wird auf den Seiten 88 ff durchgeführt.

### 3.3.3.2 Beurteilung des Rehabilitationserfolgs

Patient und Angehörige wurden nach einer Beurteilung des Rehabilitationserfolgs bei Entlassung aus der Rehabilitation und zum Follow-Up-Zeitpunkt befragt.

Dabei konnten analog von Schulnoten die Bewertungen „sehr gut – gut – befriedigend – ausreichend – schlecht“ vergeben werden.

Insgesamt schnitten hier die Bewertungen bei Entlassung sehr günstig ab (Abb. 29). Bei den HPFL waren diese nach 6 Monaten insgesamt unverändert. Die befragten Patienten schätzten den Erfolg retrospektiv sogar noch geringfügig günstiger ein.

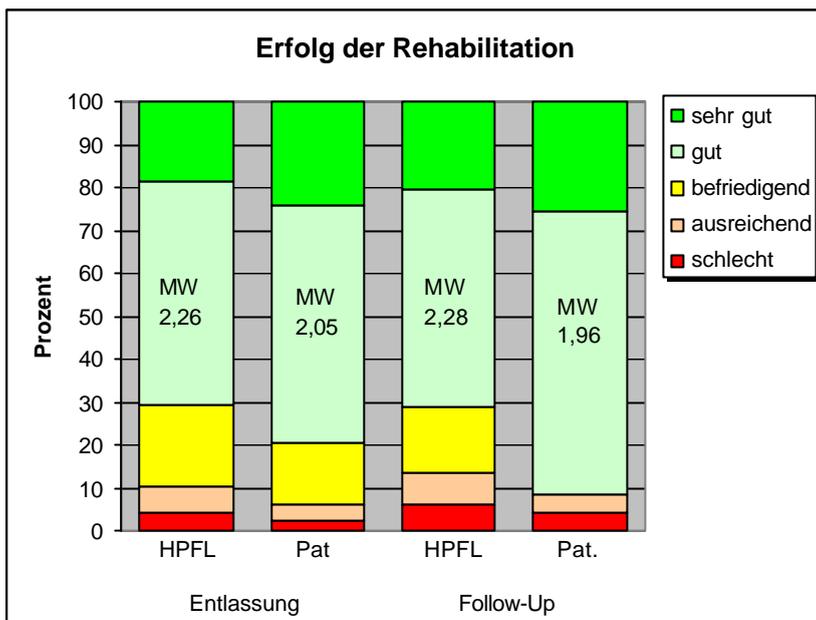


Abb. 29: Einschätzung des Rehabilitationserfolgs von Patienten und HPFL zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Die Beurteilung des Rehabilitationserfolgs wurde nicht nur im Rahmen der ausführlichen Nachbefragung abgefragt, sondern auch bei den hinterbliebenen Hauptpflegepersonen der nach Entlassung aus der Rehabilitation verstorbenen Patienten.

Hier ist besonders interessant, ob in der retrospektiven Analyse die Angehörigen der verstorbenen Patienten den Rehabilitationserfolg anders einschätzen als die der noch lebenden und erfolgreich befragten Patienten (vgl. Abb. 30).

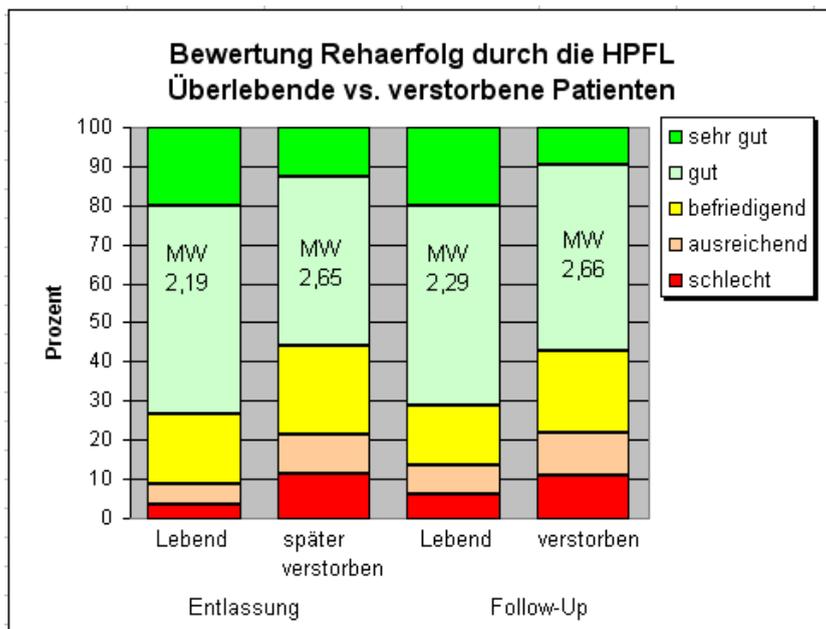


Abb. 30: Bewertung des Rehabilitationserfolgs durch HPFL von zwischenzeitlich verstorbenen Patienten und erfolgreich befragten Patienten zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten

In der Grafik ist ersichtlich, dass die HPFL bereits zum Entlassungszeitpunkt den Erfolg der Rehabilitation kritischer einschätzen – bei diesen Patienten ist ja auch die Selbsthilfefähigkeit deutlich stärker eingeschränkt als bei den Patienten, die den Nacherhebungszeitraum überlebten und erfolgreich befragt werden konnten ( $p < .001$ ; U-Test n. Mann-Whitney).

Diese Einschätzung blieb im Wesentlichen auch bei der Nacherhebung stabil. Zu bemerken ist, dass auch bei den verstorbenen Patienten die Hauptpflegepersonen den Erfolg der Rehabilitation im Nachhinein in fast 60% als sehr gut oder gut einschätzten.

### 3.3.3.3 Befinden

„Wie geht es Ihnen heute im Vergleich zur Aufnahme“ bzw. „Wie geht es Ihnen heute im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung“ – diese beiden Fragen konnten ähnlich wie die Erfolgseinschätzung in einer 5-stufigen Skala von den Patienten beantwortet werden.

Tab. 48: Allgemeines Befinden im Vergleich zur Aufnahme bzw. zur Entlassung

	Entlassung	Follow-Up
Mittelwert <sup>1</sup>	1,87	2,51
S	0,716	1,063
Q1	1,00	2,00
Q2	2,00	2,00
Q3	2,00	3,00
N	885	607
Viel besser	29,4 %	15,3 %
Besser	57,6 %	42,3 %
Unverändert	10,1 %	23,5 %
Schlecht	2,6 %	13,9 %
Viel schlechter	0,3 %	4,9 %
<b>Summe</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

<sup>1</sup>: Bildung der Summenscores analog Schulnoten mit 1=viel besser bis 5=viel schlechter

Der Zeitraum während der Rehabilitation wurde dabei günstiger eingeschätzt als der im halben Jahr nach der Entlassung (vgl. Tab. 48). Dies ist plausibel, da während der Behandlung wesentlich mehr Veränderungen zu erwarten sind als in der Zeit danach, in welcher auch neue gesundheitliche Probleme auftreten können.

### 3.3.3.4 Erfüllte Erwartungen

Die Interviewer wollten sowohl von den Patienten als auch von den HPFL wissen, in welchem Ausmaß sich die eigenen Erwartungen an die Rehabilitation erfüllt hätten (vgl. Tab. 49).

Tab. 49: Einschätzung, in welchem Ausmaß sich die Erwartungen an die Rehabilitation insgesamt erfüllt haben nach Interviewpartner und Erhebungszeitpunkt

	Patient		HPFL	
	Entl.	FU	Entl.	FU
Mittelwert <sup>1</sup>	2,06	1,98	2,17	2,18
S	0,979	1,014	1,003	1,089
Q1	1,00	1,00	1,00	1,00
Q2	2,00	2,00	2,00	2,00
Q3	3,00	3,00	3,00	3,00
N	864	704	535	461
Voll und ganz	32,1 %	36,5 %	26,5 %	28,9 %
weitgehend	40,4 %	40,5 %	42,8 %	41,2 %
Teils/teils	20,6 %	15,5 %	21,9 %	18,0 %
Kaum	3,8 %	3,4 %	4,9 %	6,5 %
Überhaupt nicht	3,1 %	4,1 %	3,9 %	5,4 %
<b>Summe</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>: Bildung der Summenscores analog Schulnoten mit 1=voll und ganz bis 5=überhaupt nicht

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass sich Einschätzungen sowohl zwischen den Befragten als auch zwischen den Erhebungszeitpunkten sehr ähneln und insgesamt positiv bewertet wurden. Im zeitlichen Abstand schätzten die Patienten das Ausmaß der erfüllten Erwartungen eher noch positiver ein, wenngleich die statistische Prüfung hier keinen Unterschied ergab (Wilcoxon-Test f. gebundene Stichproben:  $p < .512$ ).

Die gestellte Frage wurde am häufigsten mit „weitgehend“ beantwortet.

### 3.3.3.5 Definition von Rehabilitationszielen

Neben der allgemeinen Einschätzung des Rehabilitationserfolgs und der Zufriedenheit mit der Maßnahme wurden zu Beginn sowohl HPFL als auch Patienten gebeten, konkrete Ziele der Rehabilitation zu nennen. Zum Zeitpunkt der Entlassung und auch in der Nacherhebung erhielten die Befragten die ursprünglich genannten individuellen Ziele noch einmal vorgelegt mit der Bitte, den Grad der Zielerreichung abzuschätzen. Maximal konnten 5 verschiedene Ziele angegeben werden.

Zu dieser Frage wurden die Interviewer explizit gebeten, keine inhaltlichen Vorgaben zu machen, etwa „Sie wollen sicher nach Hause, oder?“. Ziel war es, die originalen Formulierungen der Befragten einzufangen.

- Anzahl der genannten Ziele.

Im Mittel wurden von den Patienten rund 1,9 Ziele genannt, wobei bereits das 3. Quartil bei dem Wert 2 erreicht wurde. D.h., 75% der Patienten nannten lediglich ein oder zwei Rehabilitationsziele.

Die hauptpflegenden Angehörigen der Patienten äußerten sich zu ihren Zielen nur wenig umfangreicher, der Mittelwert lag hier bei 2,1 Nennungen. Das 3. Quartil wurde hier erst bei 3 Nennungen erreicht.

Da die maximale mögliche Nennung von 5 Zielen sowohl bei den Patienten als auch bei den Angehörigen sehr selten erfolgte, wurde die Vorgabe von 5 Zielen für ausreichend angesehen.

Tab. 50 gibt die Einzelheiten der ermittelten Häufigkeiten für beide Personengruppen wieder.

Tab. 50.: Anzahl Nennungen individueller Rehabilitationszielen

Anzahl genannter Ziele	Patienten		Angehörige	
	%	N	%	N
1 Nennung	37,6	336	30,5	167
2 Nennungen	42,1	376	38,9	213
3 Nennungen	16,7	149	22,3	122
4 Nennungen	3,0	27	5,5	30
5 Nennungen	0,7	6	2,9	16
<b>Summe</b>	<b>894</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>548</b>
Median	2,00		2,00	
Mittelwert	1,87		2,12	

- Kategorisierung der genannten Antworten

Die 1.673 Patientennennungen und 1.159 Angehörigennennungen wurden über einen festen Auswertungsalgorithmus in Kategorien unterteilt.

Dieser Algorithmus entstand durch eine immer wiederkehrende visuelle Inspektion der Antworten und anschließender Verfeinerung der verwendeten Regeln. Sie basierten auf der Analyse von Schlüsselwörtern in den gegebenen Antworten und wurde sowohl für Patientennennungen als auch für die Nennung der Angehörigen in gleicher Weise angewendet.

Die Kategorien wurden wie folgt gebildet und in hierarchischer Weise abgearbeitet. Wurde z. B. ein Ziel in die Kategorie Mobilität eingeordnet, so wurde es nicht mehr in die Kategorie Schmerz eingeordnet, auch wenn entsprechende Schlüsselwörter vorkamen.

### 1. Mobilität.

Ziele mit expliziter Nennung von Aspekten der Mobilität.

Schlüsselwörter: Laufen, gehen, mobil, bewegen, beweglich

Beispiele:

Pat: „Dass ich wieder laufen kann“

Pat: „Ich möchte wieder Kraft haben zum Laufen“

Pat: „Möchte wieder sicher laufen können mit Rollator“

HPFL: „Wieder laufen wie vorher“

HPFL: „Mit Rollator einigermaßen gehen können“

HPFL: „Mobilität“

### 2. Schmerz.

Ziele mit expliziter Nennung von Aspekten des Schmerzes.

Schlüsselwörter: Schmerz

Beispiele:

Pat: „Ohne Schmerzen sein“

Pat: „Hüftschmerzen sollen besser sein“

Pat: „Dass die Schmerzen aufhören“

HPFL: „Dass sie schmerzfrei wird“

HPFL: „Schmerzlinderung“

HPFL: „Schmerzfreiheit“

### **3. Wohnung.**

Äußerung des ausdrücklichen Wunsches nach der Rückkehr in das (bisherige) häusliche Umfeld.

Schlüsselwörter: Wohnung, Rückkehr, zu Hause, nach Hause, alleine leben

Beispiele:

Pat: „Möchte wieder nach Hause“

Pat: „Zurück in die Wohnung“

Pat: „Ich wünsche mir, dass meine Gesundheit wieder so hergestellt wird, dass ich wieder gut zu Hause leben kann.“

HPFL: „Dass sie selbständig wieder in ihrer Wohnung leben kann“

HPFL: „So gesund werden, dass sie nach Hause kann“

HPFL: „Selbständiges Leben in der eigenen Wohnung“

### **4. Konkrete Nennung von Körperteilen oder Funktionen.**

Hier werden die Ziele vergleichsweise umgrenzt und konkret geschildert. Sie unterscheiden sich von den meisten anderen Äußerungen, die häufig sehr allgemein gehalten waren.

Schlüsselwörter (Auswahl). Knie, sprechen, Klavier, Rad fahren, stehen, Urin, sehen

Beispiele:

Pat: „Sprechen lernen“

Pat: „Alleiniger Toilettengang“

Pat: „Dass mein Arm wieder wird“

HPFL: „Dass die Mama wieder auf die Beine kommt“

HPFL: „Selbständige Körperpflege“

HPFL: „Fuß soll wieder zuheilen“

### **5. Globalziele.**

Eher unspezifische und allgemeine Nennung von Rehabilitationszielen.

Schlüsselwörter (Auswahl): normal leben, besser geht, zurechtkommen, zu Kräften kommen, Haushalt

Beispiele:

Pat: „Weiterhin fit bleiben“

Pat: „Dass es besser geht“

Pat: „Möchte wieder so werden wie vor dem Krankenhausaufenthalt“

Pat: „Selbständigkeit erreichen“

HPFL: „Dass es ihr wieder besser geht“

HPFL: „Verbesserung des Allgemeinzustandes“

HPFL: „Bewegungsfähigkeit wiederherstellen, so dass eine Pflege nicht notwendig wird“

## 6. Nichtkognitive / psychische Phänomene.

Inhalte, die sich auf das Befinden oder auf die Stimmung beziehen.

Schlüsselwörter (Auswahl): Antrieb, Stimmung, schlafen, Ängste, Vertrauen

Beispiele:

Pat: „Wieder richtig denken“

Pat: „Möchte in Ruhe schlafen können“

Pat: „Wieder fröhlich sein“

HPFL: „Aktiver werden“

HPFL: „Mehr Antrieb“

HPFL: „Krankheitseinsicht entwickeln“

## 7. Ohne Nennung.

Fälle in denen die Auskunft verweigert wurde, nicht gegeben werden konnte oder bei der Zielnennung auf die Angehörigen verwiesen wurde,

Schlüsselwörter (Auswahl): keine Wünsche, wunschlos, keine Angabe, kein Ziel, weiß nicht, wie bei HPFL

Beispiele:

Pat: „Kein Wunsch“

Pat: „Pat. verweigert Aussage“

Pat: „Ich habe keine Ziele“

HPFL: „Keine Ziele“

HPFL: „Keine Vorstellungen“

HPFL: „Ang. verweigert Aussage“

## 8. Sonstige Nennungen.

Restkategorie für Nennungen, die sich in keine der vorgenannten Kategorien zuordnen ließen.

Beispiele:

Pat: „Besserung“

Pat: „Zustand vor Einweisung erreichen“

Pat: „Dass ich weiterhin gute Fortschritte machen“

Pat: „Reduzierung der Häufigkeit des Stuhlgangs“

Pat: „Ich möchte hier weg“

Pat: „Pat. möchte im Freibad den Einstieg ins 50m Becken schaffen“

Pat: „Hilfen zur Verbesserung ihrer Situation“

HPFL: „OP soll Sinn gehabt haben“

HPFL: „Aufbau des AZ“

HPFL: „Ihre Situation soll erleichtert werden“

HPFL: „Pat. soll von sich aus wieder mehr machen“

HPFL: „Verletzungen sollen ausheilen“

HPFL: „Dass man sie wieder ein bisschen aufbaut“

HPFL: „Pat. war immer unabhängig und hat aktiv am gesellschaftlichen Leben teilgenommen. Dies sollte er wieder schaffen“

*Die Häufigkeiten der Zielkategorien sind in den folgenden Tabellen sowohl nach der Reihenfolge der Nennung als auch insgesamt aufgetragen (Tab. 51 und Tab. 52).*

Besondere Bedeutung kommt hierbei der ersten Zielnennung (Spalte Ziel 1) zu, da diese für die Befragten sicherlich die höchste subjektive Bedeutung hatte.

Tab. 51: Von den Patienten genannte Rehabilitationsziele

Ziele der Patienten	Ziel 1 <sup>1</sup>		Ziel 2		Ziel 3		Ziel 4		Ziel 5		Gesamt <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mobilität	435	48,7	175	31,3	41	22,4	5	14,7	0	0	656	39,1
Schmerz	45	5,0	32	5,7	6	3,3	2	5,9	0	0	85	5,1
Wohnung	46	5,1	39	7,0	13	7,1	1	2,9	0	0	99	5,9
Konkret	90	10,1	92	16,5	37	20,2	6	17,6		0	225	13,4
Global	172	19,2	105	18,8	37	20,2	4	11,8	0		318	19,0
Non-kog <sup>3</sup>	7	0,8	8	1,4	8	4,4	1	2,9	2	33,3	26	1,6
Sonstige	54	6,0	108	19,3	41	22,4	15	44,1	4	66,7	222	13,2
Ohne	45	5,0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	2,7
<b>Gesamt</b>	<b>894</b>	<b>100,0</b>	<b>559</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>1676</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>Ziel 1: Häufigkeit, in der eine Zielnennung zur Kategorie an erster Stelle genannt wurde.

<sup>2</sup>Gesamt: Häufigkeit, in der ein Ziel zur Kategorie überhaupt genannt wurde.

<sup>3</sup>Non-kog: nichtkognitive / psychische Phänomene

Tab. 52: Von den HPFL genannte Rehabilitationsziele

Ziele der HPFL	Ziel 1 <sup>1</sup>		Ziel 2		Ziel 3		Ziel 4		Ziel 5		Gesamt <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mobilität	264	48,2	113	29,7	32	19,0	10	21,7	3	18,8	422	36,4
Schmerz	7	1,3	16	4,2	2	1,2	1	2,2	1	6,3	27	2,3
Wohnung	27	4,9	19	5,0	5	3,0	1	2,2	0	0	52	4,5
Konkret	66	12,0	66	17,3	38	22,6	11	23,9	4	25,0	185	16,0
Global	123	22,4	66	17,3	32	19,0	5	10,9	1	6,3	227	19,6
Non-kog <sup>3</sup>	17	3,1	12	3,1	15	8,9	2	4,3	1	6,3	47	4,1
Sonstige	36	6,6	88	23,1	44	26,2	16	34,8	6	37,5	190	16,4
Ohne	8	1,5	1	0,3	0	0	0	0	0	0	9	0,8
<b>Gesamt</b>	<b>548</b>	<b>100,0</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>1159</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>Ziel 1: Häufigkeit, in der eine Zielnennung zur Kategorie an erster Stelle genannt wurde.

<sup>2</sup>Gesamt: Häufigkeit, in der ein Ziel zur Kategorie überhaupt genannt wurde.

<sup>3</sup>Non-kog: nichtkognitive / psychische Phänomene

Mit weitem Abstand vor allen anderen Zielen wurde sowohl von Angehörigen wie auch den HPFL die Mobilität als Rehabilitationsziel genannt. In knapp der Hälfte der Fälle wurde dies als erstes Ziel genannt. An zweithäufigster Stelle wurden die Ziele eher global und allgemein formuliert, was sowohl für die Patienten als auch die HPFL in gleicher Weise zutraf.

Nur zu rund 10-13% wurden Ziele von den Patienten konkret auf Körperteile oder Funktionen bezogen, die Angehörigen unterschieden sich hierin kaum (12-16%).

Überraschend wenig häufig wurde die Rückkehr in die eigene Wohnung explizit als Ziel formuliert, hier lagen die Prozentzahlen um die 5%.

#### - Grad der Zielerreichung

Wie bereits bei der Beurteilung der Rehabilitation insgesamt wurde auch der Grad der Zielerreichung der einzelnen und selbst formulierten Ziele anhand einer 5-stufigen Skala abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten wurden mit vollständig (1) – weit-

gehend (2) – teils/teils (3) – kaum (4) – gar nicht (5) vorgegeben, die Ergebnisse in Tab. 53 aufgeführt.

*Tab. 53: Einschätzung des Zielerreichungsgrads von Patienten und HPFL zum Zeitpunkt der Entlassung und in der Nacherhebung*

Grad der Zielerreichung	Patient		HPFL	
	Entl.	FU	Entl.	FU
1. Nennung	2,42	2,34	2,63	2,56
2. Nennung	2,45	2,31	2,78	2,70
3. Nennung	2,44	2,23	2,84	2,88
4. Nennung	2,44	2,41	3,0	2,80
5. Nennung	2,50	1,83	3,62	2,73
<b>Gemittelt</b>	<b>2,45</b>	<b>2,36</b>	<b>2,69</b>	<b>2,64</b>

Zu den der Berechnung zugrunde liegenden Fallzahlen siehe Tab. 50

Die maximal 5 Nennungen korrelierten insgesamt hochsignifikant miteinander und erreichten eine Stärke von 0,5 bis 0,6 (nichtparametrische Korrelation n. Spearman). Analoges gilt für die Korrelation der gemittelten Zielbewertung der Patienten ( $r=,472$ ,  $p<.01$ ; Korrelation nach Spearman) und der HPFL ( $r=,538$ ;  $p<.01$ ; Korrelation nach Spearman).

Inhaltlich weist die Bewertung der Zielerreichung nur wenig Varianz auf und liegt, semantisch ausgedrückt, zwischen „weitgehend“ und „teils/teils“.

Wie bereits bei den Globalzielen, schätzen die HPFL den Grad der Zielerreichung geringfügig kritischer ein, unterschieden sich in ihrer Bewertung zum Entlassungszeitpunkt ebenso wie die Patienten praktisch nicht vom Nacherhebungszeitpunkt. Hier gab es also keine großen Überraschungen, die zu einer veränderten Bewertung der Rehabilitationsziele führen.

Wenn Ziele konkret formuliert werden, so müsste der Grad der Zielerreichung leichter einzuschätzen sein, als wenn die Formulierung nur allgemein gehalten wird.

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden die Einschätzungen nach ihrem Inhalt zusammengefasst und ausgewertet. Dabei ist zu beachten, dass einige der festgelegten Kategorien nur selten genannt wurden und deshalb nur eingeschränkt interpretiert werden können.

Tab. 54 gibt Auskunft über die ermittelten Kennwerte, die aus einer Mittelwertsbildung aller Ziele gebildet wurden. D. h., alle getroffenen Zielbewertungen wurden mit berücksichtigt.

*Tab. 54: Bewertung der Zielerreichung in Abhängigkeit von der Zielkategorie*

Ziel-Kategorie	Patient				HPFL			
	Mittelwert		N		Mittelwert		N	
	Entl.	Fu	Entl.	FU	Entl.	FU	Entl.	FU
Mobilität	2,44	2,37	513	408	2,64	2,62	298	234
Schmerz	2,89	2,58	77	62	2,91	2,60	23	20
Wohnung	1,82	1,97	81	72	2,61	2,38	41	32
Konkret	2,70	2,44	175	128	3,03	3,13	123	90
Global	2,28	2,27	238	203	2,64	2,70	169	136
Non-kog	2,15	2,41	23	21	2,89	2,50	35	32
Sonstig	2,48	2,52	154	131	2,42	2,95	116	102

Auch hier hängen die Bewertungen zwischen dem Entlassungszeitpunkt und der Nacherhebung eng zusammen. Das Rehabilitationsziel „Wohnung“ erfuhr von den Patienten die günstigste Bewertung, während die Kategorie „Schmerz“ am kritischsten eingeschätzt wurde (vgl. Abb. 31 und Abb. 32).

Zwischen den konkret formulierten und den global formulierten Zielen ergab sich ein allenfalls geringer Unterschied zugunsten der letzteren Kategorie. Bei den HPFL schnitten die Ziele der Kategorie „konkret“ in der Bewertung am ungünstigsten ab, jedoch lagen hier die Bewertungen insgesamt zu eng beieinander, als dass dieser Wert inhaltlich interpretiert werden kann.

Eine alternative Betrachtung der Ziele besteht darin, nur das erstgenannte Ziel als vermutlich wichtigstes Ziel der Befragten nach Kategorien eingeteilt zu analysieren. Der Vorteil liegt hier vor allem darin, die Abstufungen der Einzelantworten anschaulich darstellen zu können. Die geschieht für die Gruppe der Patienten in den Abb. 31 und Abb. 32 und für die HPFL in Abb. 33 und Abb. 34.

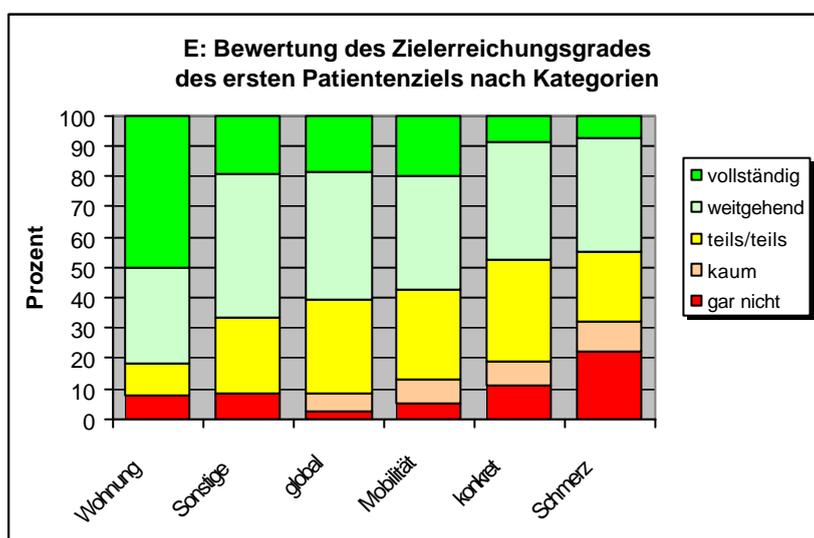


Abb. 31: Einschätzung der Zielerreichung des ersten Ziels zum Entlasszeitpunkt durch die Patienten

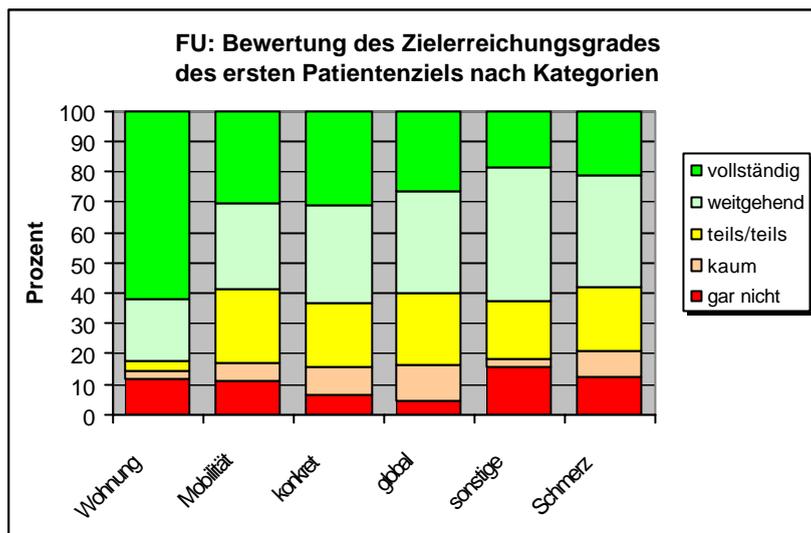
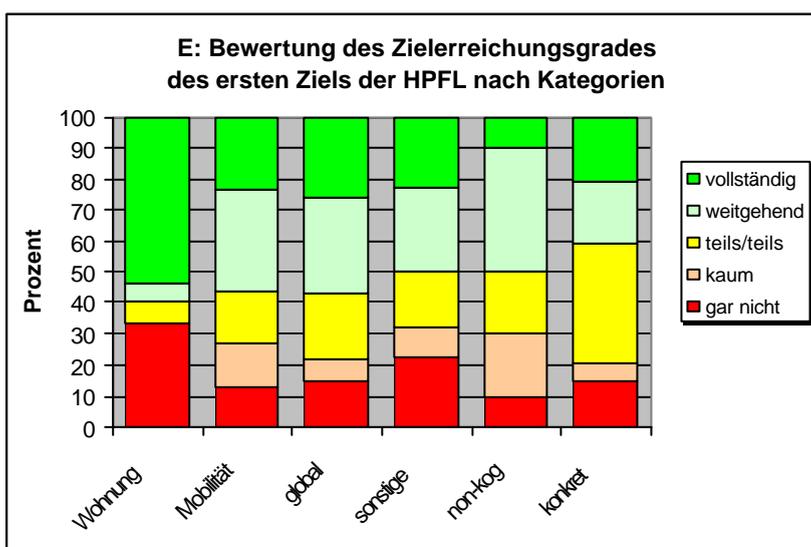


Abb. 32: Einschätzung der Zielerreichung des ersten Ziels nach 6 Monaten durch die Patienten

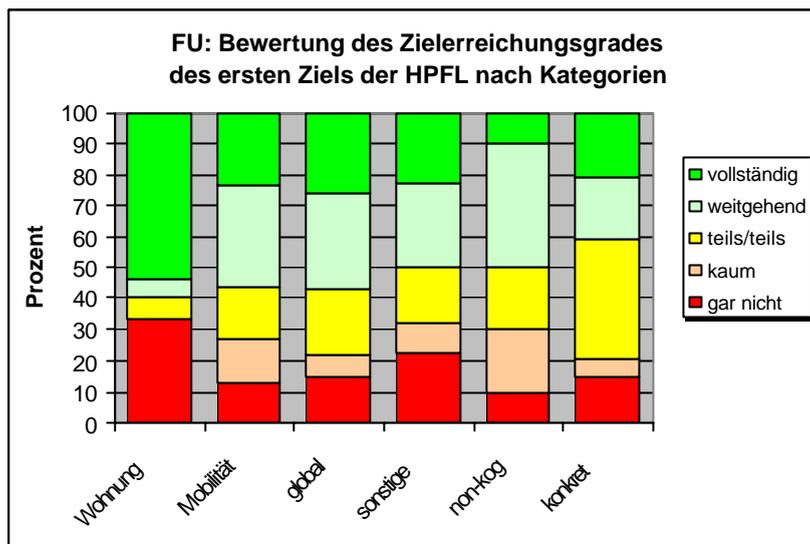
Im Bereich des Rehaziels „Wohnung“ kam es zu einer Polarisierung, die durchaus plausibel ist: Entweder man schafft die Rückkehr in das Wohnumfeld oder nicht. Bei den übrigen Kategorien waren die Bewertungen „weitgehend“ und „teils/teils“ häufig anzutreffen. Auch dies ist plausibel, da eine absolut vollständige Behebung der gesundheitlichen Probleme bei hochaltrigen multimorbiden Patienten nur partiell möglich ist. Auch hier zeigte sich ein insgesamt nur kleiner Teil, die angeben, die Ziele seien „gar nicht“ erreicht worden.

Bezüglich der HPFL ergab sich ein ähnliches Bild, wobei die Polarisierung in der Kategorie „Wohnung“ dort noch stärker ausgeprägt war. Der Anteil der Einschätzungen „gar nicht“ macht hier knapp ein Drittel der Bewertungen aus.



Die Kategorie „Schmerz“ wurde aufgrund ihrer geringen Besetzung ausgeschlossen. Die Kategorie non-kog ist mit N=14 nur gering besetzt.

Abb. 33: Einschätzung der Zielerreichung zum Entlassungszeitpunkt durch die HPFL



Die Kategorie „Schmerz“ wurde aufgrund ihrer geringen Besetzung ausgeschlossen. Die Kategorie non-Kog ist mit N=10 nur gering besetzt.

*Abb. 34: Einschätzung der Zielerreichung nach 6 Monaten durch die HPFL*

#### - Zusammenfassung

Patienten und HPFL nannten nur wenige (im Schnitt 2) verschiedene Rehabilitationsziele. Eine überragende Bedeutung gewann dabei vor allem der Aspekt der Mobilität. Die Ziele wurden von den Betroffenen überwiegend sehr allgemein formuliert und unterscheiden sich damit sicherlich von der Zieldefinition anderer Patientengruppen. Die Tendenz zu einer eher allgemeinen Zielformulierung traf sowohl für die HPFL als auch für die Patienten zu und entspricht dem Bild multimorbider Patienten. Hier geht es eben nicht um die vollständige Wiederherstellung einer bestimmten Funktion, sondern es bestehen vielfältige Einschränkungen, die durch die Rehabilitation insgesamt gebessert werden sollen.

Die Zielbewertung fiel in Abhängigkeit von den Zielkategorien durchaus unterschiedlich aus. Die Zielkategorie „Wohnung“ führte zu einer Polarisierung, weil diese vermutlich einfach zu objektivieren ist. Ein deutlicher Unterschied zwischen der Zielkategorie „konkret“ und der Kategorie „global“ ließ sich in den ermittelten Daten nicht erkennen, allerdings bewerten die HPFL die Zielerreichung hier am kritischsten.

Die Bewertungen zwischen der Befragung zum Entlassungszeitpunkt und in der Nacherhebung unterschieden sich kaum und können auch als Hinweis für eine günstige Stabilität der erreichten Fortschritte zumindest bei den erfolgreich befragten Personen verstanden werden.

#### 3.3.3.6 Frei formulierte Äußerungen am Ende der Befragung

In der Nacherhebung wurde Patienten wie Angehörigen die Möglichkeit gegeben, in offenen Frage Wünsche zur Verbesserung der Situation zu äußern sowie Bemerkungen oder Verbesserungsvorschläge zur Rehabilitation zu machen.

**„Gibt es etwas, was Sie sich wünschen würden und was zu einer Verbesserung ihrer Situation beitragen könnte?“**

Die von 491 Patienten dokumentierten Äußerungen bezogen sich überwiegend auf das Bekunden von Zufriedenheit (z.B. „sehr zufrieden“, „wenn alles so bleibt bin ich zufrieden“, „wunschlos glücklich“) oder mehr oder weniger konkret auf die Verbesserung der Gesundheit („zwei neue Beine“, „wieder Laufen können“, „Gelenkschmerzen sollen besser werden“, „würde gerne wieder Auto fahren“).

Im Zusammenhang mit dieser Studie interessierten hier jedoch vor allem Wünsche bezüglich der rehabilitativen Behandlung oder der poststationären Versorgung.

Sieben Äußerungen bezogen sich auf den Wunsch nach Einstufung oder Höherstufung der Pflegestufe, 14 Patienten wünschten sich mehr ambulante Therapien in der poststationären Versorgung, 2 davon eine Kurmaßnahme. 4 Äußerungen bezogen sich auf die Rehabilitation und den Wunsch, dass diese länger gedauert hätte.

Ähnlich wie bei der Frage nach den Therapiezielen zeigte sich also, dass die Äußerungen der Patienten meist sehr allgemein gehalten sind und nur vereinzelt (operationalisierbare) Konkretisierungen enthalten.

Bei den dokumentierten Äußerungen von 279 hauptpflegenden Angehörigen war zumindest in der Tendenz ein konkreterer Bezug zur poststationären Versorgung erkennbar.

17 Äußerungen bezogen sich auf Wünsche nach einer Verbesserung ambulanter Therapiemaßnahmen. Daneben wurde der Wunsch nach einer günstigeren Pflegeeinstufung oder breiteren Übernahme von Pflegeleistungen geäußert (16 Angehörige) – ergänzt durch 5 Fälle, in denen der mangelnde finanzielle Spielraum thematisiert wurde.

Der Wunsch nach Urlaub wurde in 8 Fällen geäußert, gleich häufig der Wunsch nach zusätzlicher Unterstützung. Andere Äußerungen bezogen sich auf Hilfsmittel (5 Äußerungen), Wohnungsanpassung/Wohnungswechsel (6 Äußerungen) oder die Rehabilitation selbst (2 Äußerungen).

**„Möchten Sie noch irgendwelche anderen Bemerkungen oder Verbesserungsvorschläge zur Rehabilitation machen?“**

Diese Frage bezog sich explizit auf die Rehabilitation und wurde von den Befragten auch entsprechend so beantwortet.

Sowohl Patienten als auch HPFL äußerten sich hierin zu einem Großteil positiv über die Rehabilitation. Die Äußerungen spiegeln insgesamt die positive Einschätzung der Rehabilitation wieder, wie sie bei der Frage nach der Zufriedenheit der Reha bereits abgegeben wurde.

Die Auswertung konzentrierte sich auf die kritischen Äußerungen, da aus ihnen am ehesten Anregungen zu einer Verbesserung der Situation gewonnen werden können.

Nach Durchsicht der Äußerungen wurde diese wie folgt klassifiziert:

**Hotel** – Äußerungen zum Essen, zur Zimmer- und allgemeinen Ausstattung der Klinik. Beispiele: „Frühstück zu spät“, „nicht so viel Gemüse auf dem Speiseplan“, „im Speisesaal sei ihr der Appetit vergangen“, „Uhr im Zimmer zu laut“, „Zimmer zu eng“.

**Behandlung** – Anmerkungen zu verschiedenen Aspekten der Behandlung selbst. Beispiele: „Therapeutin hat ihn öfter überfordert, Gedächtnistraining war sehr schön, obwohl nicht nötig“, „zu sanft, Pat. wurde nicht stark genug gefördert“, „wurde zu wenig mit Pat. gemacht, Angebot aufs Nötigste reduziert, kein Gedächtnistraining, Aktivierung“, „pfl. Kompetenz fehlt“, „mehr KG“, „mehr Kontinuität mehr Zugeständnisse“, „mehr Therapien“, „ist mit Reha nicht zufrieden“.

**Organisation** – Kritikpunkte an der Organisation der Therapien. Beispiele: „mehr Anwendungen über den Tag verteilt, Intensität steigern“, „effektivere Anwendungen zu viel freie Tage“, „Überschneidungen bei Therapiezeiten“, „war alles ganz gut Warterei im Therapiebereich war nervig“, „Logopädie hat zu spät begonnen“, „durch Feiertage zu große Pausen“.

**Personal** – Anmerkungen zum Personal, die häufig auch auf einzelne Personen bezogen, aber auch einen generellen Mangel an Personal beklagten. Beispiele: „unfreundliche Schwester anderes Personal sehr gut“, „zu wenig Personal“, „Pflegepersonal müsste mehr Zeit haben“.

**Dauer** – Äußerungen dass die Behandlung zu kurz gewesen sei und eine längere Rehabilitation positiv. Beispiele: „3 Wochen waren zu kurz, indiv. Betreuung war gut“, „Reha sollte länger dauern“, „Reha müsste für ältere Pat. länger dauern, da Ältere länger brauchen, um fit zu werden“.

**Info** – Äußerungen, in denen eine zu geringe Aufklärung beklagt wurde. Beispiele: „Pflege war sehr gut, hätte nur eine bessere Vorbereitung auf zu Hause gewünscht, jemand, der mit mir die Pflege durchgesprochen hätte“, „Ärzte hätten sich mehr Zeit nehmen sollen“, „Diagnosen wurden mir nicht mitgeteilt, darauf hätte ich großen Wert gelegt“, „Aufklärung wg. Hüft-Op, auf was man achten muss“.

Von den 393 Äußerungen der Patienten wurden 94 in eine der o.g. Kategorien zugeordnet. Davon bezogen sich 39 auf die Behandlung und 31 auf Hotelleistungen. Die Organisation wurde in 9 Fällen für verbesserungswürdig gehalten, in 7 Fällen das Personalangebot.

Lediglich 4 Patienten empfanden die Rehabilitation als zu kurz, 4 Patienten wären gerne besser informiert gewesen. Die übrigen Äußerungen waren entweder positiv oder auf die Verbesserung der persönlichen Gesundheit bezogen.

Bei den HPFL sind ähnliche Ergebnisse festzustellen. Von 249 Bemerkungen wurden 80 einer der o.g. Kategorien zugeordnet, von den sich jedoch nur 16 auf die Hotelleistungen bezogen und 39 auf die Behandlung sowie 8 auf den organisatorischen Ablauf. In die Kategorie Personal fielen 7 Bemerkungen.

Eine zu kurze Dauer der Rehabilitation wurde in 6 Fällen angemerkt, während 4 HPFL das Problem der Aufklärung anführten (vgl. Tab. .

Tab. 55: Kritische Äußerungen von Patienten und HPFL am Ende der Befragung

Kategorie	Patient		HPFL	
	N	%	N	%
Hotel	31	33,0	16	20,0
Behandlung	39	41,5	39	48,8
Organisation	9	9,6	8	10,0
Personal	7	7,4	7	8,8
Dauer	4	4,3	6	7,5
Info	4	4,3	4	5,0
<b>Gesamt</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

Welche Schlüsse können nun aus den freitextlich festgehaltenen Äußerungen gezogen werden?

Die Rehabilitation wurde insgesamt von den Befragten überwiegend als sehr positiv eingeschätzt. Obwohl eine Personalknappheit als solche kaum ausdrücklich wahrgenommen und nur vereinzelt angemerkt wurde, dass eine längere Rehabilitationsdauer günstig gewesen wäre, so wurde doch immer wieder der Wunsch nach einer höheren Therapieintensität geäußert.

Empfindlich reagierten die Befragten auf Probleme in der Koordination von Therapiemaßnahmen, wenn diese mit Wartezeiten, Überschneidungen oder Leerläufen verbunden waren. Daneben hatten die Hotelleistungen vor allem für die Patienten selbst in ihrer Wahrnehmung eine große Bedeutung.

Positive wie negative Äußerungen bezogen sich auf alle Berufsgruppen – daraus wird deutlich, dass der in der geriatrischen Rehabilitation angewandte multidisziplinäre Ansatz bei den Betroffenen auch als solcher wahrgenommen wird.

In der poststationären Versorgung wurde die Verfügbarkeit ambulanter Therapien von den HPFL als kritischer Punkt betrachtet, obwohl über die Hälfte der Patienten ambulante Therapiemaßnahmen erhielten.

Das zweite Hauptthema bezog sich auf die Pflegeeinstufung. Hier wünschen sich die HPFL eine weniger restriktive Einstufung, breiter aufgestellte Hilfen und mehr Entlassungsmöglichkeiten.

### **3.4 Ergebnisse der verstorbenen Studienteilnehmer**

Stellte sich bei der Kontaktaufnahme anlässlich der Nacherhebung heraus, dass der Patient zwischenzeitlich verstorben war, so wurde mit den hinterbliebenen HPFL ein telefonisches Kurzinterview durchgeführt. Das Ziel dabei lag darin, Aufschluss über Todeszeitpunkt, -ursache und -ort zu gewinnen. Daneben wurde gefragt, was sich die HPFL in der letzten Lebensphase des Patienten noch gewünscht hätten.

### 3.4.1 Todeszeitpunkt

Der Todeszeitpunkt konnte im Fragebogen als Datum, als Angabe in Wochen nach Reha-Ende oder als ungefährender Zeitpunkt (Anfang/Mitte/Ende eines Monats) angegeben werden. Daraus wurde der Todeszeitpunkt in Wochen nach Rehabilitation sende geschätzt. Wie bereits bei der Berechnung der Krankenhausaufenthalte, wurde in Ermangelung des tatsächlichen Entlassungsdatums stets der 1. des Entlassungsmonats angenommen. Andernfalls wäre es auch zu negativen Zeitangaben gekommen.

Dies bedeutet, dass der tatsächliche Abstand zwischen Entlassung aus der Rehabilitation und dem Todeszeitpunkt durch diese Methode um durchschnittliche 2 Wochen überschätzt wird.

Insgesamt zeigte sich allenfalls ein leichter Trend zur Abnahme der Todeshäufigkeit mit zunehmendem Abstand zur Entlassung, wie er in ähnlicher Weise bereits bei der Follow-UP Pilotstudie beobachtet wurde (Schlee et al., 2007, vgl. S. 69). Der Gipfel der Todesfälle wurde in der aktuellen Studie allerdings erst im Zeitraum 6-8 Wochen beobachtet; dies war in der Pilotstudie so nicht beobachtet worden.

Der Todeszeitpunkt lag im Mittel 14 Wochen nach Rehabilitation sende, wobei 25% der Patienten innerhalb der ersten 6-7 Wochen starben. Der Median von 13 Wochen deutet auf eine symmetrische Verteilung hin, das 3. Quartil wurde bei 20 Wochen erreicht. Abb. 35 zeigt die Verteilung der Todesfälle in einem 2-Wochen-Intervall.

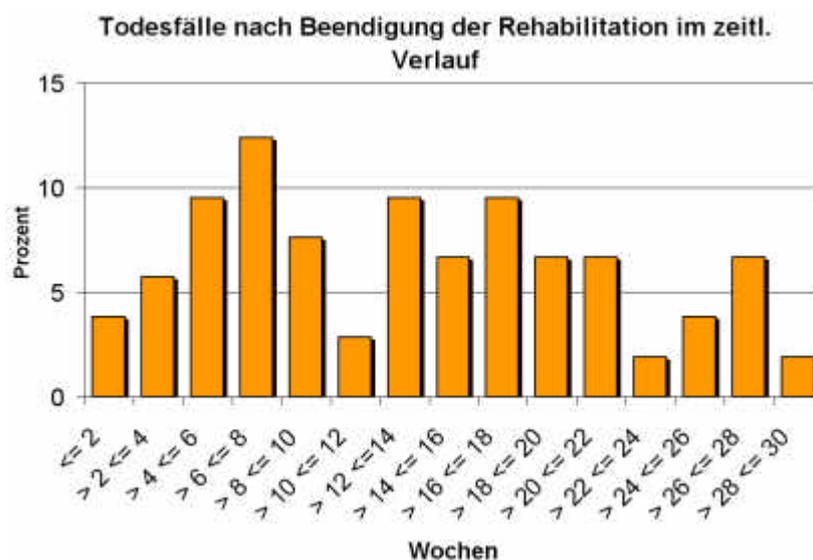


Abb. 35: Häufigkeit der Todesfälle in Abhängigkeit vom Zeitraum nach Entlassung aus der Rehabilitation

### 3.4.2 Todesursache

Ungeachtet dessen, dass die Frage nach einer Todesursache von den hauptpflegenden Angehörigen schwierig zu beantworten ist, wurden diese gebeten, diesbezüglich zumindest eine grobe Einteilung vorzunehmen (vgl. Tab. 56).

Tab. 56: Todesursachen, wie sie von den hinterbliebenen HPFL angegeben wurden

Todesursache	N	%	N*	%*
Ernste unvorhergesehene Neuerkrankung	29	26,4	35	32,4
Verschlimmerung bestehender Erkrankung	65	59,1	70	64,8
Andere Ursache <sup>1</sup>	14	12,7	3	2,8
<b>Summe</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

\*: Häufigkeiten nach Auswertung der sonstigen Angaben und Zuordnung der Antworten soweit möglich nach Neuerkrankung und Verschlimmerung

<sup>1</sup>: An dieser Stelle konnten freitextliche Angaben gemacht werden

Während als Grund für die erneute Krankenhauseinweisung überwiegend Neuerkrankungen angegeben wurden, wurde als Todesursache überwiegend die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung genannt. Dies könnte bedeuten, dass es sich bei den Verstorbenen überwiegend um solche Patienten handelt, bei denen eine Stabilisierung des Gesundheitszustands nicht gelang – hierauf weisen auch der deutlich geringere Selbsthilfefähigkeitsindex dieser Patienten bereits bei Aufnahme in die Rehabilitation, aber auch bei Entlassung hin (s. o.).

### 3.4.3 Ort des Versterbens

Obwohl Patienten immer wieder äußern, am liebsten zu Hause sterben zu wollen, passierte dies in über der Hälfte der Fälle im Krankenhaus (vgl. Tab. 57).

Tab. 57: Ort des Versterbens, wie er von den hinterbliebenen HPFL angegeben wurde

Ort	N	%	N*	%*
Krankenhaus	66	60,6	66	60,6
Zu Hause bzw. Pflegeheim	30	27,5	38	34,9
Woanders	13	11,9	5	4,6
<b>Summe</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

\*: Häufigkeiten nach Auswertung der Angaben zu „Woanders“ und Zuordnung der Antworten soweit möglich nach „Krankenhaus“ und „Zu Hause“

Unter die Restkategorie „Woanders“ verblieben 3 mal Kurzzeitpflege, je einmal Hospiz und Palliativstation.

Hier interessierte besonders, wie dieser Umstand von den Hinterbliebenen retrospektiv bewertet wurde.

### 3.4.4 Bemerkungen der hinterbliebenen hauptpflegenden Angehörigen

In den Bemerkungen der HPFL, in denen Wünsche für die letzte Lebensphase des Patienten geäußert werden konnten, wurde der Versterbeort nur in 2 Fällen thematisiert.

Insgesamt wurden hier 54 Äußerungen dokumentiert. Neben der Zufriedenheit mit dem als friedlich empfundenen Sterben und dem Akzeptieren-könnens bezogen sich 6 Aussagen (positiv wie negativ) auf Aspekte des Informiert-werdens.

Beispiele:

„Gut war die Beratung zu lebensverlängernden Maßnahmen“, „gut war, dass die Verstorbene noch einen Tag im Zimmer bleiben konnten zum Verabschieden“, „möglichst wahre Auskünfte, ehrliche Aussagen über die ernste Prognose war zum Schluss sehr hilfreich“, „KH hätte besser informieren können“.

Weitere Beispiele aus den Äußerungen der HPFL:

- „Meine Mutter war immer gut versorgt und hat ein schönes Alter erreicht“
- „Die Angestellten und der Pflegedienst haben versucht, den letzten Tag so angenehm wie möglich zu machen“
- „Nein, die Mama hat bis zum Ende ein schönes Leben gehabt“
- „Pat. konnte friedlich in guter Atmosphäre einschlafen“
- „Persönliche Zuwendung und angenehme Atmosphäre erleichterten das Abschiednehmen“
- „Mutter hatte mit dem Leben abgeschlossen, wollte sterben und bekam keine Hilfe“

Die Äußerungen zeigten insgesamt breite Akzeptanz für die Tatsache und der Umstände des Versterbens der hochaltrigen Patienten. Als bedeutsam wurde dabei eine angemessene Atmosphäre und ein rechtzeitiges Informiertwerden angesehen.

### **3.5 Analyse ausgewählter Fragestellungen**

#### **3.5.1 Eine einfache Kostenkalkulation**

Eine geriatrische Rehabilitation sollte stets erfolgen, wenn dadurch eine gesundheitliche Verbesserung und eine Zunahme an Lebensqualität erreicht werden kann oder bzw. zumindest begründete Hoffnungen hierauf bestehen.

Sie kann auch dann sinnvoll gewesen sein, wenn nur eine kleine Verbesserung bezüglich Mobilität oder Selbsthilfefähigkeit erreicht wurde. Denn kleine Verbesserungen können oftmals einen großen Einfluss auf Lebensqualität und Versorgungssituation haben.

Die monetäre Berechnung der Effektivität geriatrischer Rehabilitation ist ethisch fragwürdig und in praxi methodisch kaum möglich. Schließlich kann man einen Zuwachs an Lebensqualität nur schwer in Euro ausdrücken, die Bildung von Kontrollgruppen (also Patienten, die einer geriatrischen Rehabilitation bedürfen, aber nicht behandelt werden) ist ethisch nicht zu vertreten.

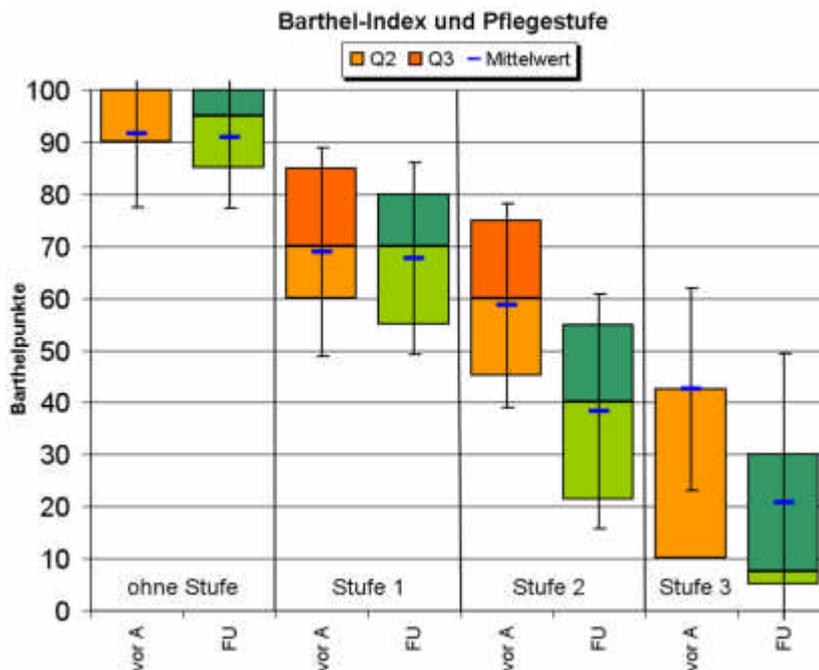
Andererseits werden die Kosten des Gesundheitssystems gesellschaftlich immer häufiger diskutiert, woraus mitunter auch ein Rechtfertigungsdruck medizinischer Maßnahmen entstehen kann.

Die hier vorliegende Studie bietet die Gelegenheit, den Gesundheitszustand der geriatrischen Patienten längsschnittlich vor dem Ereignis, während der Behandlung und im Verlauf nach Entlassung aus der Klinik abzubilden und über relevante Variablen für die Durchführung von Kostenkalkulationen zu verfügen.

Grundlage des unten durchgeführten Rechenmodells ist der empirisch ermittelte Zusammenhang zwischen dem Selbsthilfefähigkeitsindex (Barthel) und der zugewiesenen Pflegestufe. Dieser liegt zu zwei Zeiten relativer Stabilität vor, nämlich vor Auf-

nahme in die Rehabilitation und im 6-Monats-Intervall nach Abschluss der Behandlung. Mit ihm lassen sich die Pflegeeinstufungen und ihre entsprechenden Kosten zu Beginn der Rehabilitation in einem Modell berechnen.

Die folgende Abb. 36 stellt zunächst den Zusammenhang zwischen der zugewiesenen Pflegestufe und der Selbsthilfefähigkeit (gemessen am Barthel-Index) her. Da Pflegestufen in Abhängigkeit vom Bedarf an täglicher Hilfe bei der Körperpflege vergeben werden, ist der dort feststellbare deutliche Zusammenhang gänzlich plausibel. Die zugehörigen Zahlenwerte sind in Tab. 58 aufgeführt.



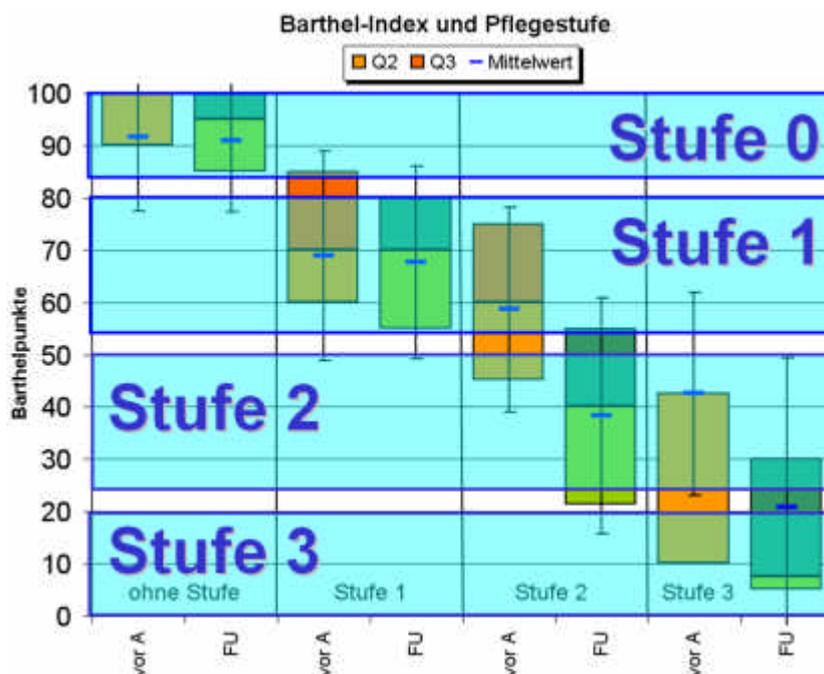
Anmerkung: Die Zahlen für die Stufe 3 sind mit (N=3 vor Aufnahme und N=14 zum Follow-Up-Zeitpunkt) sehr gering

Abb. 36: Barthel-Index in Abhängigkeit von der Pflegestufe vor Aufnahme und in der Nacherhebung

Tab. 58: Zentrale Kennwerte des Barthel-Index in Abhängigkeit von der Pflegestufe vor Aufnahme und in der Nacherhebung

Erhebungszeitpunkt	Mittelwert	Q1	Median	Q3	S	N
<b>Pflegestufe 0</b>						
Vor Aufnahme	91,56	90	100	100	14,04	703
Follow-Up	90,87	85	95	100	13,66	367
<b>Pflegestufe 1</b>						
Vor Aufnahme	68,89	60	70	85	19,99	184
Follow-Up	67,62	55	70	80	18,47	233
<b>Pflegestufe 2</b>						
Vor Aufnahme	58,60	45	60	75	19,66	57
Follow-Up	38,28	21,3	40	55	22,49	128
<b>Pflegestufe 3</b>						
Vor Aufnahme	42,50	10	42,5	42,5	19,40	2
Follow-Up	20,71	5	7,5	30	28,75	14

Aufgrund der visuellen Inspektion der Verteilung lässt sich im Umkehrschluss feststellen, bei welchen Barthelwerten welche Pflegestufe als wahrscheinlich erachtet werden kann. Dies geschieht in Abb. 37. Die Zuordnung zu Stufe 2 wurde dabei durch die recht heterogene Verteilung der Werte erschwert. Da die Werte zum Follow-Up-Zeitpunkt mit N=128 auf einer größeren Fallzahl beruhen als die Werte vor Aufnahme (N=57), wurden diese in der Zuordnung stärker berücksichtigt.



Die Zahlen für die Stufe 3 sind mit (N=3 vor Aufnahme und N=14 zum Follow-Up-Zeitpunkt) sehr gering.

Die blau markierten Bereiche geben die den jeweiligen Pflegestufen zugeordneten Barthelsummenbereiche an. Der Stufe 0 wird ein Barthel-Index von 85-100 Punkte zugeordnet, der Stufe 1 ein Bereich von 55 bis 80 Punkte, der Stufe 2 die Spanne von 25 bis 50 Punkte und der Stufe 3 ein Wert kleiner gleich 20 Punkte.

Abb. 37: Zuordnung von Barthel-Bereichen zu Pflegestufen

Aus der Zuordnung der ermittelten Barthelbereiche zu Pflegestufen kann nun eine Schätzung vorgenommen werden, welche Pflegestufen sich zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik und bei Entlassung aus der Rehabilitation ergeben würden.

Dabei wird angenommen, dass sich Patienten, die in die geriatrische Rehabilitation aufgenommen werden, ohne Behandlung in ihrer Pflegedürftigkeit nicht verändern. Tatsächlich werden bettlägrige geriatrische Patienten ohne Behandlung sehr rasch immobil und verschlechtern sich in ihrer Selbsthilfefähigkeit. Andererseits sind Fälle mit Spontanremissionen auch nicht gänzlich auszuschließen, wenn auch nur selten zu erwarten.

Nicht berücksichtigt in der Kalkulation sind Fälle, in denen die Pflegestufe nicht aufgrund von Einschränkungen der Selbsthilfefähigkeit zugewiesen wurde, sondern aufgrund von massiven kognitiven Einschränkungen. Beispiel: Patient könnte sich zwar theoretisch waschen, tut dies jedoch nur noch mit kontinuierlicher Aufforderung und Anleitung. Solche schwer betroffenen Patienten finden sich in dem untersuchten Kollektiv praktisch nicht.

In Tab. 59 wird die Schätzung der Pflegestufen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten dargestellt und ergänzt mit den Beträgen, wie sie sie unter der vereinfachten Annahme ergeben würden, dass alle Patienten von der Pflegeversicherung lediglich Geldleistung in Anspruch nehmen.

*Tab. 59: Schätzung von Kosten der Pflegeversicherung zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten unter der Annahme, dass alle Patienten ausschließlich Geldleistung erhalten (für 100 Patienten)*

Pfleigestufe <sup>1</sup>	bei Aufnahme		bei Entlassung		Follow-Up		Geldleistung Kosten
	%	Betrag	%	Betrag	%	Betrag	
Stufe 0	4,80	0,00 €	37,20	0,00 €	48,00	0,00 €	0,00 €
Stufe 1	23,10	5.197,50 €	37,80	8.505,00 €	30,90	6.952,50 €	225,00 €
Stufe 2	53,70	23.091,00 €	17,10	7.353,00 €	14,40	6.192,00 €	430,00 €
Stufe 3	18,30	12.535,50 €	8,00	5.480,00 €	6,70	4.589,50 €	685,00 €
Im Monat	99,90	40.824,00 €	100,10	21.338,00 €	100,00	17.734,00 €	
Prozent		100,00%		52,27%		43,44%	

<sup>1</sup>: Geschätzte Pflegestufe anhand von Barthelsummen (Stufe 0: 85-100 Punkte, Stufe 1: 55-80 Punkte, Stufe 2: 25-50 Punkte, Stufe 3: 0-20 Punkte)

Es errechnet sich, dass die geschätzten Pflegekosten bei Entlassung aus der Rehabilitation gegenüber der Aufnahmesituation auf rund 53% nahezu halbiert werden. Dabei ist einzuwenden, dass die Annahme, dass alle Patienten unabhängig von ihrer Pflegestufe lediglich Geldleistung erhalten, nicht realistisch ist und die Schätzung möglicherweise verfälscht.

So hängt die Höhe des Pflegegeldes nicht nur von der Pflegestufe selbst, sondern auch von der Art der Leistung (Geldleistung/Kombinationsleistung/Sachleistung) und der Unterbringungsart ab (häusliche Umgebung vs. Pflegeheim).

Welche Leistungsart die Befragten in Anspruch nahmen, wurde oben in Tab. 28 aufgeführt. Diese Angaben bilden die Grundlage der Berechnung einer durchschnittlichen Leistungshöhe, wie sie in Tab. 60 vorgenommen wird.

*Tab. 60: Art der in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung nach Auskunft der Befragten und Berechnung einer durchschnittlichen Leistungshöhe*

		Geldl.	Kombl.	Sachl.	PH	Betrag
Stufe 1	Aufnahme	51,4 %	11,0 %	24,9%	12,7%	391,71 €
	Follow-Up	36,6 %	12,8 %	25,1 %	25,5 %	496,22 €
Stufe 2	Aufnahme	36,8 %	35,1 %	19,3 %	8,8 %	729,50 €
	Follow-Up	20,6 %	27,5 %	20,6 %	31,3 %	905,50 €
Stufe 3	Aufnahme	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	1.510,00 €
	Follow-Up	23,1 %	23,1 %	7,7 %	46,2 %	225,65 €

Der Betragsberechnung liegen die am 01.01.2010 gültigen Sätze der Pflegeversicherung zugrunde: Stufe 1: 225,00 € Geldleistung, 440,00 € Sachleistung, 1.023,00 € bei Heimunterbringung; Stufe 2: 430,00 € Geldleistung, 1.040,00 € Sachleistung, 1.279,00 € bei Heimunterbringung; Stufe 3: 685,00 € Geldleistung, 1.510,00 € Sachleistung, 1.510,00 € bei Heimunterbringung  
Zahlen aus: <http://www.medizininfo.de/pflege/versicherung/leistungen.html>

Die Leistungshöhe bei Kombinationsleistung wurde durch einen Mittelwert zwischen Geldleistung und Sachleistung gebildet.

Patienten der Kurzzeitpflege aus Tab. 28 wurden aus Vereinfachungsgründen der Kategorie Geldleistung zugeordnet.

Mit den ermittelten Werten konnte die Kostenschätzung aus Tab. 59 verfeinert und realen Verhältnissen angenähert werden. Dies geschieht in Tab. 61.

Tab. 61: Schätzung von Kosten der Pflegeversicherung zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten unter Verwendung empirisch ermittelter Kombinationskosten (für 100 Patienten)

Pflegestufe <sup>1</sup>	bei Aufnahme		bei Entlassung		Follow-Up		kombinierte Kosten
	%	Betrag	%	Betrag	%	Betrag	
Stufe 0	4,80	0,00 €	37,20	0,00 €	48,00	0,00 €	0,00 €
Stufe 1	23,10	11.462,68 €	37,80	18.757,12 €	30,90	15.333,20 €	496,22 €
Stufe 2	53,70	48.625,35 €	17,10	15.484,05 €	14,40	13.039,20 €	905,50 €
Stufe 3	18,30	22.429,40 €	8,00	9.805,20 €	6,70	8.211,86 €	1.225,65 €
im Monat	99,90	82.517,43 €	100,10	44.046,37 €	100,00	36.584,25 €	
Prozent		100,00%		53,38 %		44,34 %	

<sup>1</sup>: Geschätzte Pflegestufe anhand von Barthelsummen (Stufe 0: 85-100 Punkte, Stufe 1: 55-80 Punkte, Stufe 2: 25-50 Punkte, Stufe 3: 0-20 Punkte)

Zwar verdoppeln sich nun die geschätzten Kosten der Pflegeversicherung, die prozentuale Reduzierung durch die geriatrische Rehabilitation bleibt jedoch konstant.

In beiden Rechenmodellen reduzieren sich die Kosten zum Nacherhebungszeitpunkt noch einmal deutlich. Dies liegt vor allem an den verstorbenen Patienten und den wenigen Abbrechern. D.h. diejenigen Patienten mit hoher Pflegestufe versterben in dem Zeitraum des ersten halben Jahres nach Entlassung aus der Rehabilitation mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als diejenigen mit geringerer Pflegestufe. Würde man nur die Überlebenden und erfolgreich befragten Patienten betrachten, so ergäben sich bei Entlassung nur noch Kosten von 45,09% gegenüber der Aufnahme und in der Nacherhebung praktisch konstante Werte (46,11%).

Insgesamt zeigen also die Schätzungen, dass die monatliche Belastung der Pflegeversicherung durch die Rehabilitation in etwa halbiert wird. Eine Aussage darüber, welche langfristigen Folgen sich daraus ergeben, kann nicht getroffen werden, da hierfür echte Kontrollgruppen notwendig wären. Wie bereits angeführt, sind diese jedoch aus ethischen Gründen nicht denkbar.

Ergänzend ist zu bemerken, dass es sich bei ausgewählten geriatrischer Patienten um solche handelt, deren Verbesserungspotential von Fachleuten positiv eingeschätzt wurde und deren Antragsverfahren (ggf. mit eingelegtem Widerspruch) erfolgreich durchlaufen wurde. Unbeantwortet bleibt die Frage, welche (möglicherweise auch positiven) Auswirkungen eine weniger restriktive Handhabung von GRB-Antragsverfahren auf einen solchen Kostenvergleich haben könnte.

### 3.5.2 Einflussfaktoren auf den Grad der Belastung der hauptpflegenden Angehörigen

Die Auswertung der häuslichen Pflegeskala (HPS) hatte ergeben, dass die Belastung der HPFL zwar insgesamt erfreulich gering war, jedoch durchaus ein nennenswerter

Anteil von HPFL als zumindest mittelgradig belastet zu bezeichnen ist. Im Folgenden wird der HPS-Summenscore zum Follow-Up-Zeitpunkt näher analysiert und insbesondere versucht, Einflussfaktoren auf den Grad der Belastung zu identifizieren. Idealerweise können diese auch Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten in der poststationären Versorgung liefern.

In einem ersten Schritt wurden univariate Zusammenhänge von möglichen Einflussfaktoren ermittelt. Diese sind in Tab. 62 aufgelistet. Als Kenngröße für die Zusammenhänge wurden durchgängig nonparametrische Korrelationen nach Spearman berechnet, die Analysen beschränken sich auf den Zeitpunkt der Nacherhebung.

Die Analyse unterscheidet die HPFL nach Ehe- bzw. Lebenspartner und den Kindern bzw. Schwiegerkindern. Andere HPFL wurden aufgrund der geringen Fallzahl nicht ausgewertet. Zudem wurden lediglich privat wohnende Patienten ausgewertet.

Tab. 62: Zusammenhänge zwischen Summenscore der HPS und anderen Kenngrößen zum FollowUp-Zeitpunkt

Art der HPFL -> Item	Ehe- / Lebenspartner			Kinder / Schwiegerkinder		
	N	r	p	N	r	p
<b>Barthelsumme</b>	<b>109</b>	<b>-.462</b>	<b>.001</b>	<b>193</b>	<b>-.544</b>	<b>.001</b>
<b>MMSE</b>	<b>95</b>	<b>-.369</b>	<b>.001</b>	<b>164</b>	<b>-.307</b>	<b>.001</b>
<b>GDS</b>	<b>92</b>	<b>.415</b>	<b>.001</b>	<b>162</b>	<b>.323</b>	<b>.001</b>
Größe des Wohnorts	107	-.101	.299	188	-.111	.131
4D+S-Demenz	102	.162	.104	178	.181	.016
Patient Geschlecht	107	.058	.555	188	-.106	.149
Pat alleinlebend	109	.216	.024	191	.207	.004
<b>HPFL Intensität der Hilfe</b>	<b>103</b>	<b>.386</b>	<b>.001</b>	<b>187</b>	<b>.366</b>	<b>.001</b>
HPFL alleinlebend	104	.086	.383	192	-.057	.432
HPFL Berufliche Sit	109	.080	.410	194	-.026	.723
HPFL weitere Pflegeleistungen	107	-.029	.763	194	.133	.065
HPFL Geschlecht	109	.005	.962	195	-.079	.271
Größe Hilfsnetzwerk	121	.247	.010	195	.099	.170
<b>PE-Summe ohne Schlafstörungen</b>	<b>108</b>	<b>.616</b>	<b>.001</b>	<b>194</b>	<b>.428</b>	<b>.001</b>

Anmerkung: Statistisch hoch auffällige Items sind in Fettdruck dargestellt (p<.001)

Entgegen der a priori getroffenen Annahme der Bedeutsamkeit von Unterschieden in Abhängigkeit von der Art der HPFL zeigen sich in den Ergebnissen äußerst ähnliche Werte – Lebenspartner und Kinder werden in ihrem Belastungserleben jeweils von ähnlichen Faktoren beeinflusst.

Der Grad der Belastung der HPFL hängt vor allem mit unmittelbar pflegerelevanten Faktoren zusammen, wie Intensität der geleisteten Hilfe, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Stimmung der Patienten. Der hohe Zusammenhang der pflegerelevanten Faktoren mit dem Belastungserleben der HPFL weist zudem auf die Bedeutung von über die reine Kognition hinausgehenden Verhaltensauffälligkeiten hin.

Faktoren, von denen eine Entlastung der HPFL erwartet werden konnte, wie etwa größere Hilfsnetzwerke, das Vorhandensein eines Partners, überschaubare Wohnortgröße, ergaben in dieser Analyse bedeutungslos geringe Korrelationen weit unterhalb der statistischen Auffälligkeit.

Um festzustellen, welcher Anteil der Varianz durch die als signifikant identifizierten Faktoren an dem HPS-Summenwert aufgeklärt werden kann, wurde eine multiple lineare Regression berechnet. Unter Berücksichtigung der Faktoren PE-Summe, Intensität der Hilfe und Barthel konnten 36% der Varianz aufgeklärt werden. Die Variablen GDS, MMSE erwiesen sich hier als nicht relevant.

Dies bedeutet, dass das Belastungserleben nur zu einem Teil aus den in dieser Studie erhobenen Faktoren erklärt werden kann und darüber hinaus individuellen (und möglicherweise nur qualitativ erfassbaren) Umständen die Hauptbedeutung zukommt.

## 4. Diskussion

### 4.1 Bewertung des Studiendesigns

In der retrospektiven Betrachtung des Studienverlaufs ist festzustellen, dass der Verwaltungsaufwand seitens der Studienzentrale insbesondere im Zusammenhang mit der Vergütung der Interviewer deutlich höher als veranschlagt ausfiel. Die Gewinnung von Interviewern für die Studie erwies sich als unerwartet schwierig. Häufig zeigten sich potentielle Interessenten bereits in einem hohen Maße ausgelastet, so dass eine Übernahme von Interviewtätigkeiten nicht möglich war. Nach unserem Eindruck wird daran auch eine generell angespannte Lage in den Kliniken deutlich, die in den letzten Jahren in immer kürzerer Zeit und ohne Erhöhung von Tagessätzen ihre Rehabilitationsleistungen erbringen mussten und dabei jegliche Optimierungsmöglichkeiten ausgeschöpft haben. Folgerichtig führten Erkrankungen von Interviewern oder andere Störungen des Routinebetriebs immer wieder zu einem Aussetzen der Interviewertätigkeiten und schließlich zu einer Verlängerung der Studiedauer.

Es ist fraglich, ob eine solch groß angelegte Studie unter den aktuell unveränderten Rahmenbedingungen überhaupt noch einmal durchführbar wäre.

Gute Erfahrungen wurden mit Studenten als Interviewer gemacht, die jedoch in der Regel bereits vor Beginn der Follow-UP-Untersuchungen mit den Kliniken etwa im Rahmen von Praktika in Verbindung standen und sich deshalb gut in die örtlichen Organisationsstrukturen einfinden konnten.

Die Rückmeldungen während des Interviewertreffens zeigten, dass die Interviews von den Beteiligten überwiegend als interessant und bereichernd empfunden wurden.

Als Hauptproblem stellte sich die Gewinnung von Interviewpartnern zu Studienbeginn dar. Die von den Patienten zu unterzeichnende Einwilligungserklärung stellte ein Hindernis dar. Zudem galt es oftmals, organisatorische Hürden zu überwinden. Den Bemerkungen in den Add-On-Masken der Software GERIDOC war immer wieder zu entnehmen, dass Patienten nicht angetroffen werden konnten oder bereits wieder verlegt waren.

Den Interviewern gelang es im Erstgespräch offenbar zu großen Teilen, eine positive Beziehung zu den Interviewpartnern aufzubauen. Dieser Faktor hat vermutlich zu den im weiteren Verlauf überraschend geringen Abbrecherquoten wesentlich beigetragen.

Zweifelsfrei sind Interviews über drei Zeitpunkte hinweg und einem umfangreichen Fragenkatalog sehr aufwändig. Allerdings war es damit möglich, ein sehr umfassendes Bild der Versorgung von Patienten nach einer geriatrischen Rehabilitation zu gewinnen. Hierbei erwies sich vor allem die Erfassung der prämorbidem Versorgung als sinnvoll.

Rückmeldungen der Interviewer und die Auswertung der Interviews zeigten, dass auch bei einer persönlichen Befragung die mögliche Differenziertheit der Befragung begrenzt ist. Insbesondere die Beantwortung der Bayer-IADL-Skala mit einer 10-stufigen Skala und 25 Items erwies sich als zu anspruchsvoll. Häufig wurden Items komplett mit der geringsten oder höchsten Stufe beantwortet, immer wieder entstand der Eindruck, dass den Befragten die Richtung der Antworten unklar war.

Wie bereits in der Follow-Up-Pilotstudie, so hat sich auch in der vorliegenden Arbeit die Integration der Probandenauswahl und die Generierung der Fragebogen über die im Routinebetrieb eingebundene Software GERIDOC des GiB-DAT-Projekts bewährt. Sie erleichterte die Handhabung der verwaltungstechnischen Aspekte in erheblichem Maße, bzw. machte die diese erst möglich.

Von Seiten der Studienzentrale wäre gelegentlich eine raschere Rückmeldung der Interviewer bei Problemen wünschenswert gewesen. Dies führte mitunter zu Verzögerungen, etwa wenn aufgrund von technischen Problemen keine Probanden ausgewählt wurden und erst verspätet diesbezüglich in der Zentrale nachgefragt wurde.

## **4.2 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse**

Im Gegensatz zur Follow-Up-Pilotstudie und anderen Studien zur Nachhaltigkeit gewährt die vorliegende Arbeit auch einen Blick auf das prämorbidem Leistungs- und Versorgungsniveau.

Sie zeigt, dass die Erkrankung, die zur Einweisung ins Akutkrankenhaus und anschließender geriatrischer Rehabilitation führt, einen gravierenden gesundheitlichen Einschnitt darstellt. Dies lässt sich vor allem an dem deutlichen Selbsthilfefähigkeitsverlust von 40 Punkten im Barthel-Index ablesen. Ein halbes Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation wurde das prämorbidem Niveau zumindest bei den überlebenden und erfolgreich befragten Patienten annähernd wieder erreicht und lag im Durchschnitt lediglich 10 Punkte unter dem Ausgangswert. Die aufenthaltsbegründende Hauptdiagnose hatte auf diesen Verlauf nur wenig Einfluss.

Entsprechend bewerteten Patienten wie hauptpflegende Angehörige die geriatrische Rehabilitation ganz überwiegend positiv bzw. sehr positiv.

Nach ihren konkreten und selbst formulierten Zielen befragt, ergaben sich insgesamt nur wenig differenzierte Äußerungen. Allerdings ist es bei multimorbiden geriatrischen Patienten grundsätzlich schwieriger, konkrete Ziele zu formulieren als bei jüngeren Patienten, die wegen eines klar definierten Problems in eine Rehabilitationsklinik kommen. Dies bedeutet, dass dem Ausmaß der Erreichung von Patienten- oder Angehörigenzielen in der Bewertung geriatrischer Rehabilitationen nur eine untergeordnete Rolle zugeordnet werden kann.

Mit Abstand am häufigsten wurde als Rehabilitationsziel eine Verbesserung im Bereich der Mobilität genannt, ohne dass jedoch damit die Möglichkeit einer konkreten Operationalisierung gegeben war. Die Einschätzung, in welchem Ausmaß die einzelnen Ziele erreicht wurden, fielen insgesamt ähnlich günstig aus wie die globale Beurteilung der Rehabilitation.

Überraschenderweise zeigte die Studie, dass die Versorgungsnetze der geriatrischen Patienten überschaubar waren. Sie bestanden in der überwiegenden Zahl der Fälle aus einem hauptpflegenden Angehörigen und evtl. einem Pflegedienst.

Durch die Akuterkrankung und die anschließende Rehabilitation veränderten sich diese Netze kaum, allenfalls wurde der Pflegedienst häufiger zusätzlich hinzugezogen.

Hauptpflegende Angehörige waren entweder Ehe- oder Lebenspartner, die ihre Hilfe auch in hoher Intensität leisteten. Sie machten rund ein Viertel der Hauptpflegenden Angehörigen aus.

Mit knapp über 50% der Fälle wurden Sohn oder Tochter am häufigsten als hauptpflegende Angehörige genannt. Dabei sind es vor allem die Töchter, welche die Hilfe leisten und zwar auch dann, wenn sie in Vollzeit berufstätig sind.

Schwiegertöchter leisten vor allem Hilfe, wenn sie in Teilzeit arbeiten oder gar nicht berufstätig sind. Schwiegersöhne als hauptpflegende Angehörige kommen praktisch nicht vor.

Die hauptpflegenden Angehörigen zeigten sich emotional im Durchschnitt als nur wenig belastet, der Anteil stark belasteter Personen fiel mit 7-8% gering aus. Gegenüber der Situation vor der Klinikaufnahme veränderte sich die Belastung in der Nacherhebung praktisch nicht, sondern blieb stabil.

Die emotionale Belastung der Angehörigen wird durch Einschränkungen der Selbsthilfefähigkeit, durch den kognitiven Status und durch Verhaltensauffälligkeiten der Patienten ungünstig beeinflusst; diese Faktoren klären etwa 40% der Varianz auf. Dies bedeutet, dass es hier überwiegend individuelle Faktoren wie Persönlichkeit, Biographie und Lebenssituation relevant sind.

Aufklärung können hier vermutlich nur interventionsfocussierte Ansätze erbringen, wie etwa der von Engel (2006).

Ähnlich wie bereits in der GiB-DAT-Pilotstudie (Schlee et al., 2007) zeigte sich auch in dieser Untersuchung, dass die Patienten zu einem hohen Anteil wieder in eine private Wohnung zurückverlegt werden konnten und dort auch blieben. Rund 87% kehrten nach Beendigung der geriatrischen Rehabilitation wieder in eine private Wohnung zurück, rund 94% davon waren nach einem halben Jahr immer noch dort anzutreffen. Die Werte der Pilotstudie lagen mit 84% (Rückkehr in Privatwohnung bei Entlassung) und 94% (Verbleib in Privatwohnung nach einem halben Jahr) auf gleichem Niveau. Innerhalb der Privatwohnung wohnten die Befragten entweder alleine (rund 50%) oder mit ihrem Partner (30%) – auch hier blieben die Zahlen zwischen Entlassung und Nacherhebung stabil.

Ein Drittel der Patienten wurde nach Beendigung der Rehabilitation wieder im Krankenhaus behandelt. Sie wurden dort aber zu einem überwiegenden Teil wegen neu aufgetretener Erkrankungen behandelt. Im Gegensatz dazu verstarben die Patienten überwiegend an einer Verschlimmerung bereits bestehender Erkrankungen. Zwar wurden die Gründe des Versterbens über eine Selbstauskunft der hinterbliebenen

Angehörigen ermittelt, zur Kontrolle berechnete Werte der Selbsthilfefähigkeit stützen jedoch die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Im Nacherhebungszeitraum verstarben 11,3% der Patienten, diese wiesen bereits während der Behandlung einen eher ungünstigen Verlauf auf. Die Größenordnung war dabei mit den Angaben der Follow-Up-Pilotstudie vergleichbar, dort wurden 10,8% (Schlee et al., 2007, S. 61) insgesamt und für Zentren mit hoher Vollständigkeit 12% (ebenda, S. 58) berichtet.

Entsprechend dem Bayerischen Geriatriemodell von 1990 liegt der Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung in der Rehabilitation, die angesichts dieser Studie als bemerkenswert erfolgreich eingestuft werden muss. Dies ließ sich am Verlauf der Selbstständigkeit, der Wohnform wie auch an der Zufriedenheit von Patienten wie Angehörigen aufzeigen. Eine bewusst konservativ angesetzte Kostenschätzung zeigte auf, dass geriatrische Rehabilitation auch unter finanziellen Aspekten eine für die Gesamtgesellschaft positive Maßnahme darstellt. So werden die mutmaßlich entstehenden monatlichen Pflegekosten nahezu halbiert.

In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die untersuchten und erfolgreich befragten Patienten zum einen eine positive Auswahl aus dem Patientenstamm geriatrischer Rehabilitation darstellten. Eine solche Selektion ist allen Befragungen, die auf freiwilliger Mitwirkung beruhen, immanent, kann aber in etwa mit 0,2 Standardabweichungen in dieser Studie zumindest quantifiziert werden und ist insgesamt als gering zu bezeichnen.

Daneben ist zu erwähnen, dass durch die Auswahl der Patienten durch das ärztliche Personal und in einem weiteren Schritt durch das GRB-Antragsverfahren eben nur Patienten mit entsprechendem Rehabilitationspotential und eng umgrenztem Korridor der Selbsthilfefähigkeit in die geriatrische Rehabilitation gelangen. Dieses Verfahren trägt damit indirekt zu den bemerkenswert günstigen Ergebnissen der Rehabilitation bei.

In jüngster Zeit ist es in Bayern im Rahmen des Fachprogramms Akutgeriatrie (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2009) zu einer Eröffnungswelle von Akutgeriatrien gekommen, welche auch die Möglichkeit zur Durchführung geriatrischer Frührehabilitation nach dem OPS-Schlüssel 8-550 vorsehen. Rehabilitation setzt dort bereits bei Patienten an, die das Akutkrankenhaus aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung noch gar nicht verlassen können.

Auch wenn Patienten der Frührehabilitation mit den Patienten der geriatrischen Rehabilitation nur bedingt vergleichbar sind, wird sich in Zukunft auch die Frage stellen, wie die Wirkung frührehabitativer Maßnahmen beschrieben und eingeschätzt werden kann und wie sie sich im Vergleich zur Behandlung nach § 111 SGB V darstellt. Hierzu wurde Ende 2010 die Geriatrie in Bayern-Datenbank erweitert mit dem Ziel, künftig zu diesem Themenkomplex Erkenntnisse zu gewinnen.

Die vorliegende Studie belegt, dass die stationäre geriatrische Rehabilitation nicht nur erfolgreich, sondern auch nachhaltig ist. Die Schwierigkeiten, die Studie in den Kliniken durchzuführen wie auch vereinzelte Äußerungen der Betroffenen deuten jedoch an, dass die Einrichtungen häufig bereits am organisatorischen und finanziellen Limit arbeiten oder dieses möglicherweise bisweilen überschritten haben. Um die erreichte Qualität zu erhalten, wird es zukünftig darauf ankommen, eine adäquate Vergütung für die stationäre geriatrische Rehabilitation sicherzustellen.

## 5. Literatur

### Literatur:

AGAST - Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995). Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis. München: MMV Medizin Verlag.

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2002). Statistische Berichte. Die Bevölkerung in den Gemeinden Bayerns nach Altersgruppen und Geschlecht. Stand 31.12.2001, Ausgegeben im Oktober 2002, Bestell-Nr. A1310j. München: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (2009). Fachprogramm Akutgeriatrie. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Zugriff am 15.04.2011 [http://www.stmugv.bayern.de/krankenhaus/behandlungszentren/geriatrie/doc/fachprog\\_akutgeriatrie\\_ba.pdf](http://www.stmugv.bayern.de/krankenhaus/behandlungszentren/geriatrie/doc/fachprog_akutgeriatrie_ba.pdf).

Bortz, J., Lienert, G.A. (1998). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Berlin: Springer.

Bühl, A., Zöfel, P. (2000). SPSS Version 9. Eine Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. München: Addison-Wesley.

DIMDI (Hrsg.) (2004). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2004. Genf: Who Health Organization.

Engel, S. (2006). Alzheimer und Demenzen: Unterstützung für Angehörige. Trias-Verlag.

Erzigkeit, H., Lehfeld, H., Pena-Casanova, J. et al. (2001). The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL): Results from Validation Study in Three European Countries. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 12, 348 - 358.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Gräßel, E. (1993). Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: Vless.

Hartung, J., Knapp, G., Sinha, B.K. (2008). *Statistical Meta-Analysis with Application*, Wiley, New Jersey nach <http://de.wikipedia.org/wiki/Effektst%C3%A4rke>, Zugriff zuletzt am 26.09.2011

Ivemeyer, D., Zerfaß, R. (2006). *Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser*. München: Urban & Fischer.

Meier-Baumgartner, H.P. (2000). *Determinanten der Schlaganfall-Rehabilitation - Ergebnisse der Prospektiven Albertinen-Haus Schlaganfall-Studie (PASS)*. Stuttgart, New York: Springer Verlag.

SPSS GmbH Software. (2001a). SPSS-Crash-Kurs. SPSS GmbH Software, Rosenheimer Str. 30, 81669 München.

SPSS GmbH Software. (2001b). SPSS-Grundkurs Statistik. SPSS GmbH Software, Rosenheimer Str. 30, 81669 München.

SPSS GmbH Software. (2002a). Regressions- und Varianzanalyse. SPSS GmbH Software, Rosenheimer Str. 30, 81669 München.

SPSS GmbH Software. (2002b). Einführung in die SPSS-Syntax. SPSS GmbH Software, Rosenheimer Str. 30, 81669 München.

Trögner, J., Tümena, T., Schramm, A., Heinrich, R. (2003). Abschlussbericht für das Projekt Geriatrie in Bayern-Datenbank GiB-DAT 03/2000 – 02/2003. Nürnberg: AF-GiB e.V.

Trögner J., Tümena T., Schramm A., Heinrich R., Sieber C., GiB-DAT-Gruppe (2006). Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT): Konzept, Struktur und Ergebnisse der Implementation (Teil I). *Z Gerontol Geriat*, 39 (2), 126-133.

Trögner J., Tümena T., Schramm A., Heinrich R., Sieber C., GiB-DAT-Gruppe (2006). Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT): Patientenstrukturen und Ergebnisse der geriatrischen Rehabilitation. Eine erste statistische Analyse von Benchmarking-Parametern (Teil II). *Z Gerontol Geriat*, 39, (2), 134-142.

Vogel, W. & Braun, B. (2000). Qualitätssicherung geriatrisch-rehabilitativer Krankenhausbehandlung. Medizinische und funktionelle Ergebnisse im Langzeitverlauf. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich*, 94(2), 95-100.

Würdig, J. (2000). Effektivität der geriatrischen Rehabilitation Coburg. Eine empirische Untersuchung im Rahmes des Geriatrischen Minimum Data Set (GEMIDAS) als Instrument der Qualitätssicherung. Fachhochschule Coburg, Fachbereich Sozialwesen.

Yesavage, J.A., Brink, T.L, Rose, T.L. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 39, 37-49.

## 6. Anhang

### 6.1 Fragebogen A

# Deckblatt

Patient:	<b>Martha Mustermann-Test</b>
Geb. am	08.08.1924
Aufnahme	04.08.2008
Entlassung:	23.08.2008
Station	K1
Zimmer	
Tel.:	0911/ 11 22 33 44
Angeh.:	Fr. Marianne Mustermann 0911/66 55 44

Bemerkung:

**Dieses Deckblatt sowie die Einwilligungserklärung bitte nicht an die Studienzentrale schicken!**

## Einleitung

Herzlich willkommen und herzlichen Dank dafür, dass Sie Zeit gefunden haben, zu uns zu kommen.

Wir führen gerade eine Untersuchung durch, mit der wir herausfinden wollen, wie die Qualität unserer Arbeit noch verbessert werden kann. Diese Untersuchung wurde vom bayerischen Staatsministerium in Auftrag gegeben und sieht vor, Sie jetzt bei Aufnahme in unsere Einrichtung zu befragen, wie Sie bisher, also vor der Krankenhausweinweisung, zurechtgekommen sind.

Bei Beendigung der geriatrischen Rehabilitation werden wir Sie (den Patienten) danach fragen, wie weit wir Ihnen helfen konnten, wieder gesünder und beweglicher zu werden.

Sie (den Angehörigen) würden wir gerne anrufen, um zu erfahren, wie die weitere häusliche Versorgung geplant ist.

Außerdem werden wir ein halbes Jahr nach der Entlassung noch einmal auf Sie zukommen, weil wir wissen möchten, was aus Ihnen geworden ist und ob wir vielleicht etwas besser machen hätten können.

Gerade diese Befragung nach einem halben Jahr ist uns sehr wichtig, da wir wissen wollen, ob die erreichten Erfolge auch ausreichend stabil sind.

Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass alle Angaben freiwillig sind. Auch wenn Sie sich jetzt befragen lassen, sind Sie nicht verpflichtet, zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal mit uns zu sprechen. Mit ihrer Mitwirkung würden Sie uns jedoch sehr helfen, die Qualität unserer Behandlung zu verbessern. Dies kommt dann letztlich allen Patienten zugute.

Ihre Daten werden anonym ausgewertet, d.h., die Studienzentrale kennt nur Ihre Angaben, nicht aber Ihren Namen oder Ihre Anschrift. Aus datenschutzrechtlichen Gründen benötigen wir von Ihnen eine Unterschrift, dass Sie mit der Befragung einverstanden sind.

## Einwilligungserklärung

### Patient

Name: Brunhilde Batman-Test  
geb. am 08.08.1924

Ich bin über Inhalt und Zweck der Untersuchungen zur „**Studie zur Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation**“, die im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums durchgeführt wird, informiert worden.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstigen Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden.

Ich möchte das Forschungsvorhaben durch meine Beteiligung unterstützen und willige in folgendes ein:

- Teilnahme an Gesprächen zum Rehabilitationserfolg und zur häuslichen Versorgung
- Kontaktaufnahme seitens der Klinik 6 Monate nach meiner Entlassung aus der Rehabilitation mit mir und/oder meinen Angehörigen.
- Auswertung medizinischer Daten aus der Krankenakte in der Studienzentrale in anonymisierter Form. Ich entbinde die Klinikmitarbeiter insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Meine Mitwirkung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ohne Nennung von Gründen einstellen oder auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### Angehöriger:

Name: \_\_\_\_\_

Ich bin ebenfalls mit der Teilnahme einverstanden, soweit sie mich betrifft.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

*Anmerkung: dieser Teil wendet sich hauptsächlich an den Angehörigen*

### Hauptpflegeperson (HPFL)

Gibt es eine Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege / Betreuung des Patienten zuständig war?

**Keine:**

- nicht notwendig gewesen
- nicht vorhanden

**Ja, und zwar:**

- Ehepartner
- Lebensgefährte
- Sohn / Tochter
- Schwiegersohn / Schwiegertochter
- Enkel / Enkelin
- andere Verwandte (Schwester, Bruder)
- andere Personen (Freunde, Nachbarn)

### Geschlecht der HPFL

- männlich

- weiblich Windows Media Player.Ink

### In welcher Entfernung lebt die HPFL?

- im gleichen Haushalt
- sehr nahe – Wegstrecke maximal 10 Minuten
- nahe - Wegstrecke 11 bis 30 Minuten
- weiter weg - Wegstrecke 31 bis 60 Minuten
- sehr weit weg – mehr als 60 Minuten Wegstrecke

### Intensität der geleisteten Hilfe durch die HPFL

- jeden Tag
- mehrmals am Tag
- auch nachts
- einmal / mehrmals pro Woche
- weniger als 1 mal pro Woche
- weiß nicht, wie oft

### Berufliche Situation der HPFL

- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- berentet
- Hausfrau / Hausmann
- arbeitslos

**Schulabschluss der HPFL**

- kein Abschluss
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Fachhochschule
- Universität

**Familienstand der HPFL**

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- mit Partner lebend
- verwitwet

**Alter der HPFL**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Weitere Pflegeleistungen der HPFL**

- keine weiteren Pflegeleistungen
- Versorgung
  - minderjähriger Kinder, **Anzahl:** \_\_\_\_\_
  - anderer pflegebedürftiger Verwandter

**Berufliche Pläne**

**Ist eine Veränderung von beruflichen Plänen (z.B. Reduzierung der Arbeitszeit, vorzeitige Verrentung, Aufgabe der Berufstätigkeit) geplant?**

- ja
- nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Lebensplanung**

**Sind durch die Pflegesituation weitere Veränderungen in der Lebensplanung (z.B. Umzug in nähere Umgebung, Veränderung von Freizeitaktivitäten) geplant?**

- ja
- nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Erhalten Sie Geld- oder Kombinationsleistungen von der Pflegeversicherung für die Pflege des Patienten?**

nein

ja

**Stellt dieser finanzielle Betrag einen wesentlichen Beitrag zu Ihrer Einkommenssicherung dar?**

ja

nein

Bemerkung:

---

**Erhalten Sie Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz?**

nein

ja

**Skala zur Einschätzung der Alltagskompetenz (Bayer-IADL)**

Bei den folgenden Fragen geht es um Alltagsaktivitäten, wie Sie diese vor der Krankenhauseinweisung durchgeführt haben.

Bitte geben Sie an, wie oft Schwierigkeiten auftraten, indem Sie einen Strich durch den entsprechenden Kreis ziehen (bei Befragung des Patienten ggf. *Antworthilfe 5 verwenden*).

*Anmerkung: Hat der Patient keine Angehörigen, soll versucht werden, die Fragen mit dem Patienten im Interview zu beantworten.*

Bei den folgenden Fragen geht es um Alltagsaktivitäten, die Sie vor der Krankenhauseinweisung durchführt haben.

Bitte geben Sie an, wie oft Schwierigkeiten auftraten, indem Sie einen Strich durch den entsprechenden Kreis ziehen.

Hatten Sie bzw. die Person Schwierigkeiten...	Einschätzung der Alltagskompetenz Seite 1	trifft nicht zu	Weiß nicht
1. ... mit ihren Alltagsaktivitäten zurechtzukommen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... für sich selbst zu sorgen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... Selbst und ohne Aufsicht ihre Medikamente zu nehmen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... Mit der Körperpflege?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... Wichtige Verabredungen einzuhalten oder Termine zu beachten?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... Sich aufs Lesen zu konzentrieren?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... Zu beschreiben, was sie gerade gesehen oder gehört haben?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... Sich an einer Unterhaltung zu beteiligen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... Ein Telefon zu benutzen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... Eine Nachricht für jemanden entgegenzunehmen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... Spazieren zu gehen, ohne sich zu verlaufen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... Einkäufe zu machen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... Essen zuzubereiten?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... Geld richtig abzuzählen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... Ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Einschätzung der Alltagskompetenz Seite 2</b>	trifft nicht zu	Weiß nicht
16. ... Jemanden, der nach dem Weg fragt, Auskunft zu geben?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ... Haushaltsgeräte zu benutzen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... Sich an einem unbekanntem Ort zurechtzufinden?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... Verkehrsmittel selbständig zu benutzen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... Ihre Freizeitaktivitäten auszuüben?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ... Eine angefangene Tätigkeit nach kurzer Unterbrechung fortzusetzen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ... Zwei Dinge gleichzeitig zu tun?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ... Mit ungewohnten Situationen fertig zu werden?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ... Ihren täglichen Aktivitäten nachzugehen, ohne dass größere Missgeschicke passieren?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ... Eine Aufgabe unter Druck auszuführen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **Beurteilung der Selbsthilfefähigkeit**

Bitte schätzen Sie ein, wie selbständig der Patient bisher, also vor der Krankenhauseinweisung, war.

Es ist immer nur eine Antwort je Unterpunkt möglich.

*Anmerkung: Wenn möglich, die einzelnen Unterpunkte mit dem HPFL (=hauptpflegender Angehöriger) durchgehen. Es ist jedoch auch erlaubt, die Items durch den HPFL selbst ausfüllen zu lassen.*

*Offene Punkte können ggf. durch Rückfragen beim Patienten geklärt werden.*

*Gibt es keinen HPFL, dann die Fragen im Interview mit dem Patienten abklären.*

*Sollte es zu sich widersprechenden Informationen zwischen Patient und HPFL kommen, im Zweifelsfall den geringeren Wert ankreuzen, sofern dieser nicht gänzlich unplausibel ist.*

## Beurteilung der Selbsthilfefähigkeit

### Seite 1

Bitte schätzen Sie ein, wie selbständig der Patient bisher, also vor der Krankenhauseinweisung, war.

Es ist immer nur eine Antwort je Unterpunkt möglich.

#### 1. Essen

- 10** komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
- 5** Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
- 0** kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung

#### 2. Sich Waschen

- 5** vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
- 0** erfüllt „5“ nicht

#### 3. Baden / Duschen

- 5** selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
- 0** erfüllt „5“ nicht

#### 4. An- und Auskleiden

- 10** zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
- 5** Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
- 0** erfüllt „5“ nicht

#### 5. Umsetzen vom Bett in einen Stuhl oder Rollstuhl

- 15** komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
- 10** Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
- 5** erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
- 0** wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

#### 6. Aufstehen und Gehen

- 15** ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
- 10** ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
- 5** mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen – alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
- 0** erfüllt „5“ nicht

**Beurteilung der Selbsthilfefähigkeit****Seite 2**

## 7. Treppensteigen

- 10** ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
- 5** mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
- 0** erfüllt „5“ nicht

## 8. Toilettenbenutzung

- 10** vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung
- 5** vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich
- 0** benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl

## 9. Stuhlkontinenz

- 10** ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
- 5** ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung
- 0** ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

## 10. Harnkontinenz

- 10** ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
- 5** kompensiert seine Harnkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
- 0** ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

**Vom Interviewer ausfüllen:****Skala zur Einschätzung der Alltagskompetenz wurden ausgefüllt**

- im Interview mit Patient und Angehörigen
- durch den Angehörigen
- durch den Patienten
- durch: \_\_\_\_\_

**Vom Interviewer ausfüllen:****Bogen zur Selbsthilfefähigkeit wurden ausgefüllt**

- im Interview mit Patient und Angehörigen
- durch den Angehörigen
- durch den Patienten
- durch: \_\_\_\_\_

**Faktoren, welche die Pflege erschweren**

Nun möchten wir gerne wissen, ob es noch weitere Faktoren gibt, welche die Pflege ihres Angehörigen möglicherweise erschweren..

*Anmerkung: Die Fragen im Interview durchgehen. Es ist auch erlaubt, den Fragebogen dem Angehörigen zur Beantwortung auszuhändigen. Ist der Patient ohne Angehörige, dann die Fragen weglassen*

## Beurteilung von Faktoren, welche die Pflege erschweren

Bitte beurteilen Sie den Zeitraum der letzten vier Wochen vor Beginn des Krankenhausaufenthalts:

Zeigte der von Ihnen betreute Patient

### Schlafstörungen?

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient

### Appetit- / Essstörungen?

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von

### Vergesslichkeit?

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von

### Aggression / Reizbarkeit / Labilität / Enthemmung?

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von  
**Unruhe / Erregtheit?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient  
**eigenwilliges / uneinsichtiges / unangepasstes Verhalten?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von  
**Depression / Apathie / Angstzuständen?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grund genommen ständig vorhanden)

**Vom Interviewer ausfüllen:****Bogen zur Faktoren, welche die Pflege erschweren wurden ausgefüllt**

- Gar nicht, weil es keinen Angehörigen gibt
- im Interview mit dem Angehörigen
- durch den Angehörigen alleine
- durch: \_\_\_\_\_

*Die folgenden 2 Seiten (HPS) Häusliche Pflegeskala dem Hauptpflegenden Angehörigen zur Beantwortung aushändigen.*

***Falls es bislang keinen HPFL gab, die Fragen weglassen.***

### Bisherige Pflegesituation (HPS – Häusliche Pflegeskala)

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer Situation vor dem Krankenhausaufenthalt stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft.

Beantworten Sie bitte jede Frage!

Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich fühle mich „hin- und hergerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht



*Anmerkung: Dieser Teil wendet sich hauptsächlich an den Patienten*

## Zur Situation vor der Krankenhauseinweisung / Akutereignis

### Bisherige Wohnsituation des Patienten

#### Wie wohnten Sie bisher?

- Privatwohnung
- Betreutes Wohnen
- Altenheim / - pflegeheim

#### Mit wem wohnten Sie bisher zusammen?

- Trifft nicht zu wegen Unterbringung in einen Altenheim / - pflegeheim
- Allein
- Zusammenwohnend mit:**
  - Ehepartner
  - Lebensgefährten
  - Sohn
  - Tochter
  - Schwiegersohn
  - Schwiegertochter
  - Enkel
  - Enkelin
  - anderen Verwandten (Schwester, Bruder)
  - andere Personen (Freunden)

#### Welche Altersklassen sind außer Ihnen in Ihrem Haushalt vertreten?

- kleine Kinder (<=6 Jahre)
- Schulkinder (6-14 Jahre)
- Jugendliche (14 bis 17 Jahre)
- Erwachsene (18 - 40 Jahre)
- Erwachsene (41 - 60 Jahre)
- Erwachsene (>= 60-70 Jahre)
- Erwachsene (>= 71 Jahre)

#### Wer hilft außer ihrem hauptpflegenden Angehörigen (HPFL) noch?

<input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Partner des Patienten	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. Pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. Pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt

<input type="checkbox"/> Partner der HPFL	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. Pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. Pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt

**Bisherige Pflegeeinstufung**

- ohne
- + Erstantrag gestellt
- 0 ohne – Antrag abgelehnt
- 0+ erneuter Antrag gestellt
- 1 Stufe 1
- 1+ - Stufe 1 – Höherstufung beantragt
- 2 – Stufe 2
- 2+ - Stufe 2, Höherstufung beantragt
- 3 – Stufe 3

**Pflegeeinstufung – Art der Leistung****Welche Art der Leistung wird bei vorliegender Pflegeeinstufung in Anspruch genommen?**

- Es liegt keine Pflegeeinstufung vor**
- Folgende Leistungen bei Pflegeeinstufung:
  - Geldleistung (Hilfe wird durch HPFL geleistet)
  - Kombinationsleistung (Hilfe durch HPFL und Pflegedienst)
  - Sachleistung (Hilfe durch Pflegedienst)
  - Kurzzeitpflege
  - Altenheim / Pflegeheim

## Nutzung von weiteren Hilfen

Welche weiteren Maßnahmen nutzten Sie bislang, also vor der Krankenhauseinweisung?

- Angehörigenberatung
- Angehörigenschulung
- Hausnotrufgerät
- Haushaltshilfen
- 24 Stundenhilfe
- Tagespflege
- Kurzzeitpflege
- Essen auf Rädern
- Mittagstisch
- Seniorenbegegnungsstätte

- 
- keine**

**Behandlungsziele**

*Anmerkung: Bei nur grober Angabe von Behandlungszielen bitte nachfragen. Beispiele sollten aber nicht vorgegeben werden, da sie das Antwortverhalten vermutlich stark beeinträchtigen würden. Maximal 5 Ziele notieren!*

**Behandlungsziele Patient**

Welche Ziele möchten Sie während der Rehabilitation erreichen? Was möchten Sie wieder können? Beginnen Sie mit den aus ihrer Sicht wichtigsten Zielen (max. 5).


**Bemerkung des Interviewers zu den Zielen**


**Schluss**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen und vor allem erfolgreichen Aufenthalt in unserer Einrichtung. Kurz bevor Sie entlassen werden, komme ich noch einmal auf Sie zu, um zu erfahren, wie es Ihnen ergangen ist.

*Zur HPFL:*

Es wäre schön, wenn Sie es einrichten könnten, am Ende der Behandlung noch einmal zu uns zu kommen. Alternativ können wir Sie auch anrufen, damit wir die Fragen telefonisch durchgehen können.

- HPFL kommt vorbei
- HPFL möchte telefonischen Kontakt
- HPFL noch unentschieden

*Vom Interviewer auszufüllen:*



## **Teilnehmer/in Follow-Up-Untersuchung**

Sehr geehrte(r) Frau / Herr,

Sie sind Teilnehmer einer Untersuchung, mit der die langfristige Wirkung geriatrischer Rehabilitation untersucht werden soll.

Diese wird in ganz Bayern im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums durchgeführt.

Etwa ein halbes Jahr nach Ihrer Entlassung aus unserer Einrichtung nehmen wir noch einmal Kontakt mit Ihnen auf. Dabei möchten wir wissen, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist.

Damit wir Sie wieder erreichen können, möchten wir Sie bitten, uns im Falle eines Umzugs zu verständigen.

Frau Tina Test

Tel.: 11 22 33 44

Herzlichen Dank!

## **Teilnehmer/in Follow-Up-Untersuchung**

Sehr geehrte(r) Frau / Herr,

Sie sind Teilnehmer einer Untersuchung, mit der die langfristige Wirkung geriatrischer Rehabilitation untersucht werden soll.

Diese wird in ganz Bayern im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums durchgeführt.

Etwa ein halbes Jahr nach Ihrer Entlassung aus unserer Einrichtung nehmen wir noch einmal Kontakt mit Ihnen auf. Dabei möchten wir wissen, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist.

Damit wir Sie wieder erreichen können, möchten wir Sie bitten, uns im Falle eines Umzugs zu verständigen.

Frau Tina Test

Tel.: 11 22 33 44

Herzlichen Dank!

**6.2 Fragebogen E****Deckblatt**

Patient:	<b>Brunhilde Batman-Test</b>
Geb. am	08.08.1924
Aufnahme	04.08.2008
Entlassung:	23.08.2008
Station	K1
Zimmer	
Tel.:	0911/ 11 22 33 44
Angeh.:	Fr. Marianne Mustermann 0911/66 55 44

Bemerkung:

**Dieses Deckblatt bitte nicht an die Studienzentrale schicken!**

## Einleitung

Herzlich willkommen und herzlichen Dank dafür, dass Sie Zeit gefunden haben, zu uns zu kommen.

Zu Beginn der Behandlung hatten wir mit Ihnen ja bereits ein Gespräch geführt. Dabei wollten wir wissen, wie Sie bislang zu Hause zurecht gekommen sind und welche Erwartungen Sie mit dem Aufenthalt verbunden haben.

Nun, kurz bevor Sie entlassen werden, möchten wir wissen, wie es Ihnen geht und ob sich ihre Erwartungen erfüllt haben.

## Behandlungsziele / Reha-Erfolg Patient

### Wie geht es Ihnen heute im Vergleich zur Aufnahme?

*(ggf., Antworthilfe 3 verwenden)*

- Viel besser
- besser
- unverändert
- schlechter
- viel schlechter

### Wie beurteilen Sie den Erfolg der Behandlung in der Rehabilitation?

*(Antworthilfe 1 – blau verwenden)*

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- schlecht

### Haben sich Ihre Erwartungen an die Rehabilitation insgesamt erfüllt?

*(Antworthilfe 2 – gelb verwenden)*

- voll und ganz
- weitgehend
- teils / teils
- kaum
- überhaupt nicht

Zu Beginn des Aufenthaltes hatten Sie uns einige Rehabilitationsziele genannt, auf die wir jetzt gerne noch einmal zurück kommen würden. Bitte schätzen Sie ein, inwieweit Sie die damals genannten Ziele Ihrer Meinung nach erreicht haben.

*(Bitte die während des Aufnahmegesprächs genannten Rehaziele hier eintragen und diese abfragen. Für die Beantwortung Antworthilfe 2 – gelb verwenden)*

Rehaziel	Zielerreichung					
Wieder kräftiger werden	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
wieder gut gehen können, dann geht auch alles andere wieder	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.

### Behandlungsziele / Reha-Erfolg HPFL

#### Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht als hauptpflegender Angehöriger den Erfolg der Behandlung in der Rehabilitation?

(ggf. *Antworthilfe 1 – blau verwenden*)

- sehr gut  
 gut  
 befriedigend  
 ausreichend  
 schlecht

#### Haben sich Ihre Erwartungen an die Rehabilitation insgesamt erfüllt?

(ggf. *Antworthilfe 2 – gelb verwenden*)

- voll und ganz  
 weitgehend  
 teil/teils  
 kaum  
 überhaupt nicht

Zu Beginn des Aufenthaltes hatten Sie uns einige Rehabilitationsziele genannt, auf die wir jetzt gerne noch einmal zurück kommen würden. Bitte schätzen Sie ein, in wieweit Sie die damals genannten Ziele Ihrer Meinung nach erreicht haben.

(Bitte die während des Aufnahmegesprächs genannten Rehaziele hier eintragen und diese abfragen. Für die Beantwortung *Antworthilfe 2 – gelb verwenden*)

Rehaziel	Zielerreichung					
Dass Mobilität wieder gesteigert wird und somit das Leben wieder lebenswerter wird	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.

**aktuelle Pflegeeinstufung**

- ohne
- + Erstantrag gestellt
- 0 ohne – Antrag abgelehnt
- 0+ erneuter Antrag gestellt
- 1 Stufe 1
- 1+ - Stufe 1 – Höherstufung beantragt
- 2 – Stufe 2
- 2+ - Stufe 2, Höherstufung beantragt
- 3 – Stufe 3
- Schnelleinstufung

**Welche Art der Leistung ist bei vorliegender Pflegeeinstufung geplant?**

- Es liegt keine Pflegeeinstufung vor**
- Leistungen bei Pflegeeinstufung
  - Geldleistung (Hilfe wird durch HPFL geleistet)
  - Kombinationsleistung (Hilfe durch HPFL und Pflegedienst)
  - Sachleistung (Hilfe durch Pflegedienst)
  - Kurzzeitpflege
  - Altenheim / Pflegeheim

**Zukünftige Wohnsituation:****Ist ein Wechsel bezüglich Ihrer Wohnsituation geplant?**

- Nein
- Ja, Wechsel in**
  - ( andere) Privatwohnung
  - Betreutes Wohnen
  - Altenheim / - pflegeheim
  - Kurzzeitpflege (weitere Wohnsituation ist bislang noch unklar)

**Mit wem werden Sie zusammenwohnen?**

- Trifft nicht zu wegen Unterbringung in einem Altenheim / - pflegeheim
- Allein lebend
- Zusammenlebend mit:**
  - Ehepartner
  - Lebensgefährten
  - Sohn
  - Tochter
  - Schwiegersohn
  - Schwiegertochter

- Enkel
- Enkelin
- anderen Verwandten (Schwester, Bruder)
- anderen Personen (Freunden)

**Welche Altersklassen werden außer Ihnen in Ihrem Haushalt vertreten sein?**

- kleine Kinder (<=6 Jahre)
- Schulkinder (6-14 Jahre)
- Jugendliche (14 bis 17 Jahre)
- Erwachsene (18 - 40 Jahre)
- Erwachsene (41 - 60 Jahre)
- Erwachsene (61-70 Jahre)
- Erwachsene (>= 71 Jahre)

### Hauptpflegeperson (HPFL)

Wird es Veränderungen geben bezüglich der Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege / Betreuung des Patienten zuständig war?

*Anmerkung: HPFL bezieht sich auf Privatpersonen. Lebt der Patient in einem Alten- oder Pflegeheim, so kann es auch noch HPFL geben.*

**HPFL wie vor Beginn des Krankenhausaufenthaltes (keine Veränderung)**

**Keine HPFL geplant**

- nicht notwendig
- nicht vorhanden

**Künftige HPFL:**

- Ehepartner
- Lebensgefährten
- Sohn / Tochter
- Schwiegersohn / Schwiegertochter
- Enkel / Enkelin
- andere Verwandte (Schwester, Bruder)
- andere Personen (Freunde, Nachbarn)

**Geschlecht der HPFL**

- männlich
- weiblich

**In welcher Entfernung lebt die HPFL?**

- im gleichen Haushalt
- sehr nahe – Wegstrecke maximal 10 Minuten
- nahe - Wegstrecke 11 bis 30 Minuten
- weiter weg - Wegstrecke 31 bis 60 Minuten
- sehr weit weg – mehr als 60 Minuten Wegstrecke

**Voraussichtliche Intensität der geleisteten Hilfe durch die HPFL**

- Hilfeintensität wird sich voraussichtlich nicht ändern**
- künftige Intensität der Hilfe:
  - jeden Tag
  - mehrmals am Tag
  - auch nachts
  - einmal / mehrmals pro Woche
  - weniger als 1 mal pro Woche
  - weiß nicht, wie oft

**Berufliche Situation der HPFL**

- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- berentet
- Hausfrau / Hausmann
- arbeitslos

**Schulabschluss der HPFL**

- kein Abschluss
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Fachhochschule
- Universität

**Familienstand der HPFL**

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- mit Partner lebend
- verwitwet

**Alter der HPFL**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Weitere Pflegeleistungen der HPFL**

- keine weiteren Pflegeleistungen**
- Versorgung
  - minderjähriger Kinder, **Anzahl:** \_\_\_\_\_
  - anderer pflegebedürftiger Verwandter

**Berufliche Pläne**

Ist eine Veränderung von beruflichen Plänen (z.B. Reduzierung der Arbeitszeit, vorzeitige Verrentung, Aufgabe der Berufstätigkeit) geplant?

- ja  
 nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Lebensplanung**

Sind durch die Pflegesituation weitere Veränderungen in der Lebensplanung (z.B. Umzug in nähere Umgebung, Veränderung von Freizeitaktivitäten) geplant?

- ja  
 nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Falls Geld- oder Kombinationsleistung aus der Pflegeversicherung bezogen wird oder werden soll:**

**Wird das Geld aus der Pflegeversicherung einen wichtigen Faktor der Einkommenssicherung für die HPFL darstellen?**

- ja  
 nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Geplante Inanspruchnahme von weiteren Hilfen**

- Inanspruchnahme von weiteren Hilfen wie bisher (keine Veränderung)  
 Die geplante Inanspruchnahme wird insgesamt wie folgt aussehen:

<input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Partner des Patienten	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. Pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. Pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Partner der HPFL	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. Pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. Pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt

<input type="checkbox"/>	<b>weitere:</b>	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Enkel	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> Nachbarn	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
	<input type="radio"/> Freunde / Bekannte		
	<input type="radio"/> andere:		
<input type="checkbox"/>	<b>weitere:</b>	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Enkel	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> Nachbarn	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
	<input type="radio"/> Freunde / Bekannte		
	<input type="radio"/> andere:		
<input type="checkbox"/>	<b>weitere:</b>	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Enkel	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> Nachbarn	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
	<input type="radio"/> Freunde / Bekannte		
	<input type="radio"/> andere:		
<input type="checkbox"/>	<b>weitere:</b>	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Enkel	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> Nachbarn	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
	<input type="radio"/> Freunde / Bekannte		
	<input type="radio"/> andere:		

**Sonstige aktuell in Anspruch genommene oder geplante Maßnahmen** keine Folgende Maßnahmen werden voraussichtlich in Anspruch genommen:

- Angehörigenberatung
  - Angehörigenschulung
  - Hausnotrufgerät
  - Haushaltshilfen
  - 24-Stundenhilfe
  - Tagespflege
  - Kurzzeitpflege
  - Essen auf Rädern
  - Mittagstisch (z.B. Patient geht in ein Altenheim zum Mittagessen)
  - Seniorenbegegnungsstätte
  -
- .....



**Schluss**

- Kontaktaufnahme in einem halben Jahr ankündigen: Durch Hausbesuch oder Einbestellung.
- Darauf hinweisen, dass Angaben freiwillig sind, aber betonen, dass gerade diese Nachbefragung sehr wichtig ist, um ermitteln zu können, wie erfolgreich die Rehabilitation war.
- Darum bitten, dass Änderungen der Anschrift / Telefonnummer mitgeteilt werden.
- Einen Zettel mit der Telefonnummer und Name des Interviewers mitgeben.



**6.3 Fragebogen FU****Deckblatt**

Patient:	<b>Brunhilde Batman-Test</b>
Geb. am	08.08.1924
Aufnahme	04.08.2008
Entlassung:	23.08.2008
Station	K1
Zimmer	
Tel.:	0911/ 11 22 33 44
Angeh.:	Fr. Marianne Mustermann 0911/66 55 44
Adresse	Frau Brunhilde Batman-Test Seniorenstz Sonnenblick Sonnenstr. 44 12345 Oberasbach

Bemerkung:

**Dieses Deckblatt bitte nicht an die Studienzentrale schicken!**

## Einleitung

Herzliche herzlichen Dank dafür, dass Sie Zeit gefunden haben, mit uns zu sprechen.

Wir hatten ja bereits während ihres Aufenthaltes in der geriatrischen Rehabilitation miteinander Kontakt gehabt.

Nun würden wir gerne wissen, wie es Ihnen seitdem ergangen ist.

### Ambulante Therapien

#### Erhielten Sie nach Beendigung der Rehabilitation ambulante Therapien?

Therapie		Dauer (Wochen)	Häufigkeit pro Woche	Minuten	noch andauernd
Krankengymnastik	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja ->				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Massage / Physikalische Therapie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja ->				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Logopädie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja ->				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Ergotherapie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja ->				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Psychologie / Neuropsychologie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja ->				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

*Anmerkung: Fehlen einzelne Angaben, dann diese bitte mit 99 codieren*

**Wurden Sie nach der Rehabilitation erneut im Krankenhaus behandelt?**

- Nein *Anmerkung: Zeitraum bitte möglichst genau fragen: Nach dem Datum -*
- Ja *falls nicht möglich - nach den Wochen - sonst nach dem Zeitpunkt*

Erster Aufenthalt	Datum <b>oder</b>	.....		
	Wochen <b>oder</b>	..... Wochen n. Reha-Ende		
	Zeitpunkt	<input type="radio"/> Anfang (1-10) <input type="radio"/> Mitte (11-20) <input type="radio"/> Ende (21-31)	Monat .....	<input type="radio"/> 2008 <input type="radio"/> 2009
	Dauer	.....Tage		
	Grund des Aufenthaltes	<input type="radio"/> Routineaufenthalt <input type="radio"/> ernste unvorhergesehene Neuerkrankung <input type="radio"/> Verschlimmerung bestehender Erkrankung		
	Planung	<input type="radio"/> Aufenthalt war geplant <input type="radio"/> Aufenthalt war <b>nicht</b> geplant / unvorhergesehen		
	Bemerkung:	.....		
Zweiter Aufenthalt <input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	Datum <b>oder</b>	.....		
	Wochen <b>oder</b>	..... Wochen n. Reha-Ende		
	Zeitpunkt	<input type="radio"/> Anfang (1-10) <input type="radio"/> Mitte (11-20) <input type="radio"/> Ende (21-31)	Monat .....	<input type="radio"/> 2008 <input type="radio"/> 2009
	Dauer	.....Tage		
	Grund des Aufenthaltes	<input type="radio"/> Routineaufenthalt <input type="radio"/> ernste unvorhergesehene Neuerkrankung <input type="radio"/> Verschlimmerung bestehender Erkrankung		
	Planung	<input type="radio"/> Aufenthalt war geplant <input type="radio"/> Aufenthalt war <b>nicht</b> geplant / unvorhergesehen		
	Bemerkung:	.....		
Dritter Aufenthalt <input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	Datum <b>oder</b>	.....		
	Wochen <b>oder</b>	..... Wochen n. Reha-Ende		
	Zeitpunkt	<input type="radio"/> Anfang (1-10) <input type="radio"/> Mitte (11-20) <input type="radio"/> Ende (21-31)	Monat .....	<input type="radio"/> 2008 <input type="radio"/> 2009
	Dauer	.....Tage		
	Grund des Aufenthaltes	<input type="radio"/> Routineaufenthalt <input type="radio"/> ernste unvorhergesehene Neuerkrankung <input type="radio"/> Verschlimmerung bestehender Erkrankung		
	Planung	<input type="radio"/> Aufenthalt war geplant <input type="radio"/> Aufenthalt war <b>nicht</b> geplant / unvorhergesehen		
	Bemerkung:	.....		
Anzahl weiterer KH-Aufenthalte	..... Aufenthalte			

## Behandlungsziele / Reha-Erfolg Patient

### Wie geht es Ihnen heute im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung?

(ggf., *Antworthilfe 3 verwenden*)

- 1 - viel besser
- 2 - besser
- 3 - unverändert
- 4 - schlecht
- 5 - viel schlechter

### Wie beurteilen Sie rückblickend den Erfolg der Behandlung in der Geriatrie?

(ggf. *Antworthilfe 1 – blau verwenden*)

- 1 - sehr gut
- 2 - gut
- 3 - befriedigend
- 4 - ausreichend
- 5 - schlecht

### Haben sich Ihre Erwartungen an die Rehabilitation insgesamt erfüllt?

(ggf. *Antworthilfe 2 – gelb verwenden*)

- 1 - voll und ganz
- 2 - weitgehend
- 3 - teils / teils
- 4 - kaum
- 5 - überhaupt nicht

Zu Beginn des Aufenthaltes hatten Sie uns einige Rehabilitationsziele genannt, auf die wir jetzt gerne noch einmal zurück kommen würden. Bitte schätzen Sie ein, inwieweit Sie die damals genannten Ziele Ihrer Meinung nach erreicht haben.

(Bitte die während des Aufnahmegesprächs genannten Rehazielle hier eintragen und diese abfragen. Für die Beantwortung *Antworthilfe 2 – gelb verwenden*)

Rehaziell	Zielerreichung					
Wieder kräftiger werden	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
wieder gut gehen können, dann geht auch alles andere wieder	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.

**Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer Lebenssituation**(ggf. *Antworthilfe 4 – blau verwenden*)

- 1 - sehr zufrieden  
 2 - zufrieden  
 3 - geht so  
 4 - nicht zufrieden  
 5 - sehr unzufrieden

**Behandlungsziele / Reha-Erfolg aus der Sicht des HPFL****Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht als hauptpflegender Angehöriger den Erfolg der Behandlung in der Rehabilitation rückblickend?**(ggf. *Antworthilfe 1 – blau verwenden*)

- 1 - sehr gut  
 2 - gut  
 3 - befriedigend  
 4 - ausreichend  
 5 - schlecht

**Haben sich Ihre Erwartungen als hauptpflegender Angehöriger an die Rehabilitation insgesamt erfüllt?**(ggf. *Antworthilfe 2 – gelb verwenden*)

- 1 - voll und ganz  
 2 - weitgehend  
 3 - teils / teils  
 4 - kaum  
 5 - überhaupt nicht

Zu Beginn des Aufenthaltes hatten Sie als hauptpflegender Angehöriger uns einige Rehabilitationsziele genannt, auf die wir jetzt gerne noch einmal zurückkommen würden. Bitte schätzen Sie ein, inwieweit Sie die damals genannten Ziele ihrer Meinung nach erreicht haben.

(Bitte die während des Aufnahmegesprächs genannten Rehazielen hier eintragen und diese abfragen. Für die Beantwortung *Antworthilfe 2 – gelb verwenden*)

Rehaziel	Zielerreichung					
Dass Mobilität wieder gesteigert wird und somit das Leben wieder lebenswerter wird	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.
	vollständig	weitgehend	teils/teils	kaum	gar nicht	k.A.

**Wie wohnen Sie aktuell?**

- Privatwohnung
- Betreutes Wohnen
- Altenheim / - Pflegeheim

**Hat ein Wechsel bezüglich Ihrer Wohnsituation nach Abschluss der Rehabilitation stattgefunden?**

- Nein
- Ja, Wechsel in**
  - Privatwohnung
  - Betreutes Wohnen
  - Altenheim / - pflegeheim
  - Kurzzeitpflege

**War der Umzug geplant gewesen?**

- Nein
- Ja

**Mit wem wohnen Sie nun zusammen?**

- Trifft nicht zu wegen Unterbringung in einen Altenheim / - pflegeheim
- Allein lebend
- Zusammenlebend mit:**
  - Ehepartner
  - Lebensgefährten
  - Sohn
  - Tochter
  - Schwiegersohn
  - Schwiegertochter
  - Enkel
  - Enkelin
  - anderen Verwandten (Schwester, Bruder)
  - anderen Personen (Freunden)

**Welche Altersklassen werden außer Ihnen in Ihrem Haushalt vertreten sein?**

- kleine Kinder (<=6 Jahre)
- Schulkinder (6-14 Jahre)
- Jugendliche (14 bis 17 Jahre)
- Erwachsene (18 - 40 Jahre)
- Erwachsene (41 - 60 Jahre)
- Erwachsene (61 – 70 Jahre)
- Erwachsene (>= 71 Jahre)

**Veränderung bezüglich der Hauptpflegeperson (HPFL)**

Hat es Veränderungen geben bezüglich der Person, die bislang hauptsächlich für die Pflege / Betreuung des Patienten zuständig war?

Anmerkung: HPFL bezieht sich auf Privatpersonen. Lebt der Patient in einem Alten- oder Pflegeheim, so kann es auch noch HPFL geben.

**HPFL wie bei Entlassung aus der Reha festgelegt (keine Veränderung)**

**Es gibt keine HPFL**

- nicht notwendig
- nicht vorhanden

**Aktuelle HPFL:**

- Ehepartner
- Lebensgefährtin
- Sohn / Tochter
- Schwiegersohn / Schwiegertochter
- Enkel / Enkelin
- andere Verwandte (Schwester, Bruder)
- andere Personen (Freunde, Nachbarn)

**Geschlecht der HPFL**

- männlich
- weiblich

**In welcher Entfernung lebt die HPFL?**

- im gleichen Haushalt
- sehr nahe – Wegstrecke maximal 10 Minuten
- nahe - Wegstrecke 11 bis 30 Minuten
- weiter weg - Wegstrecke 31 bis 60 Minuten
- sehr weit weg – mehr als 60 Minuten Wegstrecke

**Schulabschluss der HPFL**

- kein Abschluss
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Fachhochschule
- Universität

## Familienstand

**Familienstand der HPFL**

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- mit Partner lebend
- verwitwet

**Alter der HPFL?**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Intensität der geleisteten Hilfe durch die HPFL**

- jeden Tag
- mehrmals am Tag
- auch nachts
- einmal / mehrmals pro Woche
- weniger als 1 mal pro Woche
- weiß nicht, wie oft

**Berufliche Situation der HPFL**

- selbständig
- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- berentet
- Hausfrau / Hausmann
- arbeitslos

**Weitere Pflegeleistungen der HPFL**

- keine weiteren Pflegeleistungen**
- Versorgung von
  - Versorgung minderjähriger Kinder, **Anzahl:** \_\_\_\_\_
  - Versorgung anderer pflegebedürftiger Verwandte

**Berufliche Pläne**

**Hat es durch die aktuelle Pflegesituation eine Veränderung von beruflichen Plänen (z.B. Reduzierung der Arbeitszeit, vorzeitige Verrentung, Aufgabe der Berufstätigkeit) gegeben?**

- ja
- nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Lebensplanung**

**Hat es durch die aktuelle Pflegesituation Veränderungen in der Lebensplanung (z.B. Umzug in nähere Umgebung, Veränderung von Freizeitaktivitäten) gegeben?**

- ja
- nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Erhalten Sie Geld- oder Kombinationsleistung von der Pflegeversicherung für die Pflege des Patienten?**

nein

ja

**Stellt dieser finanzielle Betrag einen wesentlichen Beitrag zu Ihrer Einkommenssicherung dar?**

ja

nein

Bemerkung:

---

**Erhalten Sie Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz?**

nein

ja

**Wer hilft noch?**

<input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Partner des Patienten	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. Pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. Pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Partner der HPFL	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. Pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. Pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 1x / mm. pro Woche
	<input type="radio"/> mehrm. pro Tag	<input type="radio"/> weniger als 1x pro W.
	<input type="radio"/> auch nachts	<input type="radio"/> unbekannt

**Aktuelle Pflegeeinstufung**

- ohne
- + Erstantrag gestellt
- 0 ohne – Antrag abgelehnt
- 0+ erneuter Antrag gestellt
- 1 Stufe 1
- 1+ - Stufe 1 – Höherstufung beantragt
- 2 – Stufe 2
- 2+ - Stufe 2, Höherstufung beantragt
- 3 Stufe 3

## Im Falle Pflegeeinstufung – Art der Leistung

**Welche Art der Leistung ist bei vorliegender Pflegeeinstufung wird in Anspruch genommen?**

- Es liegt keine Pflegeeinstufung vor**
- Folgende Leistungen bei Pflegeeinstufung:
  - Geldleistung (Hilfe wird durch HPFL geleistet)
  - Kombinationsleistung (Hilfe durch HPFL und Pflegedienst)
  - Sachleistung (Hilfe durch Pflegedienst)
  - Kurzzeitpflege
  - Altenheim / Pflegeheim

## Nutzung von weiteren Hilfen

**Welche weiteren Maßnahmen nutzen Sie derzeit bzw. haben Sie genutzt nach Abschluss der Rehabilitation?**

- Angehörigenberatung
- Angehörigenschulung
- Hausnotrufgerät
- Haushaltshilfen
- 24 Stundenhilfe
- Tagespflege
- Kurzzeitpflege
- Essen auf Rädern
- Mittagstisch
- Seniorenbegegnungsstätte
- 
- 
- 
- keine**

*Anmerkung: Dem Angehörigen die folgenden Fragebogen aushändigen. Parallel dazu mit dem Patienten den GDS und MMSE durchführen.*

*Sollte es keinen Angehörigen geben, so bitte versuchen, den Barthel und die Bayer-IADL-Skala gemeinsam mit dem Patienten durchzugehen.*

Nun habe ich die Bitte, dass Sie (zum Angehörigen) uns einige Fragebogen ausfüllen. Währenddessen würde ich mit Ihnen (zum Patienten) ebenfalls ein paar Fragen durchgehen.

Skala zur Einschätzung der Alltagskompetenz (Bayer-ADL)

Bei den folgenden Fragen geht es um Alltagsaktivitäten, bei denen der von Ihnen betreute Patient möglicherweise Schwierigkeiten haben. Bitte geben Sie an, wie oft Schwierigkeiten auftreten, indem Sie einen Strich durch den entsprechenden Kreis ziehen (bei Befragung des Patienten ggf. *Antworthilfe 5 verwenden*).

Bei den folgenden Fragen geht es um Alltagsaktivitäten, wie Sie diese aktuell durchführen.

Bitte geben Sie an, wie oft Schwierigkeiten auftraten, indem Sie einen Strich durch den entsprechenden Kreis ziehen.

Hatten Sie bzw. die Person Schwierigkeiten...	Einschätzung der Alltagskompetenz Seite 1	trifft nicht zu	Weiß nicht
1. ... mit ihren Alltagsaktivitäten zurechtzukommen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... für sich selbst zu sorgen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... Selbst und ohne Aufsicht ihre Medikamente zu nehmen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... Mit der Körperpflege?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... Wichtige Verabredungen einzuhalten oder Termine zu beachten?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... Sich aufs Lesen zu konzentrieren?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... Zu beschreiben, was sie gerade gesehen oder gehört haben?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... Sich an einer Unterhaltung zu beteiligen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... Ein Telefon zu benutzen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... Eine Nachricht für jemanden entgegenzunehmen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... Spazieren zu gehen, ohne sich zu verlaufen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... Einkäufe zu machen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... Essen zuzubereiten?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... Geld richtig abzuzählen?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... Ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln?	nie (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie bzw. die Person Schwierigkeiten...	<b>Einschätzung der Alltagskompetenz</b> <b>Seite 2</b>	trifft nicht zu	Weiß nicht
16. ... Jemanden, der nach dem Weg fragt, Auskunft zu geben?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ... Haushaltsgeräte zu benutzen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... Sich an einem unbekanntem Ort zurechtzufinden?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... Verkehrsmittel selbständig zu benutzen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... Ihre Freizeitaktivitäten auszuüben?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ... Eine angefangene Tätigkeit nach kurzer Unterbrechung fortzusetzen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ... Zwei Dinge gleichzeitig zu tun?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ... Mit ungewohnten Situationen fertig zu werden?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ... Ihren täglichen Aktivitäten nachzugehen, ohne dass größere Missgeschicke passieren?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ... Eine Aufgabe unter Druck auszuführen?	nie ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Beurteilung der Selbsthilfefähigkeit

### Seite 1

Bitte schätzen Sie ein die aktuelle Selbsthilfefähigkeit des Patienten ein.

Es ist immer nur eine Antwort je Unterpunkt möglich.

#### 1. Essen

- 10** komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
- 5** Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
- 0** kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung

#### 2. Sich Waschen

- 5** vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
- 0** erfüllt „5“ nicht

#### 3. Baden / Duschen

- 5** selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
- 0** erfüllt „5“ nicht

#### 4. An- und Auskleiden

- 10** zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
- 5** Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
- 0** erfüllt „5“ nicht

#### 5. Umsetzen vom Bett in einen Stuhl oder Rollstuhl

- 15** komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
- 10** Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
- 5** erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
- 0** wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

#### 6. Aufstehen und Gehen

- 15** ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
- 10** ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
- 5** mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen – alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
- 0** erfüllt „5“ nicht

**Beurteilung der Selbsthilfefähigkeit****Seite 2**

## 7. Treppensteigen

- 10** ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
- 5** mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
- 0** erfüllt „5“ nicht

## 8. Toilettenbenutzung

- 10** vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung
- 5** vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich
- 0** benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl

## 9. Stuhlkontinenz

- 10** ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
- 5** ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung
- 0** ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

## 10. Harnkontinenz

- 10** ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
- 5** kompensiert seine Harnkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
- 0** ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

**Vom Interviewer ausfüllen:****Skala zur Einschätzung der Alltagskompetenz wurden ausgefüllt**

- im Interview mit Patient und Angehörigen
- durch den Angehörigen
- durch den Patienten
- durch: \_\_\_\_\_

**Vom Interviewer ausfüllen:****Bogen zur Selbsthilfefähigkeit wurden ausgefüllt**

- im Interview mit Patient und Angehörigen
- durch den Angehörigen
- durch den Patienten
- durch: \_\_\_\_\_

**Faktoren, welche die Pflege erschweren**

Nun möchten wir gerne wissen, ob es noch weitere Faktoren gibt, welche die Pflege ihres Angehörigen möglicherweise erschweren.

*Anmerkung: Die Fragen im Interview durchgehen. Es ist auch erlaubt, den Fragebogen dem Angehörigen zur Beantwortung auszuhändigen. Ist der Patient ohne Angehörige, dann die Fragen weglassen*

## **Faktoren, welche die Pflege erschweren**

Bitte beurteilen Sie den Zeitraum der letzten vier Wochen.

Zeigte der von Ihnen betreute Patient

### **Schlafstörungen?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient

### **Appetit- / Essstörungen?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von

### **Vergesslichkeit?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von

### **Aggression / Reizbarkeit / Labilität / Enthemmung?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von  
**Unruhe / Erregtheit?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient  
**eigenwilliges / uneinsichtiges / unangepasstes Verhalten?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

Zeigte der von Ihnen betreute Patient Zeichen von  
**Depression / Apathie / Angstzuständen?**

- nein, nie
- gelegentlich (weniger als 1x pro Woche)
- öfter (ca. 1x pro Woche)
- häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich)
- sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)

### Aktuelle Pflegesituation (HPS – Häusliche Pflegeskala)

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft.

Beantworten Sie bitte jede Frage!

Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich fühle mich „hin- und hergerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht

**GDS – Fragen Zur Befindlichkeit**

Bitte antworten Sie spontan – möglichst, ohne viel nachzudenken.

1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja	Nein
2.	Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	Ja	Nein
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	Ja	Nein
4.	Ist Ihnen oft langweilig?	Ja	Nein
5.	Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	Ja	Nein
6.	Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	Ja	Nein
7.	Sind Sie meistens zufrieden?	Ja	Nein
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja	Nein
9.	Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	Ja	Nein
10.	Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	Ja	Nein
11.	Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?	Ja	Nein
12.	Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind, eher wertlos?	Ja	Nein
13.	Fühlen Sie sich energiegeladen?	Ja	Nein
14.	Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	Ja	Nein
15.	Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	Ja	Nein

Ergebnis: (wird durch die Studienzentrale ermittelt)

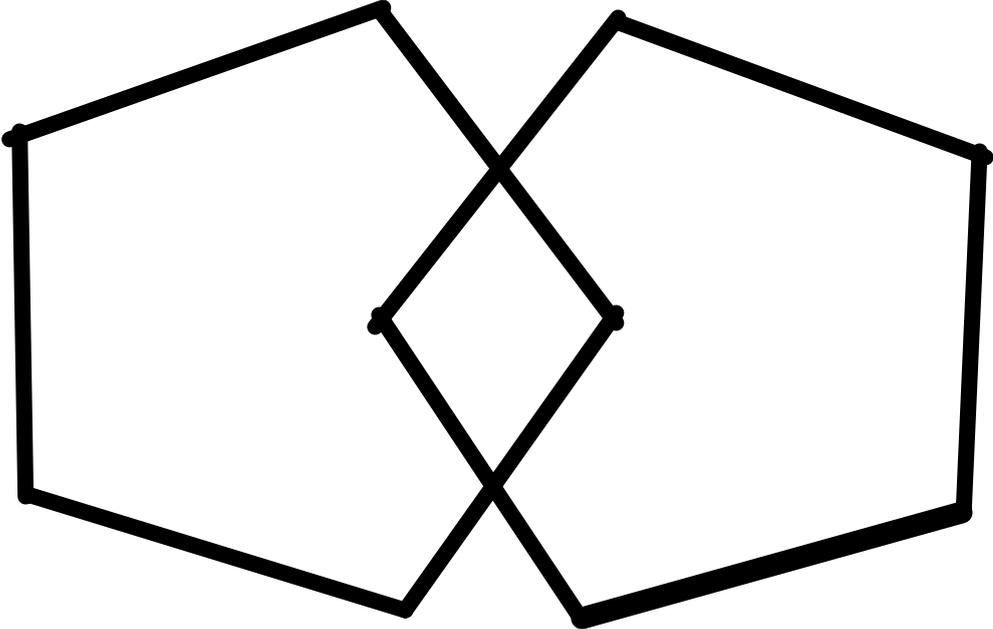
**SUMME**



**MMSE****Nun haben wir noch ein paar kleine Fragen zum Gedächtnis**

<b>A. Orientierung</b>		Score		
Zeit (z.B. Welchen Tag haben wir heute?)	1. Jahr	⊙ ①		
	2. Jahreszeit	⊙ ①		
	3. Datum	⊙ ①		
	4. Wochentag	⊙ ①		
	5. Monat	⊙ ①		
Ort (z.B. Wo sind wir?)	6. Land/ Staat	⊙ ①		
	7. Bundesland	⊙ ①		
	8. Stadt/ Ortschaft	⊙ ①		
	9. Klinik/ Praxis/ Altersheim	⊙ ①		
	10. Stockwerk/Abteil./Arztname	⊙ ①		
Summe (max. 10)				
<hr/>				
<b>B. Merkfähigkeit</b>				
Der Untersucher nennt folgende drei Gegenstände und fordert den Patienten auf, die Begriffe zu wiederholen (1 Punkt für jede richtige Antwort) Der Untersucher wiederholt die Wörter so lange, bis der Patient alle drei gelernt hat (höchstens 6 Wiederholungen)	1. Zitrone	⊙ ①		
	2. Schlüssel	⊙ ①		
	3. Ball	⊙ ①		
Summe ( max. 3)				
<hr/>				
<b>C. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit</b>				
Von 100 an sind jeweils 7 abzuziehen. Falls ein Rechenfehler gemacht wird und die darauf folgenden Ergebnisse "verschoben" sind, so wird nur ein Fehler gegeben. ODER Falls der Patient die Aufgabe nicht durchführen kann oder will, "RADIO" rückwärts buchstabieren lassen: O-I-D-A-R	1. 93	ODER	1. O	⊙ ①
	2. 86		2. I	⊙ ①
	3. 79		3. D	⊙ ①
	4. 72		4. A	⊙ ①
	5. 65		5. R	⊙ ①
Summe (max. 5)				
<hr/>				
<b>D. Erinnerungsfähigkeit</b>				
Der Untersucher fragt nach den drei zuvor genannten Wörtern.	1. Zitrone	⊙ ①		
	2. Schlüssel	⊙ ①		
	3. Ball	⊙ ①		
Summe (max. 3)				
<hr/>				
<b>E. Sprache</b>				
Der Untersucher zeigt zwei Gegenstände und fordert den Patienten auf, sie zu benennen.	1. Armbanduhr	⊙ ①		
	2. Bleistift	⊙ ①		
Der Untersucher fordert den Patienten auf, nachzusprechen	3. "Wie du mir so ich dir"	⊙ ①		
Der Untersucher lässt den Patienten folgendes Kommando befolgen	4. "Nehmen Sie dieses Blatt in die rechte Hand"	⊙ ①		
	5. "Falten Sie es in der Mitte"	⊙ ①		
	6. "Legen Sie es auf den Boden"	⊙ ①		
Der Untersucher bittet den Patienten	7. die Anweisung auf der Folgeseite zu befolgen	⊙ ①		
Der Untersucher dreht das Blatt um und fordert den Patienten auf	8. einen vollständigen Satz zu schreiben (Rückseite)	⊙ ①		
Der Untersucher lässt den Patienten die auf der Folgeseite vorgegebene Figur möglichst exakt abzeichnen. Alle 10 Ecken müssen wiedergegeben werden und zwei davon müssen sich überschneiden.	9. Nachzeichnen (Rückseite)	⊙ ①		
Summe (max. 9)				

**GESAMTSUMME**



**Vom Interviewer ausfüllen:****Die Bayer-Skala**

- wurde durch den Angehörigen ausgefüllt
- wurde durch den Angehörigen verweigert
- wurde im Interview mit dem Patienten ausgefüllt
- Konnte im Interview mit dem Patienten NICHT ausgefüllt werden ,weil
  - sie vom Patienten verweigert wurde
  - die Fragen den Patienten überforderten
- wurde ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

**Der Barthel-Index**

- wurde durch den Angehörigen ausgefüllt
- wurde durch den Angehörigen verweigert
- wurde im Interview mit dem Patienten ausgefüllt
- Konnte im Interview mit dem Patienten NICHT ausgefüllt werden, weil
  - er vom Patienten verweigert wurde
  - die Fragen den Patienten überforderten
- wurde ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

**Der Faktoren, welche die Pflege erschweren,**

- wurden durch den Angehörigen ausgefüllt
- wurden durch den Angehörigen verweigert
- konnten nicht ausgefüllt werden, weil kein Angehöriger vorhanden ist.

**Die HPS**

- wurden durch den Angehörigen ausgefüllt
- wurden durch den Angehörigen verweigert
- konnten nicht ausgefüllt werden, weil kein Angehöriger vorhanden ist.

**Der GDS**

- konnte ordnungsgemäß durchgeführt werden
- konnte NICHT ordnungsgemäß durchgeführt werden, weil
  - er vom Patienten verweigert wurde
  - er nicht, gar nicht oder nur teilweise durchführbar war
- Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Der MMSE**

- konnte ordnungsgemäß durchgeführt werden
- konnte NICHT ordnungsgemäß durchgeführt werden, weil
  - er vom Patienten verweigert wurde
  - er nicht gar nicht oder nur teilweise durchführbar war
- Bemerkung: \_\_\_\_\_







## 6.4 Fragebogen TOD

**Achtung: Alle Seiten dieses Bogens bitte zusammenheften!**

### BITTE EINTRAGEN!

Zentrum:	99
Int.Nr.:	

### Einleitung

Bedauern über das Ableben ausdrücken.

Um Entschuldigung dafür bitten, etwas über die näheren Umstände des Todesfalls zu erfahren, um daraus zu lernen, ob man etwas besser hätte machen können.

### Todeszeitpunkt

Datum oder	.....		
Wochen oder	..... Wochen n. Reha-Ende		
Zeitpunkt	<input type="radio"/> Anfang (1-10) <input type="radio"/> Mitte (11-20) <input type="radio"/> Ende (21-31)	Monat .....	<input type="radio"/> 2008 <input type="radio"/> 2009

### Todesursache

<input type="radio"/>	ernste unvorhergesehene Neuerkrankung
<input type="radio"/>	Verschlimmerung bestehender Erkrankung
<input type="radio"/>	Etwas anderes und zwar:

### Ort des Versterbens

<input type="radio"/>	Krankenhaus
<input type="radio"/>	Zu Hause /bzw. Pflegeheim
<input type="radio"/>	Woanders und zwar:





**6.5 Antworthilfen**

1

<b>1</b>	<b>sehr gut</b>
<b>2</b>	<b>gut</b>
<b>3</b>	<b>befriedigend</b>
<b>4</b>	<b>ausreichend</b>
<b>5</b>	<b>schlecht</b>

2

<b>1</b>	<b>voll und ganz</b>
<b>2</b>	<b>weitgehend</b>
<b>3</b>	<b>teils / teils</b>
<b>4</b>	<b>kaum</b>
<b>5</b>	<b>gar nicht</b>

3

<b>1</b>	<b>viel besser</b>
<b>2</b>	<b>besser</b>
<b>3</b>	<b>unverändert</b>
<b>4</b>	<b>schlechter</b>
<b>5</b>	<b>viel schlechter</b>

4

<b>1</b>	<b>sehr zufrieden</b>
<b>2</b>	<b>zufrieden</b>
<b>3</b>	<b>geht so</b>
<b>4</b>	<b>nicht zufrieden</b>
<b>5</b>	<b>sehr unzufrieden</b>

5	
<b>1</b>	<b>nie Schwierigkeiten</b>
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
<b>10</b>	<b>immer Schwierigkeiten</b>

Größe der Anwothilfen 1-4 jeweils DIN A 5, Anwothilfe 5 wurde in Din A 4 erstellt.