

**Der geriatrische Patient: Untersuchung zum Problem der
Einschätzung der Eignung von Patienten für die klinisch-geriatrische
Therapie**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn**

**vorgelegt von: Christiana Katharina Schwenk
aus: Frankfurt am Main**

Erscheinungsjahr: 2006

**Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn**

- 1. Gutachter: Prof. Dr. med. F. Vogel**
- 2. Gutachter: Prof. Dr. K. Rommelsheim**

Tag der mündlichen Prüfung: 19.01.2006

**Kliniken des Main – Taunus – Kreises GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe –
Universität Frankfurt / M.
Medizinische Klinik III – Innere Medizin / Pneumologie
Chefarzt Prof. Dr. med. F. Vogel**

**Diese Dissertation ist auf dem Hochschulschriftenserver der ULB
Bonn http://hss.ulb.uni-bonn.de/diss_online elektronisch publiziert**

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1 Einleitung	6
2 Allgemeiner Teil - Grundlagen	10
2.1 Aufgaben der klinischen Geriatrie	10
2.2 Der geriatrische Patient und seine speziellen Krankheitsbilder	11
2.3 Welche Patienten sind für eine klinisch-geriatrische Therapie geeignet?	12
2.4 Welche Patienten sind nicht für eine klinisch-geriatrische Therapie geeignet ?	12
3 Spezieller Teil - Studienumgebung, Material und Methoden	14
3.1 Struktur der Geriatrischen Abteilung	14
3.2 Aufnahmeverfahren von Patienten in die Geriatrische Abteilung	15
3.3 Datenerfassung	17
3.4 Datenauswertung	18
3.5 Definitionen	20
3.6 Der Barthel-Index	22
4 Ergebnisse	24
4.1 Beschreibung des Patientenkollektivs	24
4.1.1 Größe des Patientenkollektivs und geschlechtsspezifische Zusammensetzung	24
4.1.2 Altersverteilung und Durchschnittsalter des Patientenkollektivs	24
4.1.3 Aufnahmewege der Patienten in die Geriatrische Abteilung	25

4.1.4 Mitbeteiligung einer Pflegekraft am Entscheidungsprozess	26
4.1.5 Verweildauer in der Geriatrischen Abteilung.....	27
4.2 Einschätzung	28
4.2.1 Einschätzung bei Aufnahme.....	28
4.2.2 Einschätzung bei Entlassung.....	30
4.3 Vergleich der Einschätzung.....	32
4.3.1 Einschätzung bei Aufnahme.....	33
4.3.1.1 Vergleich der Begründung bei kritischer Einschätzung .	34
4.3.2 Einschätzung bei Entlassung.....	35
4.3.2.1 Vergleich der Begründung bei kritischer Einschätzung .	37
4.3.3 Gegenüberstellung der Einschätzung bei Aufnahme und Entlassung	38
4.4 Verlauf der Einschätzung.....	38
4.4.1 Einschätzung des <i>Pflegepersonals</i>	39
4.4.2 Einschätzung des <i>ärztlichen Dienstes</i>	40
4.5 Einschätzung in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg	42
4.5.1 Einschätzung bei Aufnahme.....	42
4.5.2 Einschätzung bei Entlassung.....	44
4.6 Einschätzung und Mitbeteiligung einer Pflegekraft an dem Entscheidungsprozess	46
4.6.1 Mitbeteiligung einer Pflegekraft in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg	46
4.6.2 Einschätzung in Abhängigkeit von der Mitbeteiligung einer Pflegekraft.....	47
4.6.2.1 Einschätzung bei Aufnahme	47
4.6.2.2 Einschätzung bei Entlassung	49
4.6.3 Verlauf der Einschätzung in Abhängigkeit von der Mitbeteiligung einer Pflegekraft.....	51
4.6.3.1 Einschätzung des <i>Pflegepersonals</i>	51
4.6.3.2 Einschätzung des <i>ärztlichen Dienstes</i>	53
4.7 Barthel-Index	54
4.7.1 Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung.....	54
4.7.2 Patientenbezogene Änderung des Barthel-Index im Verlauf der Therapie	55

4.7.3 Vergleich der Barthel-Indizes des Patientenkollektivs.....	56
4.7.3.1 Gruppenbezogener Vergleich der Barthel-Indizes	57
4.7.4 Barthel-Index Zugewinn nach Ablauf der Therapie	61
4.7.5 Aufnahmeeinschätzung in Abhängigkeit vom Barthel-Index bei Aufnahme	62
4.7.6 Aufnahmeeinschätzung in Abhängigkeit von der Barthel- Index- Änderung	64
4.7.7 Durchschnittliche Verweildauer in Abhängigkeit vom Barthel-Index bei Aufnahme	67
5 Diskussion	68
6 Zusammenfassung	77
7 Literaturverzeichnis	79
Anlagen	83
Lebenslauf	91

1. Einleitung

Die medizinische Versorgung älterer Patienten mit kurativer und integral rehabilitativer Zielsetzung erfolgt zunehmend in speziell für dieses Patientenkontingent ausgestatteten geriatrischen Einrichtungen. In Deutschland sind diese nach Bundesländern unterschiedlich organisiert. Das Hessische Geriatrie-Konzept von 1992 empfiehlt die Einbindung in Akuthäuser (2, 24).

Der Bedarf an solchen Therapie- und Rehabilitationsplätzen steigt entsprechend der Altersstruktur unserer Gesellschaft weiter an. Der Anteil der über 60-Jährigen in der Bevölkerung Deutschlands liegt heute schon bei 21 % und der über 65-Jährigen bei 14 % (4, 3). Wingen und Cornelius beschrieben 1992 die demographische Entwicklung moderner Industriegesellschaften bei langfristigem Geburtenrückgang sowie zunehmenden Alterungsprozess der Nationen als „kollektives Altern“ oder „greying world“ (25). Diese Tendenz hält an, so dass 2030 voraussichtlich 33 % der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein werden. Bevölkerungsstatistiker bezeichnen dieses Phänomen als Umschichtung des „Lebensbaumes“ in einen „Alterspilz“ (3).

Besonders in Zeiten knapper werdender Ressourcen ist es in allen Arbeitsbereichen erforderlich, die vorhandenen Mittel gezielt und ökonomisch einzusetzen. So natürlich auch in der geriatrischen Medizin, die bei begrenztem Bettenangebot mit einer sehr personal- und damit kostenträchtigen Therapie verbunden ist.

Bei steigender Zahl potenzieller Patienten ist es wichtig, die geeigneten auszuwählen. Dazu wird zunehmend häufig in deutschen geriatrischen Einrichtungen das Instrument des Geriatrischen Konsils eingesetzt. Hierbei werden die Patienten durch den Geriater hinsichtlich ihrer Eignung zur geriatrischen Therapie untersucht.

Es gilt, die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose aus den zu diesem Zeitpunkt erhebbaren Informationen und Befunden festzustellen. Anhand der genannten Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation definiert der Geriater die Rehabilitationsziele des Patienten und entscheidet damit über die Über- oder Aufnahme in die Geriatrie.

Um motiviert mit den Patienten arbeiten zu können, ist entscheidend, dass die Vertreter des geriatrischen Teams von der Eignung des Patienten zur geriatrischen Therapie überzeugt sind und ein positiver Behandlungserfolg zu erwarten ist.

Dies gilt insbesondere für das *Pflegepersonal*, die bei den sehr pflegeintensiven Patienten einer großen Belastung ausgesetzt sind. Unzureichende Therapieergebnisse geriatrischer Patienten können zu negativem Erleben der eigenen Tätigkeit führen und wirken sich ungünstig auf die Motivation und damit auf die Arbeitsatmosphäre aus.

Inwieweit ist es möglich, zum Zeitpunkt der Aufnahme eine verlässliche Aussage hinsichtlich der Eignung älterer Patienten zur klinisch-geriatrischen Therapie zu machen?

Dieser Frage ging eine Untersuchung der Geriatrischen Abteilung der Kliniken des Main-Taunus-Kreises in Hofheim nach. Nachdem Anfang 2001 vom *Pflegepersonal* dieser Abteilung Bedenken geäußert wurden, dass zunehmend häufig für die geriatrische Therapie ungeeignete Patienten zur stationären Aufnahme in die Geriatrie kämen.

Daraufhin initiierte die ärztliche Leitung die folgende Untersuchung, die dieses subjektive Erleben des *Pflegepersonals* objektivieren sollte.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine Aussage zu der Problematik der prädiktiven Eignung von Patienten zur geriatrischen Therapie machen zu können.

Hierzu wurden die Einschätzungen des *Pflegepersonals* und des *ärztlichen Dienstes* bezüglich der Eignung von Patienten zu Beginn und zum Ende der Therapie ausgewertet.

Des weiteren sollten folgende Fragen untersucht werden:

- Wie groß ist der von Arzt und *Pflegepersonal* bei Aufnahme und bei Entlassung eingeschätzte Anteil „geeigneter“ oder „eingeschränkt bzw. nicht geeigneter“ Patienten?

- Besteht zwischen den beiden Berufsgruppen *Pflegepersonal* und *ärztlicher Dienst* eine Diskrepanz bzw. Übereinstimmung der

vorgenommenen Einschätzung bezüglich der Eignung der stationär aufgenommenen Patienten?

- Wie häufig revidieren das *Pflegepersonal* und der *ärztliche Dienst* ihre anfängliche Einschätzung am Ende der Behandlung?

- Werden die Patienten hinsichtlich ihrer Eignung von Seiten des *Pflegepersonals* und des *ärztlichen Dienstes* eher über- oder unterschätzt?

- Verschätzen sich die Vertreter beider Berufsgruppen in ähnlicher Weise oder bestehen deutliche Unterschiede?

- Können aus den für eine kritische Einschätzung angegebenen Gründen Kriterien erarbeitet werden, die für künftige Aufnahmeentscheidungen hilfreich sind?

- Ergeben sich Unterschiede bezüglich der Eignung der Patienten, je nachdem ob das *Pflegepersonal* am Entscheidungsprozess beteiligt war?

Zur empirischen Klärung dieser Fragen wurden folgende Hypothesen formuliert:

□ Es wird eine große Anzahl von Patienten geben, bei denen es hinsichtlich der vorgenommenen Einschätzungen eine Übereinstimmung besteht und der eher kleinere Anteil von strittigen Patienten wird in seiner Quantität durch die intensive Diskussion und emotionale Belastung überbewertet und als großes Problem empfunden.

□ Die Pflege wird sich in beiden Richtungen in ähnlicher Weise verschätzen.

□ Der behandelnde Arzt wird sich häufiger irren, da er initial eher eine positive Entwicklung prognostiziert, weil er direkt in die

Entscheidung zur Übernahme eingebunden ist und entsprechend nicht geeignete Patienten schon beim Konsil ablehnen kann.

□ Einzelne Gründe einer negativen Einschätzung werden für künftige Entscheidungen hilfreich sein, die meisten Begründungen jedoch nicht verallgemeinerbare Aspekte darstellen.

□ Bei der Mitbeteiligung der Pflege, die bisher in deutschen Kliniken eher die Ausnahme ist, wird die Rate ungeeigneter Patienten geringer sein, da neben ärztlichen auch pflegerische Aspekte gesehen werden, die einen entscheidenden Einfluss auf den Behandlungserfolg haben können.

2. Allgemeiner Teil - Grundlagen

2.1 Aufgaben der klinischen Geriatrie

Die klinische Geriatrie umfasst sowohl kurativ-medizinische als auch rehabilitative Aufgaben mit dem Ziel, auf jeder Stufe für den Patienten eine größtmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung zu erreichen oder zu erhalten.

Um dem komplexen, mehrdimensionalen Krankheitsbild geriatrischer Patienten gerecht zu werden, ist es notwendig, dass ein multi-professionelles Behandlungsteam bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, physikalischen Therapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen interdisziplinär „an“ und „mit“ dem Patienten arbeitet. Hierbei übernimmt der Arzt die Koordination von Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Krankheiten und ihren Folgen im Alter unter Berücksichtigung der Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung des älteren Patienten und stellt die Indikation zur geriatrischen Therapie.

Zu den Aufgaben des geriatrischen Teams gehören die Festlegung des individuellen alltagsrelevanten Therapie- und Behandlungsplans unter Berücksichtigung des prämorbidem Zustands, der persönlichen Ressourcen und des sozialen Umfeldes (16).

Das Ziel dieser Therapie und Rehabilitation ist:

- der Erhalt bzw. die Steigerung der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), die Wiederherstellung verloren gegangener Funktionen und Fähigkeiten,
- die Sicherung der Weiterversorgung nach Entlassung aus der klinischen Geriatrie möglichst im vom Patienten gewünschten Umfeld, den Erhalt bzw. Steigerung der Lebensqualität (2).

Eine besondere Bedeutung kommt bei der Rehabilitation des geriatrischen Patienten der aktivierenden Pflege sowie der Physio- und Ergotherapie mit aktiven Übungsmaßnahmen („Fördern durch Fordern“) zu, um zum einen einem „klinischen Immobilitätssyndrom“

mit den verbundenen Risiken vorzubeugen und zum anderen durch gezielte bewegungstherapeutische Übungen die Selbständigkeit des Patienten zu erhalten (23). Hieraus leitet sich im Gegensatz zu der in den meisten geriatrischen Einrichtungen praktizierten Konsiliar-tätigkeit, die erst nach erfolgter Anmeldung angewendet wird, die Notwendigkeit eines routinemäßigen geriatrischen Screenings am Akutkrankenhaus ab. Damit soll eine möglichst frühzeitige Verlegung in eine Geriatrische Abteilung unter Reduzierung der Wartezeit ermöglicht werden, um durch frühzeitigen Therapiebeginn den Behandlungserfolg geriatrischer Patienten zu sichern (21, 7).

2.2. Der geriatrische Patient und seine speziellen Krankheitsbilder

Der geriatrische Patient ist durch ein höheres Lebensalter, in der Regel älter als 65 Jahre, gekennzeichnet. Er ist multimorbide und besitzt mehrere sich gegenseitig beeinflussende Erkrankungen und Behinderungen. Diese führen bei reduziertem Adaptationsvermögen zum Verlust der Fähigkeit zur Selbstpflege und Alltagsbewältigung mit der Folge, dass der ältere Patient seine Selbständigkeit verliert und hilfsbedürftig wird. Das aktuelle Ausmaß der Einschränkung des Adaptationsvermögen auf veränderte Lebensumstände und Umweltbedingungen, die durch bereits bestehende oder neu aufgetretene Krankheiten präsent werden, bestimmt die Größenordnung der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit (13, 16).

Spezielle, in der Geriatrie vorkommende Krankheitsbilder sind:

das Immobilitätssyndrom,
die Sturzkrankheit,
das Vorhandensein von Kommunikationsstörungen,
das Bestehen einer Inkontinenz,
das Vorliegen kognitiver Defizite.

All diesen genannten Krankheitsbildern liegen unterschiedliche Erkrankungen zugrunde. Einige typische geriatrische Erkrankungen sind:

der cerebrale Insult und seine Folgen,

die kardiopulmonalen Erkrankungen,
das Parkinson-Syndrom,
das Vorhandensein von Knochen- und Gelenkerkrankungen,
die periphere arterielle Verschlusskrankheit.

All die genannten Erkrankungen zeigen neben dem Bedarf der interdisziplinären medizinischen Versorgung und intensiven therapeutischer Pflege eine ausgeprägte Rehabilitationsnotwendigkeit (2).

2.3. Welche Patienten sind für eine klinisch-geriatrische Therapie geeignet?

Ältere Patienten sind dann für eine geriatrische Therapie geeignet und sollten einer klinisch-geriatrischen Therapie zugeführt werden, wenn trotz ihrer bestehenden Multimorbidität eine positive Behandlungs- und/oder Rehabilitationsprognose bei bestehender Therapiefähigkeit vorhanden ist. Des Weiteren sollten sie motiviert sein, an der multimodalen geriatrischen Komplexbehandlung mitzuwirken. Oft kann im Rahmen eines Geriatrischen Konsils nicht eindeutig geklärt werden, ob Patienten tatsächlich für eine klinisch-geriatrische Therapie geeignet sind. In solchen Fällen ist die geriatrische Behandlung auf Probe gerechtfertigt, um die Therapie- und Rehabilitationsfähigkeit im Verlauf zu prüfen und dem Rechtsanspruch „Rehabilitation vor Pflege“ stattzugeben (2).

2.4. Welche Patienten sind nicht für eine klinisch-geriatrische Therapie geeignet ?

Patienten, die jünger als 60 Jahre alt sind und die einen Barthel-Index über 75 Punkte bei Aufnahme erreichen, erfüllen in der Regel die Voraussetzung zur Anschlussrehabilitation, so dass keine geriatrische vollstationäre Behandlungsindikation vorliegt. In diesen Fällen können andere Therapieformen wie ambulante oder

teilstationäre Therapien angewendet werden. Zusätzlich sollte bei diesen Patienten kritisch geprüft werden, ob sie für eine andere Form der Rehabilitation geeignet sind (21).

Patienten mit längerfristig bestehenden Einschränkungen (> sechs Monate), mit ungünstiger Prognose der Grunderkrankung, mit der Vordringlichkeit einer anderen Therapie, sowie Patienten mit fortgeschrittener Demenz oder psychomotorischer Unruhe sind primär für eine klinisch-geriatrische Behandlung nicht geeignet (21).

Weiterhin werden solche Patienten als nicht geeignet eingestuft, die eine geriatrische Behandlung ablehnen.

Als Fehlbelegung in der Geriatrie werden solche Patienten bezeichnet, die aufgrund ihrer Erkrankung einer intensivmedizinischen Überwachung und Therapie bedürfen oder beatmungspflichtig sind. Auch Patienten, bei denen eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht oder die eine Erkrankung aufweisen, die nach dem Infektionsgesetz isoliert behandelt werden muss, sind für eine klinisch-geriatrische Therapie nicht geeignet. Dagegen sind akute oder chronische Verwirrheitszustände als Folge einer bestehenden Grunderkrankung keine Ausschlusskriterien für eine geriatrische Therapie. Auch eine bereits erfolgte Einstufung in eine Pflegestufe ist nach SGB XI kein Grund, eine klinisch-geriatrische Therapie abzulehnen (2).

3. Spezieller Teil - Studienumgebung, Material und Methoden

3.1. Struktur der Geriatriischen Abteilung

Die Geriatriische Abteilung der Main-Taunus-Kliniken im Standort in Hofheim besteht seit Dezember 1997. Sie hat 40 Betten zur stationären Therapie zur Verfügung und entspricht damit der im hessischen Geriatriekonzept geforderten Mindestbettenanzahl (26). Die Patienten werden auf zwei Stationen verteilt. Im Haupthaus (Station 1) werden 30 und im Nebenhaus (Station 9) zehn Patienten therapiert.

Die Geriatriische Abteilung ist eine der zehn Abteilungen der Main-Taunus-Kliniken mit ihren Standorten in Hofheim und Bad Soden (12 km Distanz).

Neben der Geriatrie gibt es in Hofheim die Fachabteilungen:
Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie mit 53 Betten,
Unfallchirurgie mit 64 Betten,
Plastische Chirurgie mit 33 Betten,
Allgemeine Psychiatrie mit 40 Betten,

in Bad Soden die Fachabteilungen:
Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie mit 65 Betten,
Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie mit 63 Betten,
Allgemeine Chirurgie mit 100 Betten,
Urologie mit 39 Betten,
Gynäkologie mit 60 Betten.

Die Geriatriische Abteilung wird von einem Internisten geleitet, der die Organisation der Abteilung mit dem geriatrischen Konsiliardienst die Diagnostik und Therapie der Patienten und die Angehörigenarbeit verantwortet.

Ihm sind in der Regel vier Assistenzärzte/-innen unterstellt, die sich in der Weiterbildung für Innere- bzw. Allgemeinmedizin befinden. Neben dem *ärztlichen Dienst* besteht das geriatrische Team aus dem

Pflegepersonal (Kranken- und Altenpflege), Physio- und Ergo-therapeuten, zwei Logopädinnen, einer Psychologin und einer Sozialberaterin sowie assoziiert die Diätberatung der Kliniken. Bei Bedarf kann ein evangelischer bzw. katholischer Seelsorger hinzu gezogen werden. Mit dieser personellen Zusammensetzung wird entsprechend dem Strukturstandard Geriatrischer Einrichtungen der Notwendigkeit eines multiprofessionellen Teams in der Geriatrie zur Behandlung geriatrischer Patienten Rechnung getragen (16, 24).

3.2. Aufnahmeverfahren von Patienten in die Geriatrische Abteilung

Grundsätzlich existieren verschiedene Zugangswege in die Geriatrische Abteilung. Zahlenmäßig überwiegen die Verlegungen aus den anderen Abteilungen der Klinik, einschließlich der Zentralambulanz in Hofheim, ein kleiner Teil kommt als Verlegung aus anderen Krankenhäusern oder als gezielte Direkteinweisung durch den Hausarzt. Entsprechend unterscheiden sich die Aufnahmeprozeduren von einander.

Übernahme aus dem stationären Bereich der Kliniken des MTK

Bevor es zur stationären Übernahme eines Patienten in die Geriatrische Abteilung kommt, erfolgt zunächst eine schriftliche Anmeldung über ein standardisiertes Anmeldeformular (s. Anlage 2: Anmeldebogen für die Geriatrische Abteilung).

Auf diesem Anmeldebogen beschreibt der behandelnde Arzt die aktuelle Problematik des Patienten sowie bereits bestehende Erkrankungen.

Bereits im Rahmen der Anmeldung sollte das Einverständnis sowie die generelle Bereitschaft für eine mindestens 14 bis 21-tägige geriatrische Therapie vom Patienten vorliegen. Wichtig ist außerdem, dass die Anmeldung das sozial-geriatrische Behandlungsziel sowie den gewünschten Übernahmetermin beinhaltet.

Möglichst zeitnah führt der Geriater das Konsil (s. Anlage 3: Geriatrisches Konsil) mit partieller Erhebung des geriatrischen Assessments durch.

Handelt es sich um eine geplante Zuweisung aus dem Krankenhaus Hofheim, findet dieses Konsil unter Mitbeteiligung einer geriatrisch tätigen Pflegekraft statt, wohingegen die Konsile in Bad Soden aus logistischen Gründen in aller Regel nur ärztlich durchgeführt werden.

Übernahme aus der Zentralambulanz in Hofheim

Wird ein Patient vom Arzt der Zentralambulanz in Hofheim bei Einlieferung als möglich geriatrisch geeigneter Patient eingeschätzt, so wird dieser direkt in den Ambulanzräumlichkeiten von einem Geriater und – wenn zeitlich möglich – auch von einer Pflegekraft der Geriatrischen Abteilung auf die Indikation zur geriatrischen Therapie in Form eines etwas verkürzten Geriatrischen Konsils untersucht.

Für eine geriatrische Therapie geeignete Patienten werden so direkt der für „den geriatrischen Patienten“ besseren Versorgungsform zu geführt. Dies zeigt das Ergebnis einer im Jahr 2002 von Ingvild Saltvedt und ihren Kollegen in Norwegen durchgeführten prospektiven randomisierten Studie. In dieser Studie konnte eine geringere Mortalität geriatrischer Patienten innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung mit einer geriatrischen Akutbehandlung verglichen zu solchen Patienten, die auf einer internistischen Station behandelt wurden, nachgewiesen werden (19, 9).

Der direkte Zugang über die Zentralambulanz hat zusätzlich den Vorteil, dass, bedingt durch die verkürzte Vorverweildauer, die zunehmende Immobilisierung und die Abnahme der Selbstversorgungskompetenz des geriatrischen Patienten geringer ausfallen und die Liegezeiten der Patienten sich verkürzen.

Aus diesem Grund wird ein routinemäßiges Screening am Akutkrankenhaus von einigen Geriatern befürwortet, um geriatrische Patienten in der Frühphase ihrer „Krankenhauskarriere“ zu erkennen und unnötige sowie für den Patienten nachteilige Wartezeiten zu vermeiden (21).

Übernahme aus anderen Kliniken oder Direkteinweisung durch den Hausarzt

Bei den Patienten, die telefonisch vom Hausarzt oder Stationsarzt eines anderen Krankenhauses für die Geriatrische Abteilung angemeldet werden, wird die Aufnahmeentscheidung aus dem Telefonat

abgeleitet. Hierbei steht dem geriatrisch tätigen Arzt ein Formular (s. Anlage 4: Anmeldebogen zur Direktaufnahme) als Dokumentationshilfe zur Verfügung.

Bei diesem Weg der direkten Einweisung über den Hausarzt oder den behandelnden Arzt eines Fremdkrankenhauses ist es logistisch nicht möglich, den Patienten in einem Konsil persönlich zu untersuchen.

Insgesamt entspricht diese Vorgehensweise den Empfehlungen des Fachausschusses „Qualitätssicherung in der Geriatrie“ (2) und ist geeignet, zeitaufwendige Rückfragen, ärztliche Stellungnahmen und letztlich Fehlbelegungen zu vermeiden. Aus schriftliche Anmeldung, Konsilen und Telefonaten sind für den Geriater fachgerechte Aufnahmekriterien abzuleiten und ein einfach zu handhabendes Überleitungsverfahren, das sicherstellt, dass der „geeignete Patient“ zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Einrichtung aufgenommen wird.

3.3. Datenerfassung

Zur Klärung der Hypothesen wurden Daten in einer Basisdokumentation (Anlage 1: Erhebungsbogen) für ein Patientenkollektiv der Geriatrischen Abteilung der Kliniken des Main-Taunus-Kreises in Hofheim gesammelt. Dazu wurden im Jahr 2001 in einem 6-monatigen Erhebungszeitraum alle stationär aufgenommenen Patienten der Station 1 einbezogen (s. Punkt 3.1 Struktur der Geriatrischen Abteilung) und unter dem Aspekt der in der Einleitung genannten Fragestellungen untersucht.

Um die Problematik der prädiktive Eignung und ihre subjektive Komponente zu verdeutlichen, gaben der *ärztliche Dienst* und das *Pflegepersonal* einen Tag nach erfolgter Aufnahme der Patienten eine erste Einschätzung ab.

Die vorgenommene Einschätzung bei Aufnahme differenzierte zwischen „geeignet“, „fraglich geeignet“ und „nicht geeignet“.

Da jeder Übernahme eines Patienten ein Geriatrisches Konsil vorausging, dies verbunden mit einer zumindest seitens der Ärzte positiven Übernahmeentscheidung (s. Punkt 3.2 Aufnahmeverfahren von Patienten in die Geriatrische Abteilung), kam seitens des *ärztlichen Dienstes* die kritische Einschätzung „nicht geeignet“ zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht vor.

Eine zweite Einschätzung wurde nach Beendigung der geriatrischen Therapie zum Zeitpunkt der Entlassung vom *Pflegepersonal* und dem *ärztlichen Dienst* vorgenommen. Sie wurde vom stationären Verlauf des jeweiligen Patienten, dem gewonnenen Eindruck, der Motivation und Mitarbeit sowie von der physischen Fähigkeit, bei der angebotenen Therapie mitzuwirken, bestimmt und retrospektiv getroffen. Die Einschätzung zum Zeitpunkt der Entlassung unterschied sich in „geeignet“, „mäßig geeignet“, „indifferent“, „schlecht geeignet“ und „keine Aussage“.

Somit standen dem *ärztlichen Dienst* und dem *Pflegepersonal* drei Wahlmöglichkeiten bei Aufnahme und fünf Wahlmöglichkeiten bei Entlassung zur Verfügung.

Bei kritischer Einschätzung begründeten beide Berufsgruppen ihre vorgenommene Einschätzung mit frei wählbaren Gründen.

Der subjektiven Komponente der prädiktiven Eignung wurde zur Benennung des medizinisch-geriatrischen Therapieerfolges der Barthel-Index als ein objektives Kriterium gegenüber gestellt, der als Standard für die Bewertung der Selbständigkeit bei grundlegenden Alltagsaktivitäten gilt (13, 14, 12). Hierzu wurde der Barthel-Index zum Zeitpunkt der Aufnahme und einen Tag vor Entlassung von einer Bezugspflegekraft erhoben.

3.4. Datenauswertung

Nach sechs Monaten waren 307 Patienten (N = 307) in die Untersuchung eingeschlossen worden.

Die erhobenen Datensätze wurden auf folgende Parameter in ihrer Häufigkeit untersucht:

- die von *Pflegepersonal und ärztlichen Dienst* vorgenommene Einschätzung bei Aufnahme (Beginn der geriatrischen Therapie) und bei Entlassung (Ende der geriatrischen Therapie) bezüglich der Eignung der Patienten für eine Therapie,
- die bei kritischer Einschätzung vom *Pflegepersonal und dem ärztlichen Dienst* vorgenommenen Begründungen, der Aufnahmeweg in die geriatrische Abteilung und sein Einfluss auf die Einschätzung,
- die Mitbeteiligung einer Pflegekraft an der Entscheidung, einen Patienten geriatrisch aufzunehmen und ihr Einfluss auf die Einschätzung,
- der Barthel-Index bei Aufnahme und sein Einfluss auf die Einschätzung zum Zeitpunkt der Aufnahme, die Barthel-Index-Änderung nach Ablauf der Therapie und ihre Beziehung zur Einschätzung,
- die durchschnittliche Verweildauer bezogen auf den Barthel-Index bei Aufnahme.

Die hinsichtlich der Einschätzung bei Aufnahme und Entlassung durch das *Pflegepersonal* und den *ärztlichen Dienst* erhobenen Daten lassen sich unter drei Gesichtspunkten auswerten:

- Die Auswertung der Daten des Gesamtkollektivs isoliert für die Berufsgruppen und die Erhebungszeitpunkte. Diese Form der Auswertung ermöglicht eine Aussage über die prozentuale Verteilung der eingeschätzten Eignung des Gesamtkollektivs.
- Der Vergleich der Daten der einzelnen Patienten bezüglich der Übereinstimmung beziehungsweise Diskrepanz der von dem *Pflegepersonal* und dem *ärztlichen Dienst* zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung getrennt vorgenommenen Einschätzungen.
- Die Auswertung der Daten der einzelnen Patienten bezüglich der Bestätigung oder Abweichung der Aufnahmeeinschätzung zum Zeitpunkt der Entlassung durch die jeweilige Berufsgruppe. Diese

Form der Auswertung ermöglicht eine Aussage über die Qualität der prädiktiven Eignung.

3.5. Definitionen

⇒ Die Einschätzung „geeignet“ bei Aufnahme bezeichnet die subjektive Einschätzung des Arztes bzw. des *Pflegepersonals*, dass bei dem Patienten sowohl eine Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose besteht.

⇒ Die kritische Einschätzung „fraglich geeignet“ bei Aufnahme bezeichnet die bereits zu Beginn der stationären Therapie seitens des *Pflegepersonals* und/oder des *ärztlichen Dienstes* bestehende Unsicherheit an der Rehabilitationsnotwendigkeit bzw. -fähigkeit oder positiven Rehabilitationsprognose. Diese Einschätzung entspricht dem Anspruch der Patienten auf eine „Therapie auf Probe“ (2).

⇒ Die kritische Einschätzung „nicht geeignet“ bei Aufnahme, die nur vom *Pflegepersonal* vorgenommen wurde, bezeichnet die zu Beginn der Therapie fehlende subjektive Überzeugung, dass der aufgenommene Patient weder eine Rehabilitationsnotwendigkeit bzw. -fähigkeit noch eine positive Rehabilitationsprognose besitzt. Diese Form der Einschätzung bei Aufnahme wurde vom *ärztlichen Dienst* nicht gewählt, da diese Patienten bereits von einem Arzt als „geeignet“ bzw. als „fraglich geeignet“ eingestuft und infolgedessen stationär aufgenommen oder übernommen wurden (s. Punkt 3.3 Datenerfassung).

⇒ Die Einschätzung „gut geeignet“ bei Entlassung bezeichnet den subjektiven Eindruck des *ärztlichen Dienstes* und des *Pflegepersonals*, dass der Patient von der geriatrischen Therapie profitiert hat.

⇒ Die Einschätzung „mäßig geeignet“ bei Entlassung bezeichnet den subjektiven Eindruck beider Berufsgruppen, dass der Patient

eingeschränkt von der angebotenen Therapie profitierte, aber nicht in dem erwarteten Maß.

⇒ Die Einschätzungen „indifferent bzw. keine Aussage“ bei Entlassung bezeichnen die vom *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst* nicht eindeutig zuzuordnenden Patienten.

⇒ Die Einschätzung „schlecht geeignet“ bei Entlassung wurde zu diesem Zeitpunkt von beiden Berufsgruppen gewählt. Sie bezeichnet den subjektiven Eindruck, dass diese Patienten nicht von der Therapie profitiert haben und retrospektiv betrachtet eine Fehlbelegung darstellten.

⇒ Die prädiktive Eignung ist ein Maß für die Qualität der Einschätzung bei Aufnahme und ergibt sich aus der Betrachtung der Daten des jeweiligen Behandlungsfalls (s. Punkt 3.4 Datenauswertung).

⇒ Als „interne Übernahmen“ werden die Patienten bezeichnet, die aus der Zentralambulanz und den anderen Fachabteilungen der Klinik Hofheim in die Geriatrische Abteilung übernommen wurden.

⇒ Als „externe Übernahmen“ werden die Patienten bezeichnet, die aus der Klinik Bad Soden, Fremdkrankenhäuser der Region und über Direkteinweisung durch den Hausarzt in die Geriatrische Abteilung übernommen wurden.

⇒ Geriatrisches Minimum Data Set („Gemidas“) bezeichnet eine externe Qualitätssicherung. Es ist ein mit Ausnahme von Bayern bundessweit einheitliches Erfassungssystem der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen e.V. (BAG) allgemeiner Daten und einer Auswahl des Geriatrischen Assessments (24, 1).

⇒ Die Größe des „funktionellen Therapieerfolges“ kann aus der Differenz des Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung entsprechend der Barthel-Index-Änderung ersehen werden.

Anmerkung: Der Barthel-Index-Zugewinn gilt als kurzfristiger Erfolgsparameter zum Entlassungszeitpunkt der Patienten, der keine Aussage über den längerfristigen Behandlungserfolg zulässt, da die Patienten nach ihrer Entlassung nicht weiter untersucht wurden (11). Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass der Barthel-Index nur ein möglicher Parameter ist, um die Erfolge der geriatrischen Therapie zu beschreiben, der besonders im höheren Bereich die Erfolgskriterien aufgrund des „Ceilingeffektes“ (s. Punkt 3.6 Der Barthel-Index) nicht ausreichend beschreibt

3.6. Der Barthel-Index

Der Verlust der Selbständigkeit durch Defizite in Fähigkeiten, die zur Bewältigung des täglichen Lebens notwendig sind, stellt ein ganz wesentliches Kriterium für eine geriatrische Therapie dar.

Ein in der Handhabung relativ einfach durchzuführendes Instrument zur Erfassung des funktionalen Selbsthilfestatus, ist der von Mahoney und Barthel 1965 eingeführte Barthel-Index, der vom Pflegepersonal im Rahmen der geriatrischen Funktionsbewertung („Geriatric Assessment“) für jeden Patienten erhoben wird.

Er bewertet in zehn unterschiedlich gewichteten Items grundlegende Alltagsaktivitäten mit insgesamt 100 Punkten. Ein Patient mit einem Barthel-Index von 100 Punkten kann sich ohne fremde Hilfe waschen und anziehen, selbständig essen, seine Ausscheidungen kontrollieren und 45 m ohne Hilfe gehen sowie alleine Treppen steigen. Auch wenn die maximal mögliche Punktzahl von 100 erreicht wurde, die wie zuvor beschrieben eine Unabhängigkeit in den Basisfunktionen ausdrückt, kann durchaus ein darüber hinaus gehender Unterstützungsbedarf bestehen, da die psychosozialen Aspekte, z. B. die notwendige Außenstimulation des Patienten, nicht mit erfasst sind. Die relativ groben Abstufungen können v.a. in den oberen Punktzahlbereich > 90 Punkte zum „Ceilingeffekt“ führen, der funktionell erreichte Verbesserungen nicht mehr ausreichend abbildet.

Trotz der genannten Einschränkungen wurde der Barthel-Index durch seine Anschaulichkeit und die Möglichkeit, auf spezifische

Testverfahren zu verzichten, zum weltweit verbreitetsten Standard-Assessment-Instrument für die Beurteilung der körperlichen Selbstversorgungsfähigkeiten (13, 14, 12).

Die Geriatriische Abteilung des Krankenhauses Hofheim verwendet den Barthel-Index nach dem „Hamburger Einstufungsmanual“, welches eigens zur Bewertung der Alltagskompetenzen geriatrischer Patienten modifiziert wurde. Er wird für jeden Patienten einmal wöchentlich erhoben und diente der Verlaufsbeobachtung des funktionalen Selbsthilfestatus während der Therapie (siehe Anlage 5: Barthel-Index (Hamburger Einstufungsmanual) erarbeitet von der Arbeitsgruppe „Barthel-Index“ der RAG Hamburg der BAG)

Im Rahmen des geriatrischen Assessments gibt es eine ganze Reihe von Funktionstests, die die Komplexität menschlicher Funktionen interdisziplinär erfassen können. Sie sollen medizinische, psychosoziale und funktionelle Fähigkeiten und Probleme des älteren Menschen quantifizieren und dienen als Grundlage für eine fachlich kompetente ärztliche Diagnostik und ganzheitliche Versorgung des geriatrischen Patienten (13).

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf den Barthel-Index zur objektiven Verlaufskontrolle. Er lässt die Alltagsfunktionen der Patienten sehr gut erkennen, ist leicht durchführbar und in den geriatrischen Einrichtungen weit verbreitet.

Die genaue Aufteilung der einzelnen geprüften Fähigkeiten und ihre Bewertung kann dem Einstufungsmanual Barthel-Index (siehe Anlage 5) entnommen werden.

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung des Patientenkollektivs

4.1.1 Größe des Patientenkollektivs und geschlechts-spezifische Zusammensetzung

307 Patienten wurden im ersten Halbjahr 2001 auf die Station 1 der Geriatrischen Abteilung in Hofheim aufgenommen.

Neun Patienten verstarben während ihres stationären Aufenthaltes, so dass 298 Patienten entlassen werden konnten.

Das Patientenkollektiv setzte sich aus 201 Frauen (65.5 %) und 106 Männern (34.5 %) zusammen, fünf Frauen und vier Männer verstarben.

4.1.2 Altersverteilung und Durchschnittsalter des Patientenkollektivs

Das durchschnittliche Alter der männlichen Patienten betrug 79 Jahre und das der weiblichen Patienten 82 Jahre. Dies ergibt ein durchschnittliches Alter des Gesamtkollektivs von 80.5 Jahren, das deutlich über der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland von 75.8 Jahren im Jahr 1998 liegt. Die männliche Bevölkerung hatte eine durchschnittliche Lebenserwartung von 72.5 Jahren und die weibliche Bevölkerung von 79 Jahren (3).

Die genaue Altersverteilung wird aus der Abb.1 ersichtlich. Die meisten therapierten Patienten lagen dementsprechend in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen.

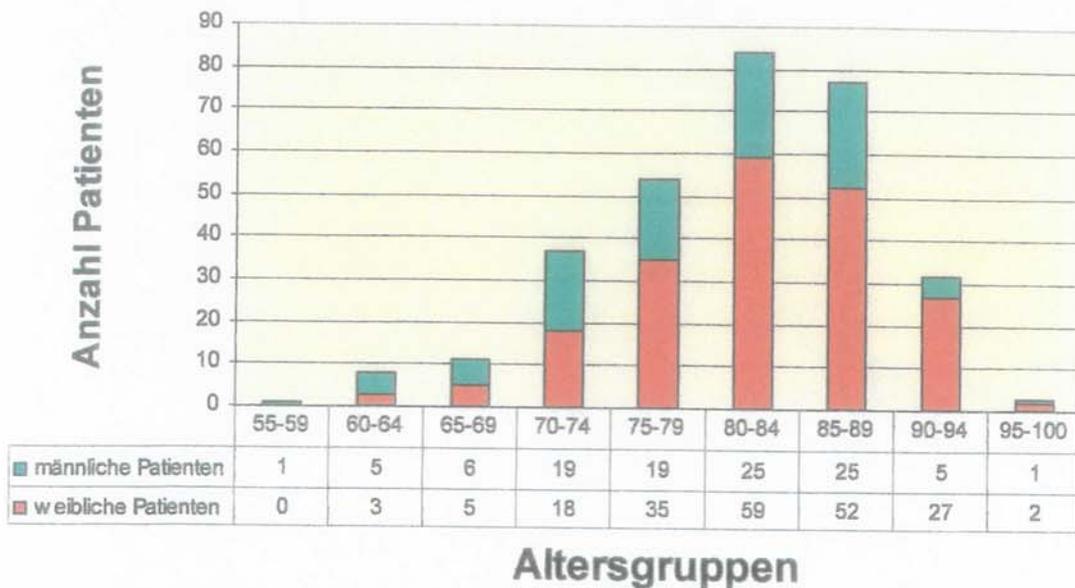


Abb.1: Altersverteilung des Patientenkollektivs (N = 307) nach Einteilung in Altersgruppen und unter Berücksichtigung des Geschlechts.

4.1.3 Aufnahmewege der Patienten in die Geriatriische Abteilung

Von den 307 untersuchten geriatrischen Patienten (Abb.2) sind 271 (88 %) Übernahmen aus den genannten Fachabteilungen der Kliniken des Main-Taunus-Kreises mit ihren Standorten in Hofheim (178 = 58 %) und Bad Soden (93 = 30 %). Bei diesen Patienten wurde vor der Übernahme ein Geriatriisches Konsil durchgeführt (s. Punkt 3.2 Aufnahmeverfahren von Patienten in die Geriatriische Abteilung). Sie stellen die Mehrheit der in dieser Geriatriischen Abteilung behandelten Patienten dar.

Nur 36 Patienten (11 %) sind vom Hausarzt (26 = 8 %) direkt eingewiesen oder von Fremdkrankenhäusern der Region (10 = 3 %) übernommen worden.

Die nähere Analyse der 178 Patienten aus dem Krankenhaus Hofheim zeigt, dass 43 (14%) Patienten über die Zentralambulanz und 135 (45

%) Patienten aus der Med. Klinik III, der Chirurgie II oder der Klinik für Plastische Chirurgie übernommen wurden.

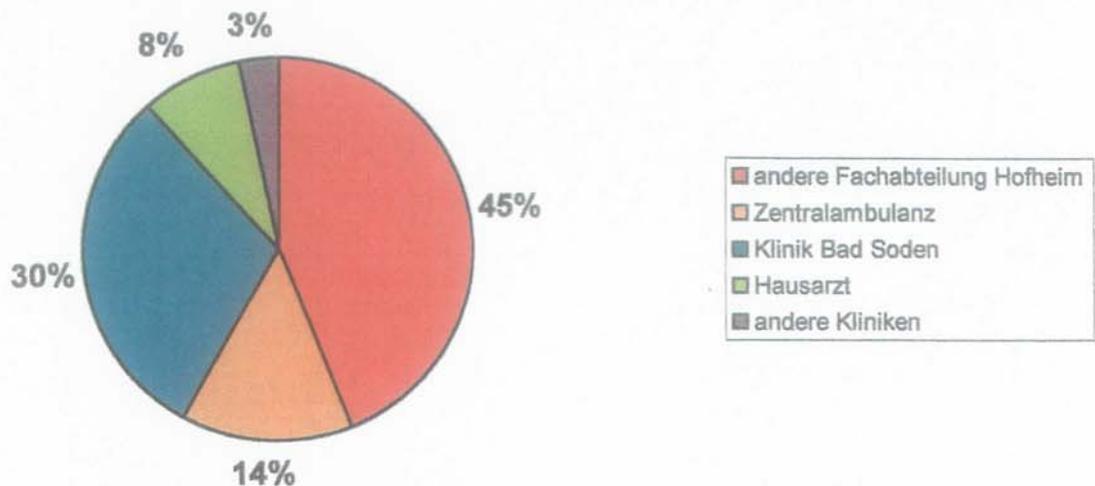


Abb. 2: Verschiedene Aufnahmewege der Patienten in die Geriatrische Abteilung sowie statistisch signifikante Häufung von Übernahmen aus anderen Fachabteilungen der Klinik Hofheim.

4.1.4 Mitbeteiligung einer Pflegekraft am Entscheidungsprozess

In 152 von 307 Fällen war eine Pflegekraft am Geriatriischen Konsil und folglich an der Entscheidung, einen Patienten aufzunehmen, beteiligt. Daher beruhen 49.5 % der erfolgten Aufnahmen auf im folgenden genannten „Teamentscheidungen“.

In 155 Fällen führte der Arzt das Konsil ohne Mitbeteiligung einer Pflegekraft durch, so dass es sich in 50.5 % der Aufnahmen um eine alleinige „Arztentscheidung“ handelte.

4.1.5 Verweildauer in der Geriatriischen Abteilung

Für die 298 entlassenen Patienten betrug die stationäre Therapie im Durchschnitt 23 Tage. Diese durchschnittliche Verweildauer stimmte zufällig für beide Geschlechter überein.

Bei der Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer wurden die Zeiten der neun verstorbenen Patienten nicht mit berücksichtigt.

Die Abb.3 zeigt die Verweildauer in Abhängigkeit vom Geschlecht. Bei der grafischen Darstellung wurden drei Patienten mit einer deutlich überdurchschnittlich höheren Verweildauer nicht berücksichtigt, diese betragen 69, 82 und 126 Tage.

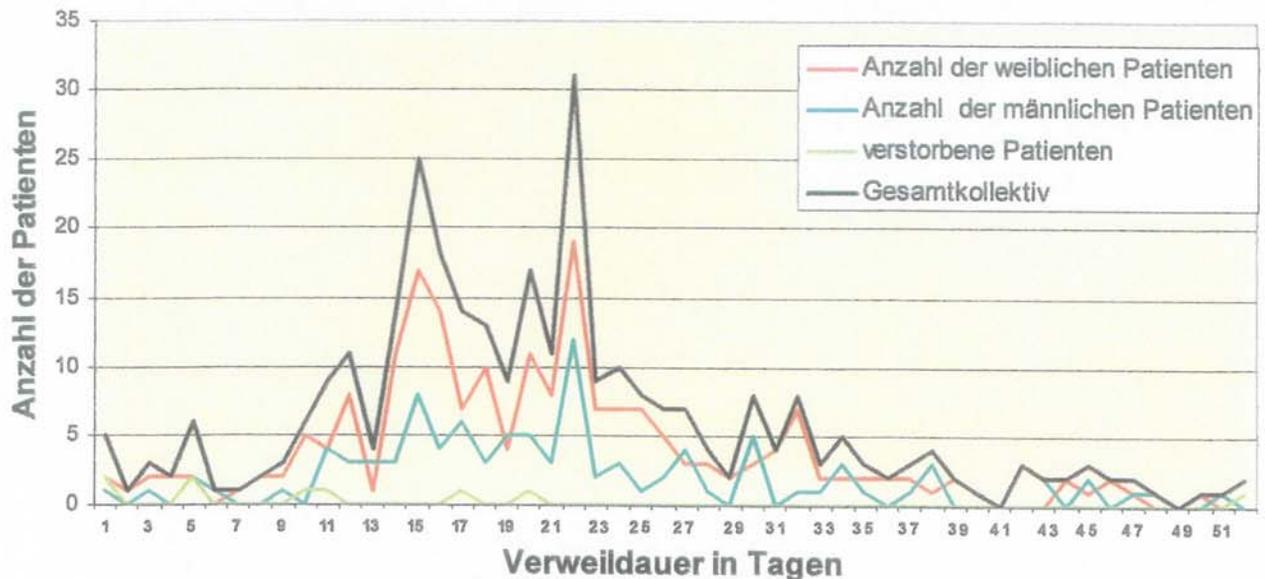


Abb.3: Stationäre Verweildauer der Patienten in Abhängigkeit des Geschlechts.

4.2. Einschätzung

Die Analyse der Einschätzungen der Patienten ermöglicht eine Aussage über die prozentuale Verteilung der eingeschätzten Eignung durch *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst* für das Gesamtkollektiv

4.2.1 Einschätzung bei Aufnahme

Wie Abb. 4 zeigt hielt das *Pflegepersonal* 262 Patienten (85 %) und der *ärztliche Dienst* 288 Patienten (94 %) als für eine geriatrische Therapie „geeignet“.

Für „fraglich geeignet“ wurden 13 Patienten (4 %) vom *Pflegepersonal* und 19 Patienten (6 %) vom *ärztlichen Dienst* eingeschätzt.

Dagegen entschieden sich das *Pflegepersonal* bei 32 Patienten (11 %) für ein „nicht geeignet“, während der *ärztliche Dienst* wie bereits unter Punkt 3.3 Datenerfassung erläutert diese Einschätzung bei keinem Patienten vornahm.

Der Vollständigkeit wegen soll an dieser Stelle die vorgenommene Einschätzung bei Aufnahme der neun während des stationären Aufenthaltes verstorbenen Patienten genannt werden.

Das *Pflegepersonal* schätzte drei Patienten bei Aufnahme als „geeignet“, einen Patienten als „fraglich geeignet“ und fünf Patienten als „nicht geeignet“ ein.

Dagegen schätzte der *ärztliche Dienst* vier Patienten als „geeignet“ und fünf Patienten als „fraglich geeignet“ ein.

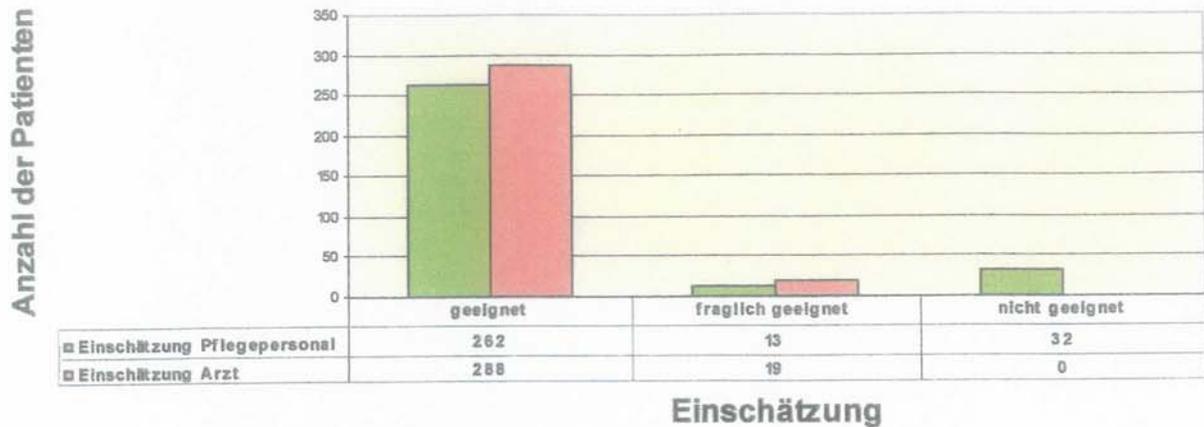


Abb. 4: Einschätzung des Pflegepersonals und des ärztlichen Dienstes bei Aufnahme hinsichtlich der Eignung der Patienten (N = 307) als geriatrischer Fall.

Begründung bei kritischer Einschätzung

Das *Pflegepersonal* gab bei 42 (93 %) von insgesamt 45 Patienten mit kritischer Aufnahmeeinschätzung einen Grund an. Bei drei Patienten (7 %) wurde kein Grund genannt.

Der am häufigsten gewählte Grund für „fraglich geeignet“ oder „nicht geeignete“ Patienten war die „fehlende Motivation“ (12 Patienten). Zusätzlich wurden gehäuft Gründe wie „kein geriatrischer Patient“ (fünf Patienten), „zu schlechter Allgemeinzustand“, „fehlende Belastbarkeit“ (jeweils 4 Patienten) sowie „Demenz“ und „kein pflegerischer Patient“ (jeweils 3 Patienten) angegeben.

Der *ärztliche Dienst* begründete seine kritische Einschätzung „fraglich geeignet“ in 18 Fällen (95 %). Bei einem Patienten (5 %) wurde vom *ärztlichen Dienst* keine Begründung angegeben. Der am häufigsten gewählte Grund war „Demenz“ (4 Patienten). Weitere häufig genannte Gründe waren „fehlende Motivation“ und „fehlende Belastbarkeit“ sowie „kein Rehabilitationspotential“ (jeweils 3 Patienten).

In der Abb. 5 sind die vom *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst* gewählten Gründe im Einzelnen angegeben und gegenübergestellt.

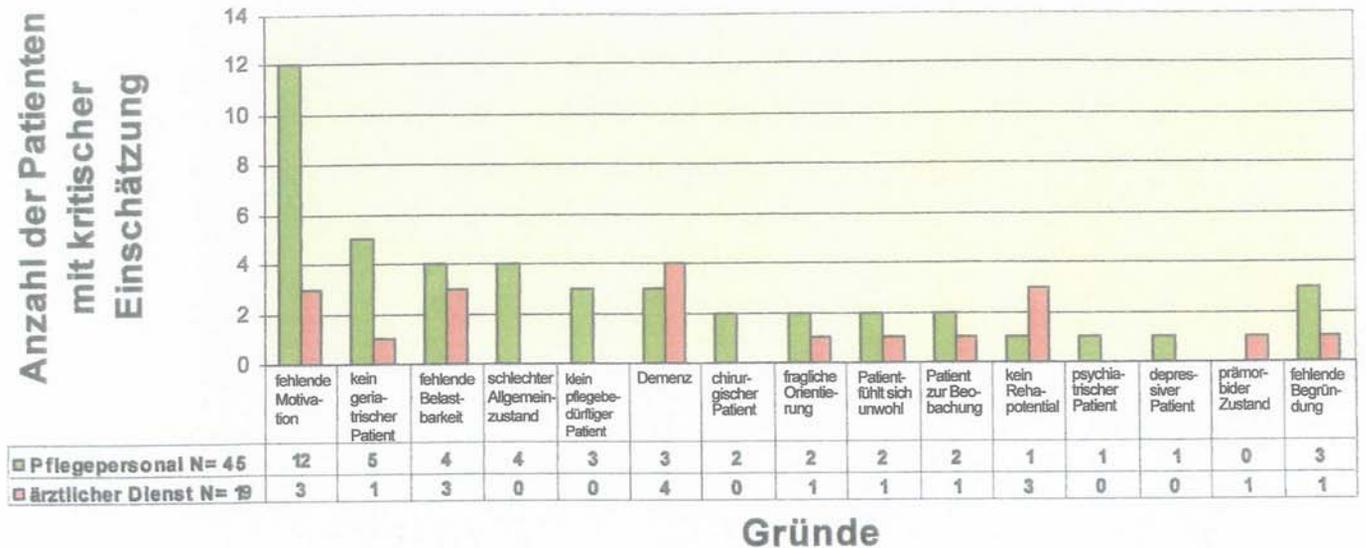


Abb. 5: Begründungen der kritischen Einschätzung der Eignung bei Aufnahme durch das Pflegepersonal und den ärztlichen Dienst.

4.2.2 Einschätzung bei Entlassung

Die Anzahl der als „gut geeignet“ eingeschätzten Patienten ist kollektiv betrachtet mit 251 Fällen (84 %) durch das *Pflegepersonal* und 252 Fällen (84 %) durch den *ärztlichen Dienst* sehr ähnlich.

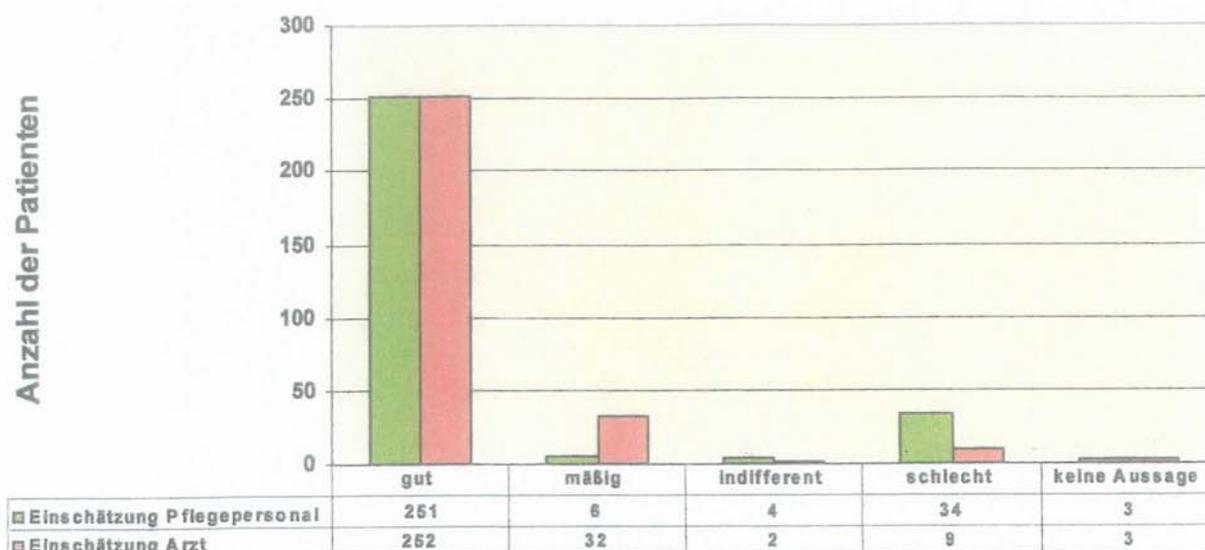
Das *Pflegepersonal* schätzte sechs Patienten (2 %) als „mäßig geeignet“ ein, während diese Einschätzung vom *ärztlichen Dienst* bei 32 Patienten (11 %) gewählt wurde.

34 Patienten (11 %) wurden vom *Pflegepersonal* nach Ablauf der Therapie als „schlecht geeignet“ eingeschätzt, während der *ärztliche Dienst* diese Einschätzung bei nur neun Patienten (3 %) vornahm.

Bei vier Patienten (1 %) wählte das *Pflegepersonal* die Einschätzung „indifferent“. Der *ärztliche Dienst* traf diese Form der Einschätzung bei zwei Patienten (0,6 %).

Bei drei Patienten (1 %) wurden vom *Pflegepersonal* und dem *ärztlichen Dienst* keine Einschätzungen vorgenommen, da diese Patienten nach kurzem stationären Aufenthalt auf eine andere Station kamen. In diesen Fällen wurde der Begriff „keine Aussage“ gewählt.

Die Abb. 6 zeigt die Einschätzung der Patienten bei Entlassung.



Einschätzung bei Entlassung

Abb. 6: Einschätzung des Pflegepersonals und des ärztlichen Dienstes bei Entlassung hinsichtlich der Eignung des Patienten (N = 298) als geriatrischer Fall.

Begründung bei kritischer Einschätzung

Insgesamt 44 Patienten wurden bei Entlassung durch das *Pflegepersonal* mit „mäßig geeignet“, „indifferent“ und „schlecht geeignet“ bewertet, in 41 Fällen (93 %) mit Begründung.

Der *ärztliche Dienst* schätzte insgesamt 43 Patienten als „mäßig geeignet“, „indifferent“ und „schlecht geeignet“ ein und begründete diese Einschätzung in 39 Fällen (91%).

Das *Pflegepersonal* gab als häufigsten Grund für kritisch eingeschätzte Patienten „wenig Kooperation“ (14 Patienten) an. Weitere häufig genannte Gründe waren die „fehlende Motivation“ (7 Patienten) und „nicht geriatrisch (kein geriatrischer Patient)“ (6 Patienten) an.

Der *ärztliche Dienst* begründete seine kritische Einschätzung am häufigsten mit „fehlende Motivation“ und „bestehende Grundkrankheit“ (jeweils 13 Patienten). Außerdem begründete er seine kritische Einschätzung noch häufig mit „wenig Kooperation“ (5 Patienten).

In der Abb. 7 sind die vom *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst* gewählten Gründe im Einzelnen angegeben und gegenübergestellt.

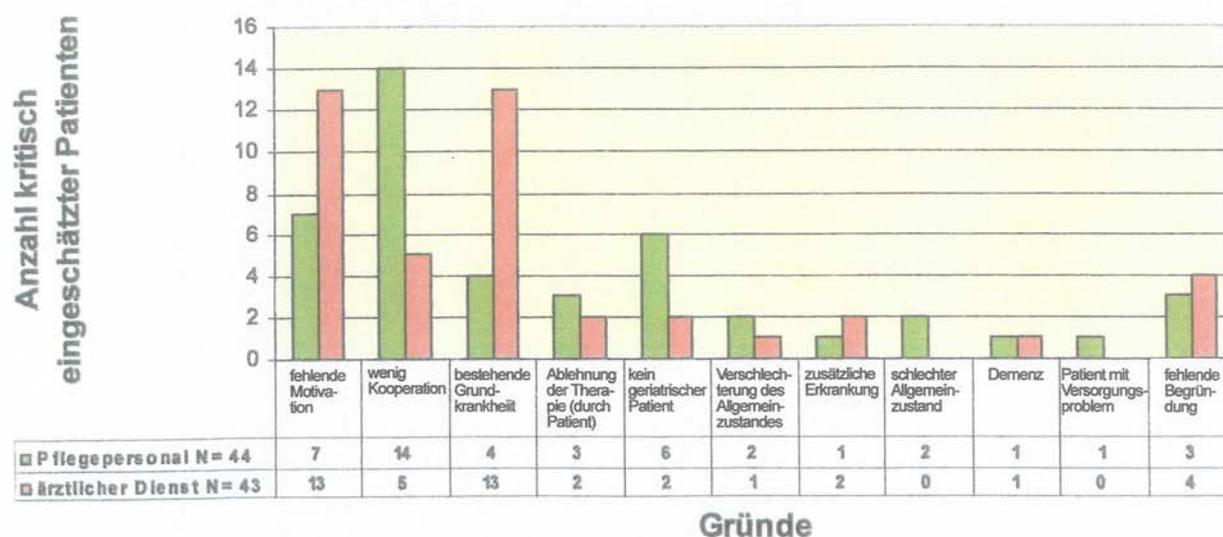


Abb. 7: Begründungen der kritischen Einschätzung der Eignung bei Entlassung durch das Pflegepersonal und den ärztlichen Dienst.

4.3. Vergleich der Einschätzung

Wie bereits beschrieben, beleuchtet der Vergleich der Einschätzungen die quantitative Übereinstimmung bzw. Diskrepanz beider Berufsgruppen.

4.3.1 Einschätzung bei Aufnahme

Der Vergleich der Einschätzungen bei Aufnahme zeigte, dass in 267 Fällen (86 %) sowohl in positiver als auch negativer Richtung eine übereinstimmende Einschätzung durch das *Pflegepersonal* und den *ärztlichen Dienst* vorgenommen wurde.

Beide Berufsgruppen schätzten die gleichen 262 Patienten (84 %) bei Aufnahme für eine geriatrische Therapie als „geeignet“ ein. In fünf Fällen (2 %) wählten das *Pflegepersonal* und der *ärztliche Dienst* „fraglich geeignet“.

Die vom *Pflegepersonal* und dem *ärztlichen Dienst* getroffene Einschätzung unterschied sich bei 40 Patienten (14 %). Diese stellen sich wie folgt dar.

In 18 Fällen (6 %) schätzte das *Pflegepersonal* die aufgenommenen Patienten als „nicht geeignet“ ein, während der *ärztliche Dienst* die gleichen 18 Patienten als für eine geriatrische Therapie „geeignet“ hielt. Bei 14 weiteren Patienten (5 %) entschied sich das *Pflegepersonal* ebenfalls für „nicht geeignet“, der *ärztliche Dienst* schätzte diese 14 Patienten als „fraglich geeignet“ ein.

In acht Fällen (3 %) wurde die Patienten vom *Pflegepersonal* für „fraglich geeignet“ gehalten, während der *ärztliche Dienst* diese Patienten als „geeignet“ einstuft.

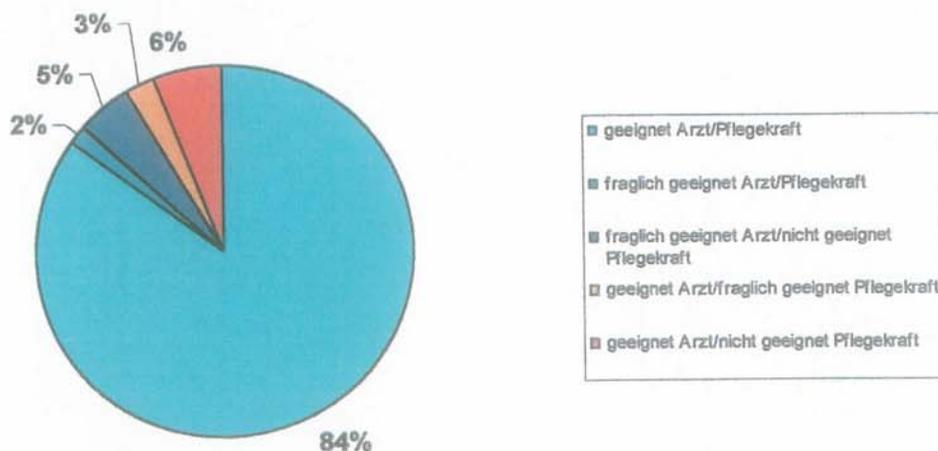


Abb. 8: Übereinstimmung der Einschätzungen durch das Pflegepersonal und den ärztlichen Dienst bei Aufnahme bezüglich der Eignung der Patienten (N = 307) als geriatrischer Fall.

4.3.1.1. Vergleich der Begründung bei kritischer Einschätzung

Da der *ärztliche Dienst* von den 307 aufgenommenen Patienten insgesamt nur 19 Patienten für „fraglich geeignet“ hielt und die Einschätzung „nicht geeignet“ bei Aufnahme nicht vornahm, konnten nur 19 Patienten hinsichtlich der getroffenen Einschätzung und Begründung verglichen werden.

In nur einem Fall gaben *Pflegepersonal* und *ärztlicher Dienst* die gleiche Einschätzung und Begründung ab.

Das Kreisdiagramm (Abb. 9) zeigt die Aufteilung der vergleichenden Einschätzung und Begründung.

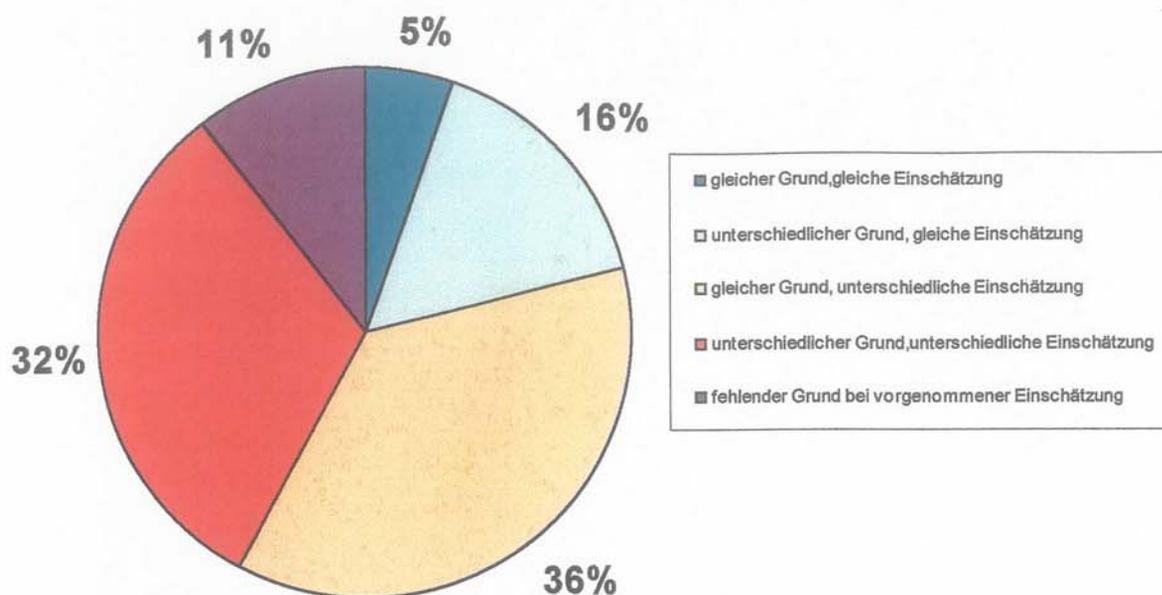


Abb. 9: Vergleich der Begründung bei kritischer Einschätzung durch Pflegepersonal und ärztlichen Dienst bei Aufnahme (N = 19).

4.3.2. Einschätzung bei Entlassung

Bei Entlassung nahmen das *Pflegepersonal* und der *ärztliche Dienst* in 251 Fällen die gleiche Einschätzung vor. Sie wählten somit in 84 % der Patienten die gleiche Einschätzung bezogen auf den einzelnen Fall.

238 Patienten (80 %) hielten beide Berufsgruppen übereinstimmend retrospektiv für „geeignet“.

Die Einschätzung „mäßig geeignet“, „indifferent“ und „keine Aussage“ wurde in sechs Fällen (2 %) gleich gewählt.

Bei sieben Patienten (2 %) waren das *Pflegepersonal* und der *ärztliche Dienst* sich einig, dass diese Patienten „schlecht geeignet“ waren.

Eine unterschiedliche Einschätzung wurde bei 47 Patienten (16 %) getroffen.

Es zeigt sich, dass das *Pflegepersonal* nur neun Patienten (3 %) für „schlecht geeignet“, der *ärztliche Dienst* diese hingegen für „gut geeignet“ hielten.

Die Einschätzungen der restlichen 38 Patienten variierten zwischen den fünf möglichen Einschätzungsformen bei Entlassung.

Davon stufte das *Pflegepersonal* 18 Patienten (6 %) für „schlecht geeignet“ während der *ärztliche Dienst* diese Patienten für „mäßig geeignet“ einstuftete.

12 Patienten (4 %) wurden vom *Pflegepersonal* als „gut geeignet“ und vom *ärztlichen Dienst* als „mäßig geeignet“ eingeschätzt.

Das *Pflegepersonal* schätzte drei Patienten als „indifferent“ und vier Patienten (insgesamt 2 %) als „mäßig geeignet“ ein, während der *ärztliche Dienst* diese Patienten für „gut geeignet“ einschätzte.

Ein Patient wurde vom *Pflegepersonal* als „schlecht geeignet“ und vom *ärztlichen Dienst* als „indifferent“ eingeschätzt.

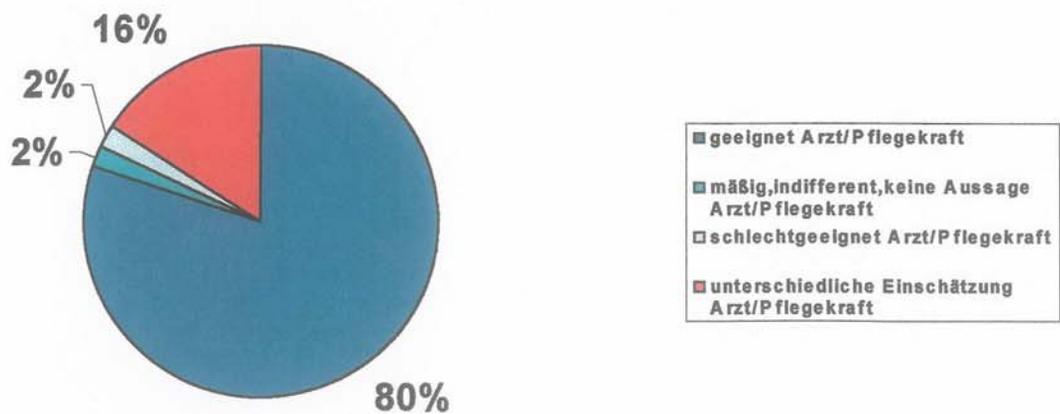


Abb. 10: Übereinstimmung der Einschätzung durch das Pflegepersonal und den ärztlichen Dienst bei Entlassung bezüglich der Eignung der Patienten (N = 298) als geriatrischer Fall.

4.3.2.1. Vergleich der Begründung bei kritischer Einschätzung

Von den 298 entlassenen Patienten konnte bei insgesamt 29 Patienten ein Vergleich der gewählten Begründung bei kritischer Einschätzung bei Entlassung durch *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst* vorgenommen werden.

Da in 269 Fällen entweder die Einschätzung „gut geeignet“ oder „keine Aussage“ gewählt wurde, verzichteten beide Berufsgruppen in diesen Fällen auf eine Begründung.

Das Kreisdiagramm (Abb. 11) visualisiert die prozentualen Verhältnisse.

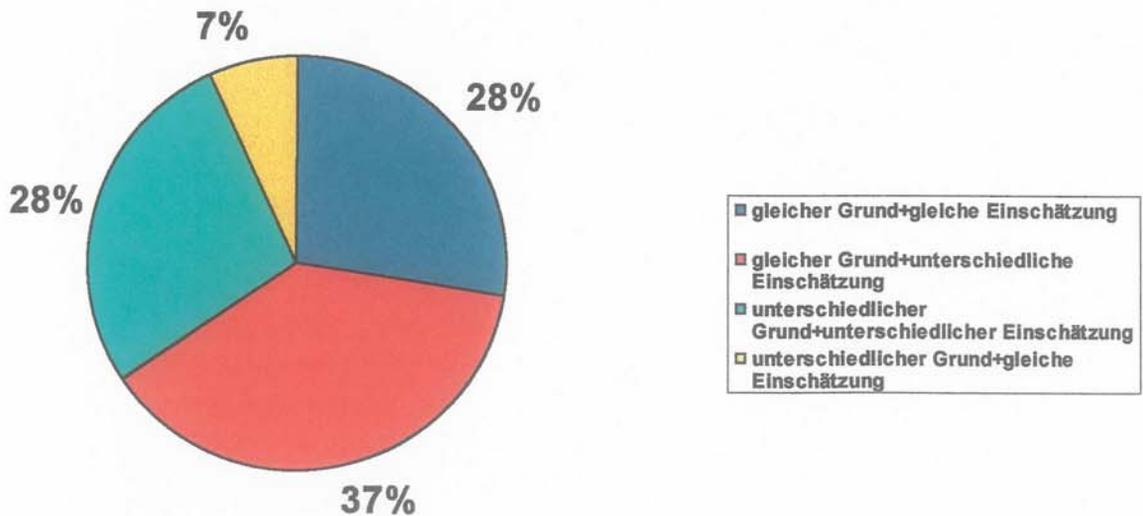


Abb. 11: Vergleich der Begründung bei kritischer Einschätzung durch das Pflegepersonal und den ärztlichen Dienst bei Entlassung (N = 29).

4.3.3. Gegenüberstellung der Einschätzung bei Aufnahme und Entlassung

Das Diagramm (Abb.12) zeigt die Anzahl der patientenbezogenen Einschätzungen beider Berufsgruppen zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung.

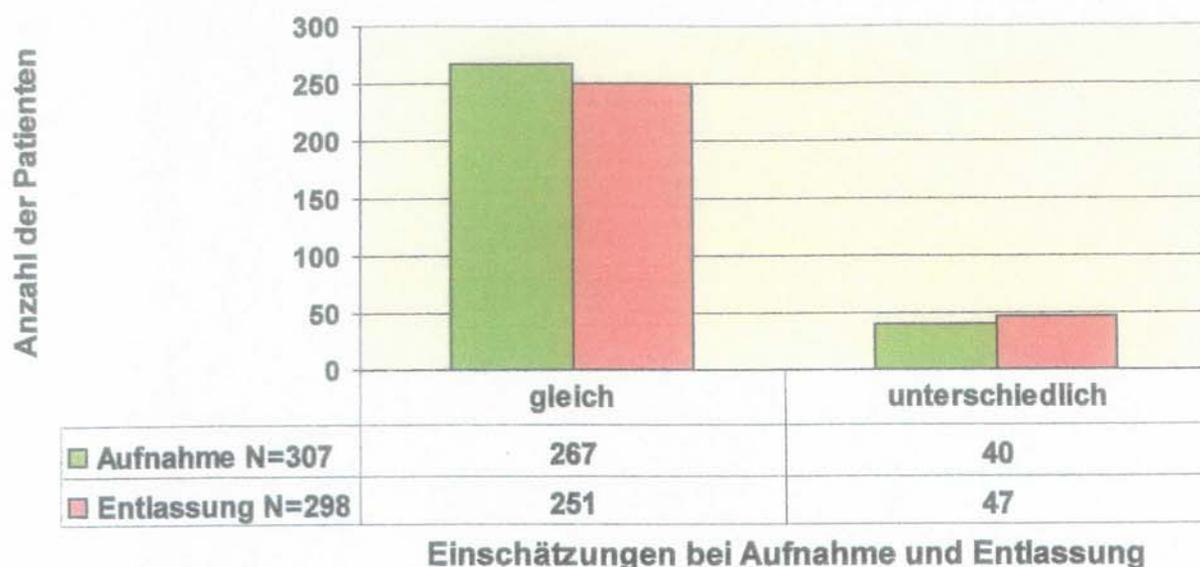


Abb. 12: Darstellung der mehrheitlichen Übereinstimmung der patientenbezogenen Einschätzung durch das Pflegepersonal und den ärztlichen Dienst sowohl bei Aufnahme (N = 307) als auch bei Entlassung (N = 298) hinsichtlich der Eignung der Patienten als geriatrischer Fall.

4.4. Verlauf der Einschätzung

Diese Form der Auswertung zeigt den Grad der Bestätigung bzw. Abweichung der ursprünglich gewählten Aufnahmeeinschätzung zum Zeitpunkt der Entlassung durch die jeweilige Berufsgruppe. Diese Betrachtung ermöglicht somit eine Aussage über die Qualität der prädiktiven Eignung (s. Punkt 3.4 Datenauswertung).

Als übereinstimmende Einschätzungen gelten bei Aufnahme „geeignet“/ bei Entlassung „gut geeignet“ und bei Aufnahme „fraglich

geeignet“/ bei Entlassung „mäßig geeignet“ sowie bei Aufnahme „nicht geeignet“/ bei Entlassung „schlecht geeignet“.

Alle übrigen Einschätzungskombinationen sind abweichende Einschätzungen zum Ende des stationären Aufenthaltes.

4.4.1 Einschätzung des *Pflegepersonals*

Bei 242 von 298 entlassenen Patienten bestätigte sich die vom *Pflegepersonal* ursprünglich vorgenommene Einschätzung nach Ablauf des stationären Aufenthaltes. Dies entspricht einer Bestätigung der prädiktiven Eignung von 81 %.

Das *Pflegepersonal* schätzte 27 Patienten (9 %) bei Aufnahme zu positiv und 29 Patienten (10 %) zu negativ ein, so dass es in 56 Fällen (19 %) eine Anpassung ihrer Aufnahmeeinschätzung zum Zeitpunkt der Entlassung vornahm.

Das Diagramm (Abb. 13) zeigt die genaue Aufteilung der vom *Pflegepersonal* vorgenommenen Einschätzung.

Von den neun verstorbenen Patienten schätzte das *Pflegepersonal* bei Aufnahme drei Patienten als „geeignet“, einen als „fraglich geeignet“ und fünf Patienten als „nicht geeignet“ ein. Sie werden im Diagramm nicht gesondert aufgeführt.

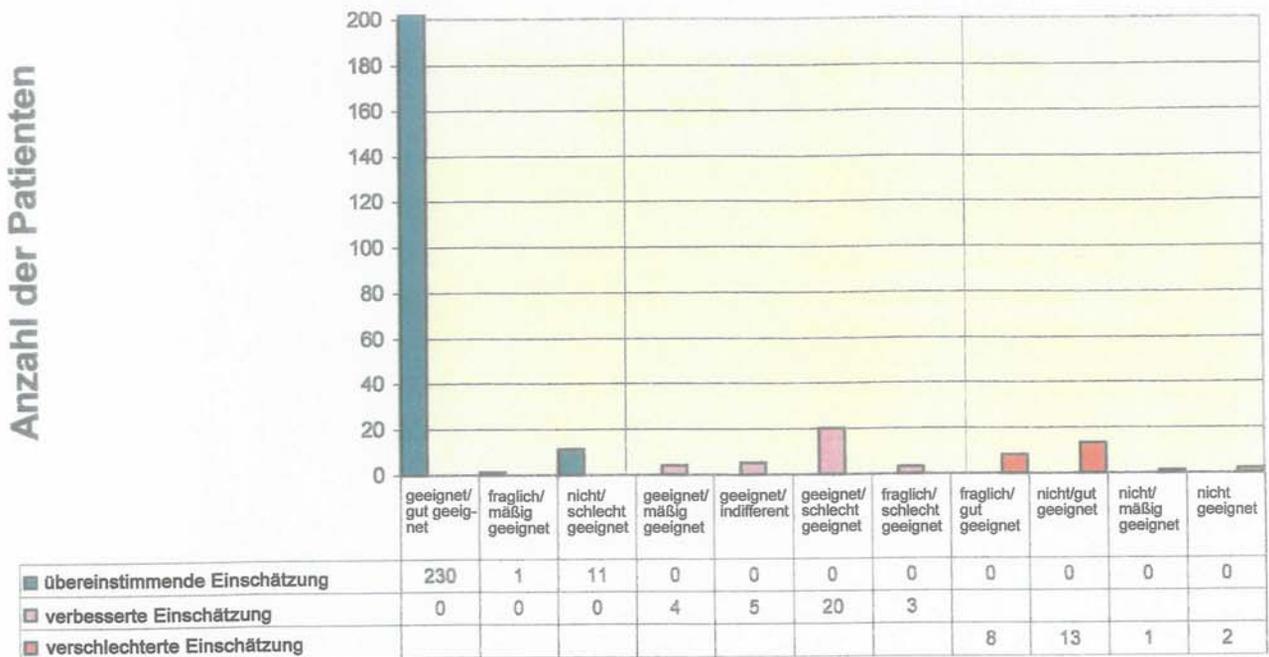


Abb. 13: Häufigkeiten der übereinstimmenden bzw. abweichenden Einschätzungen bezüglich der Eignung der Patienten zu Beginn und zum Ende der stationären Therapie vorgenommen durch das Pflegepersonal. Zusätzliche Unterteilung der abweichenden Einschätzungen in verbesserte bzw. verschlechterte Einschätzungen im Verlauf der Therapie.

4.4.2. Einschätzung des ärztlichen Dienstes

In 251 Fällen von 298 aus der Geriatrie entlassenen Patienten nahm der *ärztliche Dienst* nach Beendigung der geriatrischen Behandlung die gleiche Einschätzung bei Entlassung wie bei Aufnahme vor. Somit ergibt sich eine Bestätigung der prädiktiven Eignung von 84 %.

Der *ärztliche Dienst* schätzte 40 (14 %) Patienten bei Aufnahme zu positiv und 7 Patienten (2 %) zu negativ ein, so dass er in 47 Fällen (16 %) eine Anpassung seiner Aufnahmeeinschätzung zum Zeitpunkt der Entlassung vornahm.

Das Diagramm (Abb.14) zeigt die genaue Aufteilung der Einschätzungen des *ärztlichen Dienstes*.

Von den neun während des geriatrischen Aufenthaltes verstorbenen Patienten schätzte der *ärztliche Dienst* vier Patienten bei Aufnahme als „geeignet“ und fünf als „fraglich geeignet“ ein. Sie werden im Diagramm nicht aufgeführt.

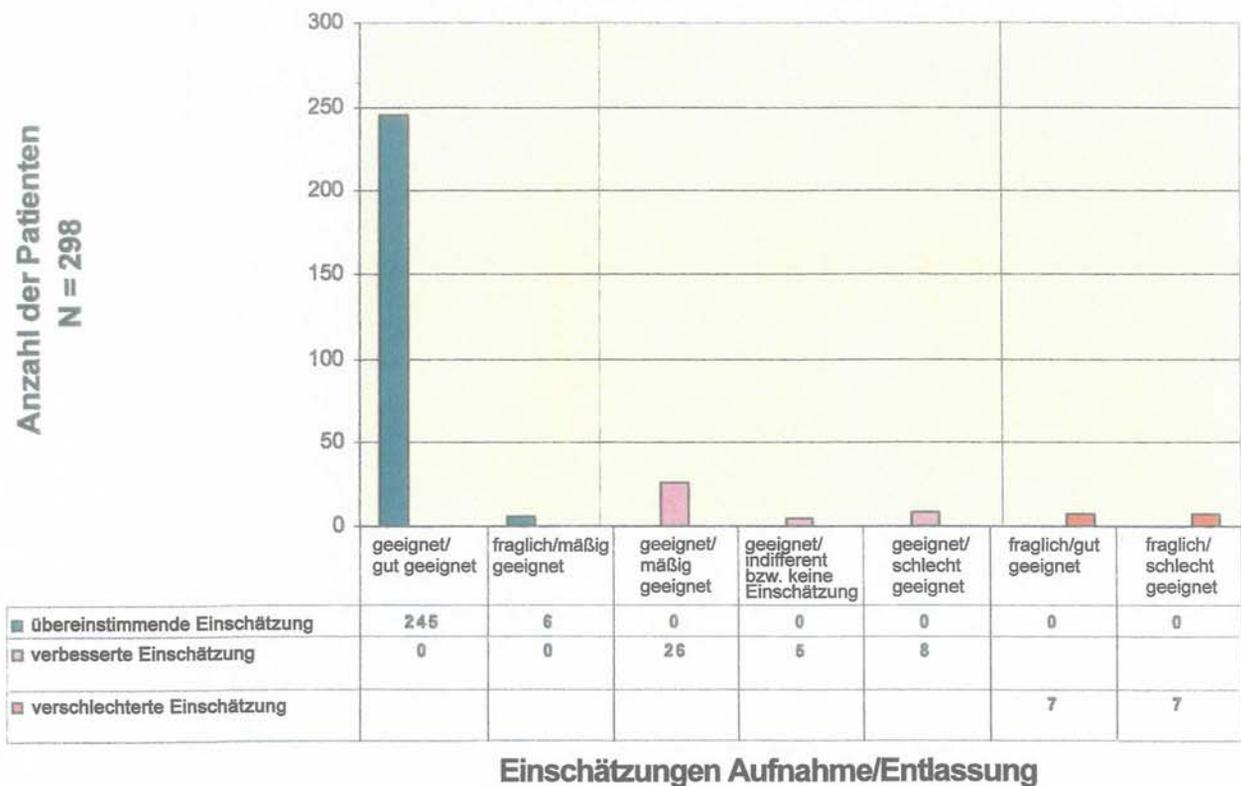


Abb. 14: Häufigkeiten der übereinstimmenden bzw. abweichenden Einschätzungen bezüglich der Eignung der Patienten zu Beginn und zum Ende der stationären Therapie vorgenommen durch den *ärztlichen Dienst*. Zusätzliche Unterteilung der abweichenden Einschätzungen in verbesserte bzw. verschlechterte Einschätzungen im Verlauf der Therapie.

4.5. Einschätzung in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg

4.5.1. Einschätzung bei Aufnahme

Das *Pflegepersonal* schätzte 160 Patienten (90 %) von den 178 „internen Übernahmen“ (58 % des Gesamtkollektivs) als „geeignet“, fünf Patienten (3 %) als „fraglich geeignet“ und 13 Patienten (7 %) als „nicht geeignet“ ein.

Von den insgesamt 129 „externen Übernahmen“ (42 %) wurden 102 Patienten (79 %) für „geeignet“, acht Patienten (6 %) für „fraglich geeignet“ und 19 Patienten (15 %) für „nicht geeignet“ gehalten.

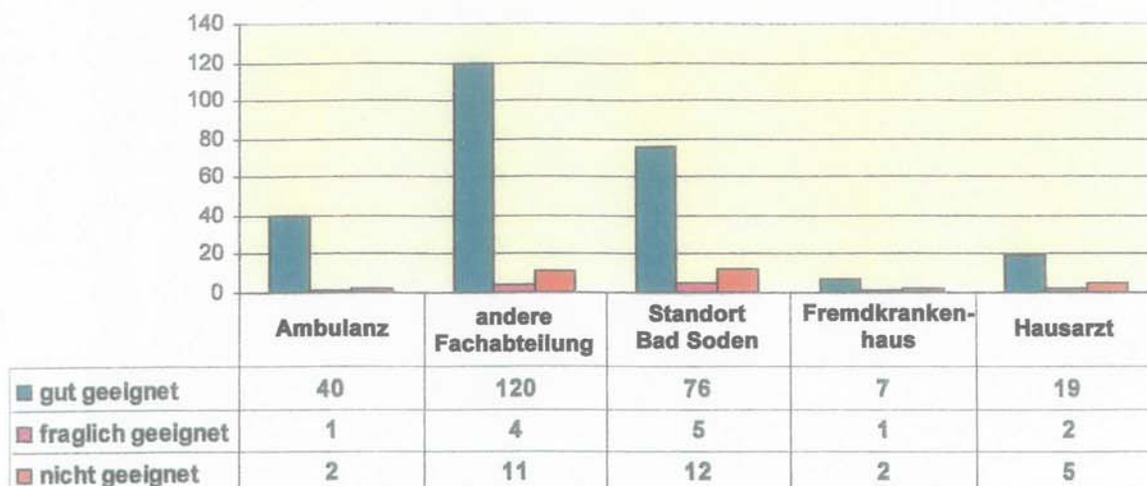
Der *ärztliche Dienst* schätzte dagegen 171 Patienten (96 %) der „internen Übernahmen“ als „geeignet“ und sieben Patienten (4 %) als „fraglich geeignet“ ein.

Von den 129 „externen Übernahmen“ hielt der *ärztliche Dienst* 117 Patienten (91 %) für „geeignet“ und 12 Patienten (9 %) für „fraglich geeignet“.

Der *ärztliche Dienst* stufte keinen Patienten bei Aufnahme als „nicht geeignet“ ein.

Im Diagramm (Abb. 15 und 16) werden die gewählten Einschätzungen vom *Pflegepersonal* und dem *ärztlichen Dienst* in Abhängigkeit vom Aufnahmewege dargestellt.

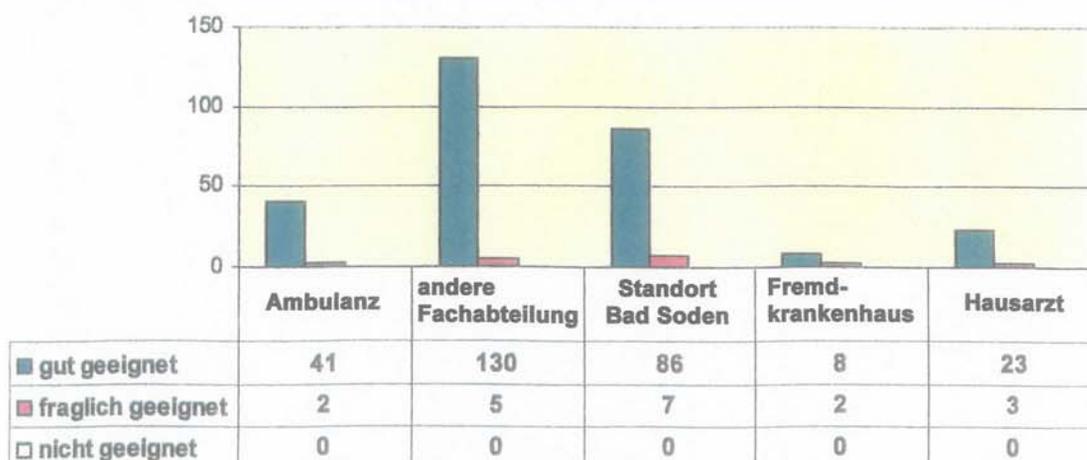
Anzahl der Patienten N=307



Einschätzung des Pflegepersonals

Abb. 15: Einschätzung der Patienten bei Aufnahme durch das Pflegepersonal in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg.

Anzahl der Patienten N=307



Einschätzung des Arztes

Abb. 16: Einschätzung der Patienten bei Aufnahme durch den ärztlichen Dienst in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg.

4.5.2. Einschätzung bei Entlassung

Werden die vorgenommenen Einschätzungen bei Entlassung betrachtet, so zeigt sich, dass das *Pflegepersonal* 152 von 178 „internen Übernahmen“ (85 %) als „gut geeignet“, vier Patienten (2 %) als „indifferent“ oder „keine Aussage“, drei Patienten als „mäßig geeignet“ (2 %) und 13 Patienten (7 %) als „schlecht geeignet“ einschätzte.

Bei den „externen Übernahmen“ schätzte das *Pflegepersonal* 97 Patienten (75 %) von 129 Patienten als „gut geeignet“, drei Patienten (2 %) als „indifferent“ oder „keine Aussage“, vier Patienten (3 %) als „mäßig geeignet“ und 21 Patienten (16 %) als „schlecht geeignet“ ein.

Der *ärztliche Dienst* hielt retrospektiv von den „internen Übernahmen“ 153 Patienten (85 %) für „gut geeignet“, vier Patienten für „indifferent“ oder „keine Aussage“ (4 %), elf Patienten für „mäßig geeignet“ (6 %) und vier Patienten (4 %) für „schlecht geeignet“.

Bei den „externen Übernahmen“ nahm der *ärztliche Dienst* folgende Einschätzungen vor: 99 Patienten (77 %) wurden als „gut geeignet“ eingeschätzt, bei einem Patient wählte der Arzt „keine Aussage“ (1 %), 21 Patienten (16 %) waren nach Einschätzung des ärztlichen Dienstes „mäßig geeignet“ und vier Patienten (3 %) „schlecht geeignet“.

Sechs der „intern“ und drei der „extern“ übernommenen Patienten verstarben während des stationären Aufenthaltes und werden im nachfolgenden Diagramm nicht berücksichtigt.

In den Diagrammen (Abb.17 und 18) werden die vom *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst* gewählten Einschätzungen bei Entlassung bezogen auf die Aufnahmewege dargestellt.

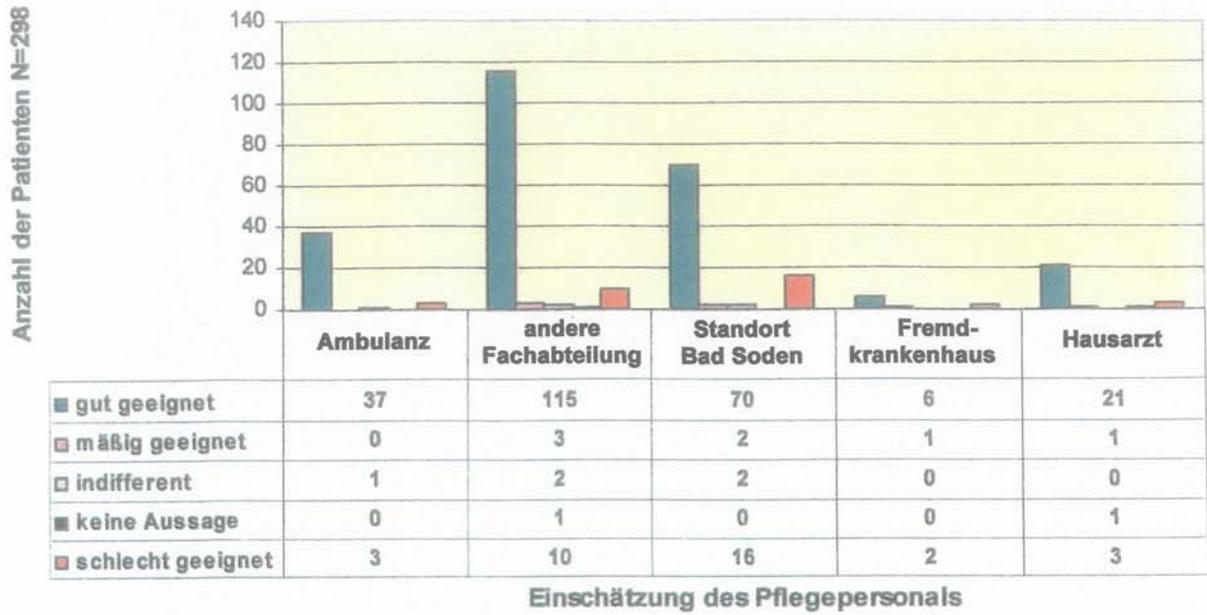


Abb. 17: Einschätzung der Patienten bei Entlassung durch das Pflegepersonal in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg.

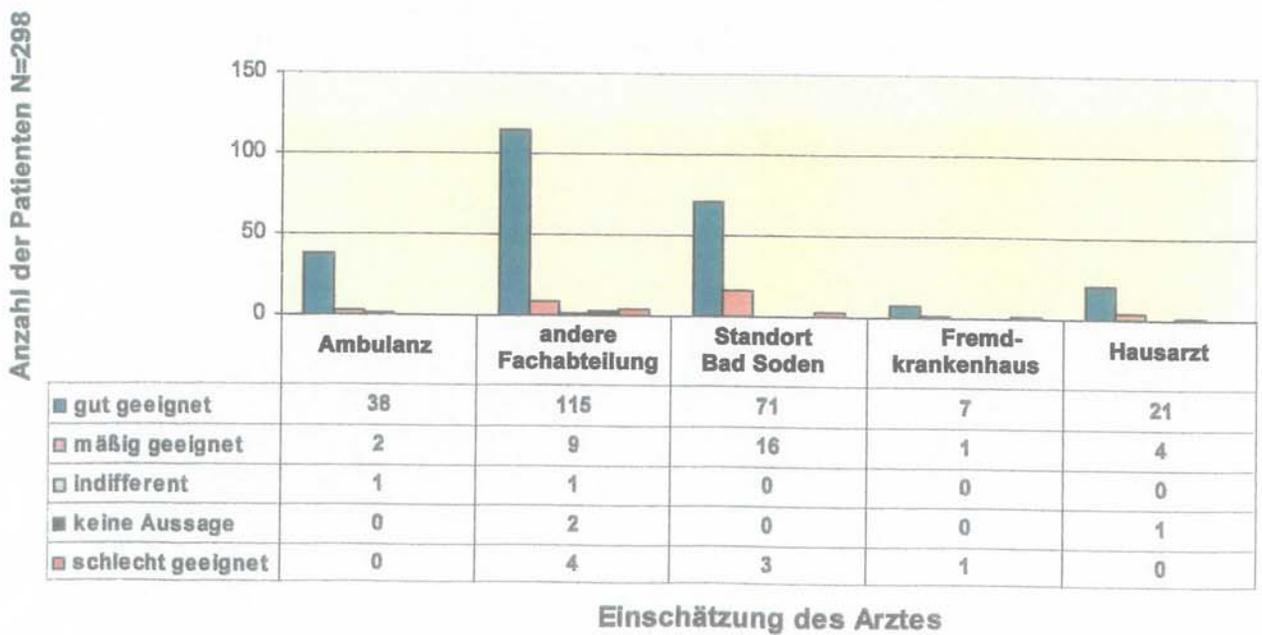


Abb. 18: Einschätzung der Patienten bei Entlassung durch den ärztlichen Dienst in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg.

4.6. Einschätzung und Mitbeteiligung einer Pflegekraft an dem Entscheidungsprozess

Wie beim Aufnahmeverfahren von Patienten in die Geriatriische Abteilung beschrieben (s. Punkt 3.2. Aufnahmeverfahren von Patienten in die Geriatriische Abteilung), ist die Mitbeteiligung einer Pflegekraft in die Entscheidung, einen Patienten geriatrisch stationär aufzunehmen, direkt vom Aufnahmeweg und der Örtlichkeit abhängig. Im Folgenden werden Aufnahmen, an denen eine Pflegekraft mitbeteiligt war, als *Teamaufnahmen* bezeichnet und solche, an denen eine Pflegekraft nicht beteiligt war, als *Arztaufnahmen* bezeichnet.

4.6.1. Mitbeteiligung einer Pflegekraft in Abhängigkeit vom Aufnahmeweg

Wie bereits beschrieben, waren 178 Patienten (58 %) „interne Übernahmen“ aus anderen Fachabteilungen bzw. aus der Zentralambulanz der Main-Taunus-Kliniken Hofheim. Bei 150 Patienten (84 %) handelte es sich um *Teamaufnahmen*. Die restlichen 28 Übernahmen (16 %) stellten reine *Arztaufnahmen* dar.

Dagegen handelte es sich bei den 129 „extern“ übernommenen Patienten bis auf zwei Fälle (1 %) um reine *Arztaufnahmen* (99 %).

Das Diagramm (Abb. 19) zeigt die Anteile der einzelnen Aufnahmewege unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft.

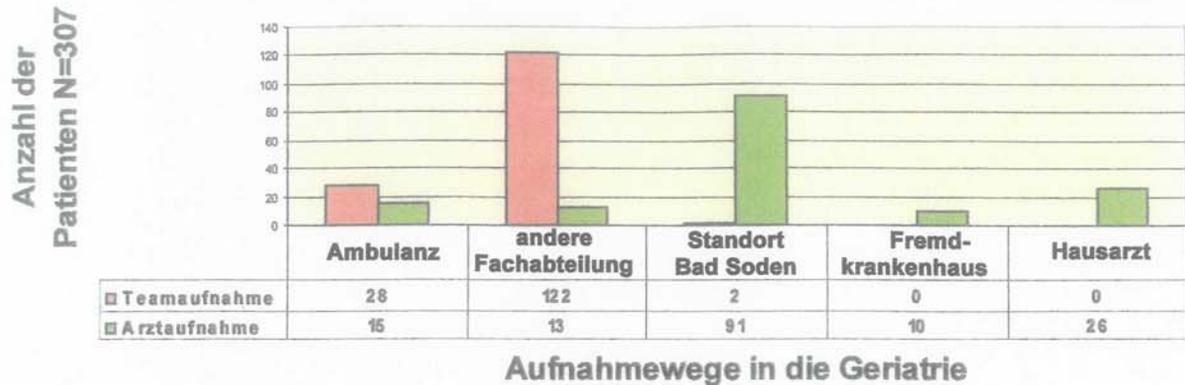


Abb. 19: Häufigkeit der Arzt bzw. Teamentscheidung Patienten in die geriatrische Abteilung aufzunehmen unter Berücksichtigung der verschiedenen Aufnahmewege.

4.6.2. Einschätzung in Abhängigkeit von der Mitbeteiligung einer Pflegekraft

4.6.2.1. Einschätzung bei Aufnahme

Die Auswertung der 152 *Teamaufnahmen* ergibt, dass das Pflegepersonal in 137 Fällen (90 %) die Einschätzung „geeignet“, in vier Fällen (3 %) „fraglich geeignet“ und in 11 Fällen (7 %) „schlecht geeignet“ vornahm.

Bei den 155 *Arztaufnahmen* wurden vom *Pflegepersonal* 125 Fälle (81 %) für „geeignet“, neun Fälle (6 %) für „fraglich geeignet“ und 21 Fälle (14 %) für „nicht geeignet“ gehalten.

Dagegen schätzte der *ärztliche Dienst* 147 Patienten (97 %) von den *Teamaufnahmen* als „geeignet“, fünf Patienten (3 %) als „fraglich geeignet“ und keinen Patient als „nicht geeignet“ ein.

Bei den *Arztaufnahmen* wurden 141 Patienten (91 %) für „geeignet“, 14 Patienten (9 %) für „fraglich geeignet“ und kein Patient für „nicht geeignet“ gehalten.

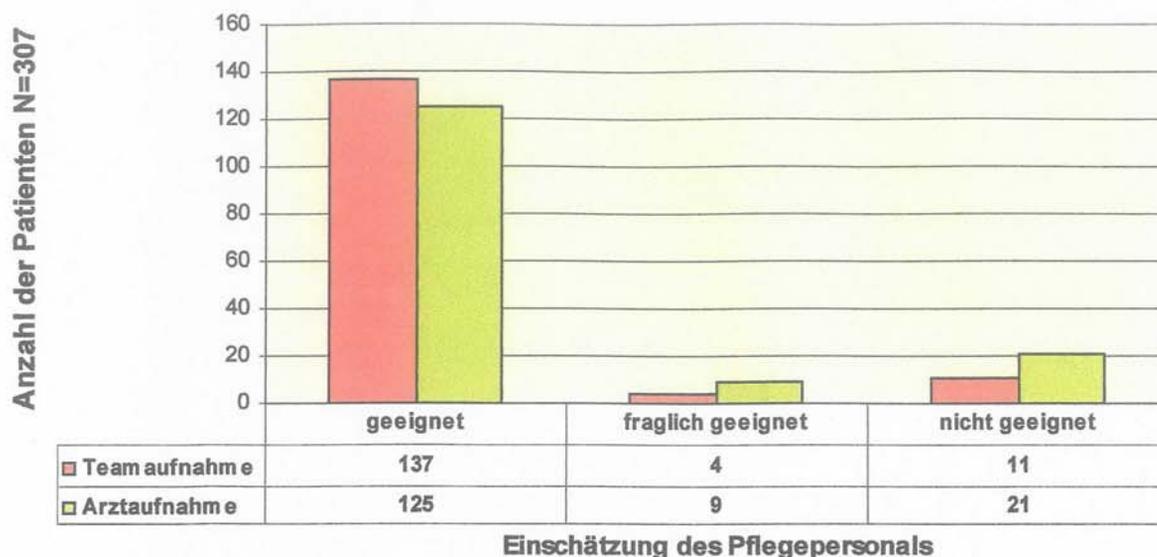


Abb. 20: Einschätzung der Patienten bei Aufnahme durch das Pflegepersonal unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft an der Entscheidung Patienten in die geriatrische Abteilung aufzunehmen.

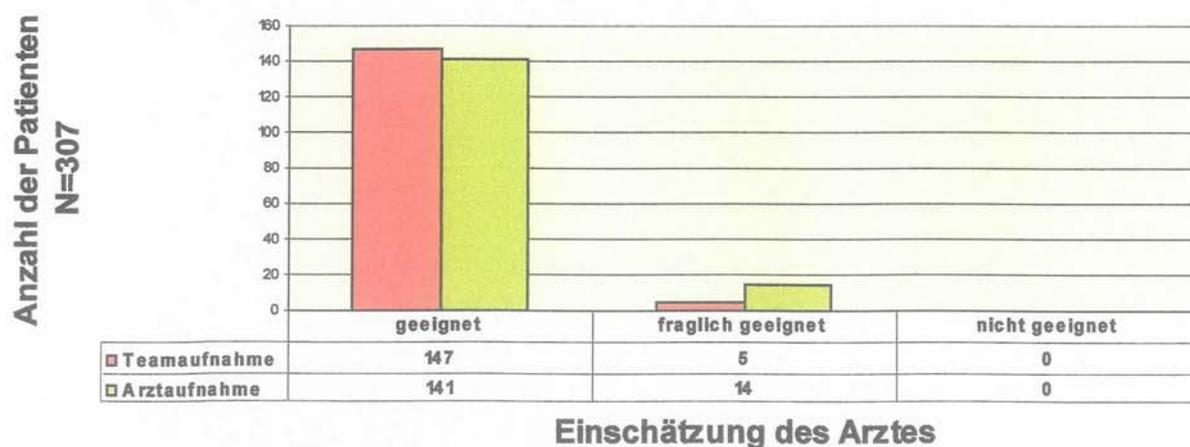


Abb. 21: Einschätzung der Patienten bei Aufnahme durch den ärztlichen Dienst unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft an der Entscheidung Patienten in die geriatrische Abteilung aufzunehmen.

4.6.2.2. Einschätzung bei Entlassung

Von den 147 *Teamaufnahmen* schätzte das *Pflegepersonal* 129 Patienten (85 %) als „gut geeignet“, zwei Patienten als „mäßig geeignet“ (3 %), 12 Patienten (8 %) als „schlecht geeignet“, drei Patienten (4 %) als „indifferent“ bzw. „keine Aussage“ ein.

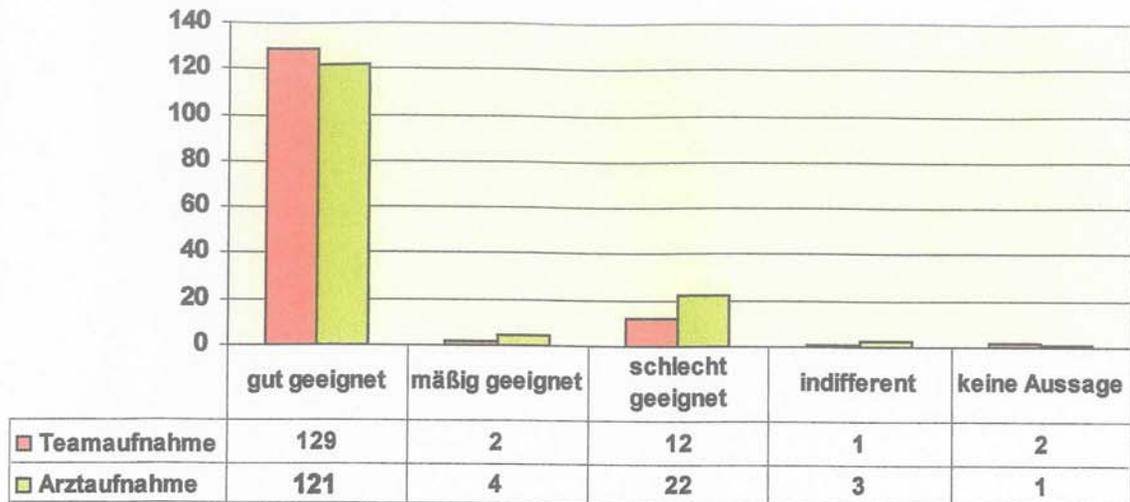
Bei den 151 *Arztaufnahmen* traf das *Pflegepersonal* in 121 Fällen (79 %) die Einschätzung „gut geeignet“, in 4 Fällen (4%) „mäßig geeignet“, in 22 Fällen (14 %) „schlecht geeignet“ und wieder in 4 Fällen (3 %) „indifferent“ bzw. „keine Aussage“.

Von den *Teamaufnahmen* schätzte der *ärztliche Dienst* zahlenmäßig übereinstimmend mit der pflegerischen Einschätzung 129 Fälle (85 %) als „gut geeignet“, in zehn Fällen (7 %) als „mäßig geeignet“, in fünf Fällen (5 %) als „schlecht geeignet“ und in drei Fällen (3 %) als „indifferent“ bzw. „keine Aussage“ ein.

Bei den *Arztaufnahmen* wählte der *ärztliche Dienst* folgende Einschätzung: 123 Patienten (79 %) hielt er für „geeignet“, 22 Patienten (14 %) für „mäßig geeignet“, vier Patienten (4 %) für „schlecht geeignet“ und zwei Patienten (3 %) für „indifferent“ bzw. „keine Aussage“.

Fünf Patienten der *Teamaufnahmen* und vier Patienten der *Arztaufnahmen* verstarben während des stationären Aufenthaltes, sie werden in den Diagrammen (Abb. 22 und 23) nicht berücksichtigt.

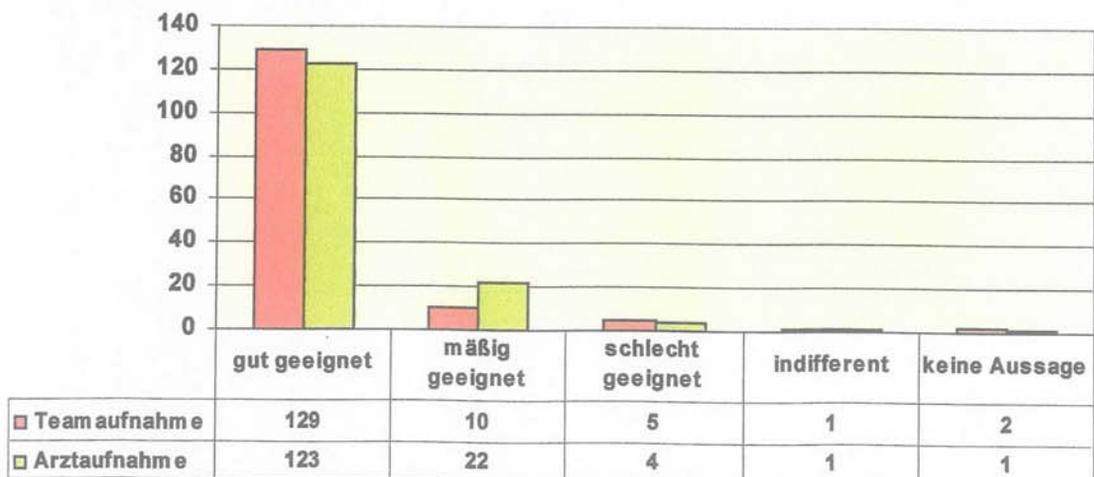
Anzahl der Patienten N=298



Einschätzung des Pflegepersonals

Abb. 22: Einschätzung der Patienten bei Entlassung durch das Pflegepersonal unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft an der Entscheidung, Patienten in die geriatrische Abteilung aufzunehmen.

Anzahl der Patienten N=298



Einschätzung bei Entlassung des Arztes

Abb. 23: Einschätzung der Patienten bei Entlassung durch den ärztlichen Dienst unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft an der Entscheidung, Patienten in die geriatrische Abteilung aufzunehmen.

4.6.3. Verlauf der Einschätzung in Abhängigkeit von der Mitbeteiligung einer Pflegekraft

Da unterschiedliche Wahlmöglichkeiten bezüglich der Eignung der Patienten zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung gewählt wurden, gelten wie bereits unter Punkt 4.4 Verlauf der Einschätzung beschrieben als übereinstimmende Einschätzungen bei Aufnahme „geeignet“/ bei Entlassung „gut geeignet“ und bei Aufnahme „fraglich geeignet“/ bei Entlassung „mäßig geeignet“ sowie bei Aufnahme „nicht geeignet“/ bei Entlassung „schlecht geeignet“.

Auf die Anzahl der gegensätzlichen Einschätzungen „geeignet“ bei Aufnahme/ „schlecht geeignet“ bei Entlassung (gewählt vom *Pflegepersonal* und *ärztlichen Dienst*) sowie „nicht geeignet“ bei Aufnahme/ „gut geeignet“ bei Entlassung (nur gewählt vom *Pflegepersonal*) wird im Text hingewiesen.

Alle übrigen Einschätzungskombinationen sind abweichende Einschätzungen zum Ende des stationären Aufenthaltes. Sie werden in den Diagrammen in Abb. 24 und 25 für die jeweilige Berufsgruppe in ihrer Summe angegeben.

4.6.3.1. Einschätzung des *Pflegepersonals*

Die Auswertung der Einschätzung der Pflege ergab folgendes Bild:

In 129 von 147 Teamaufnahmen (88 %) bestätigte sich die vom *Pflegepersonal* gewählte Einschätzung nach Abschluss der Therapie.

In 18 Fällen (12 %) wählte das *Pflegepersonal* zum Zeitpunkt der Entlassung eine abweichende Einschätzung. Bei 10 Patienten wurde zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung eine gegensätzliche Einschätzung gewählt (6 Patienten „geeignet“ bei Aufnahme/ „schlecht geeignet“ bei Entlassung und 4 Patienten „nicht geeignet“ bei Aufnahme/ „gut geeignet“ bei Entlassung).

Auf die übrigen 8 Patienten entfallen die noch möglichen abweichenden Einschätzungskombinationen, die sich aus den

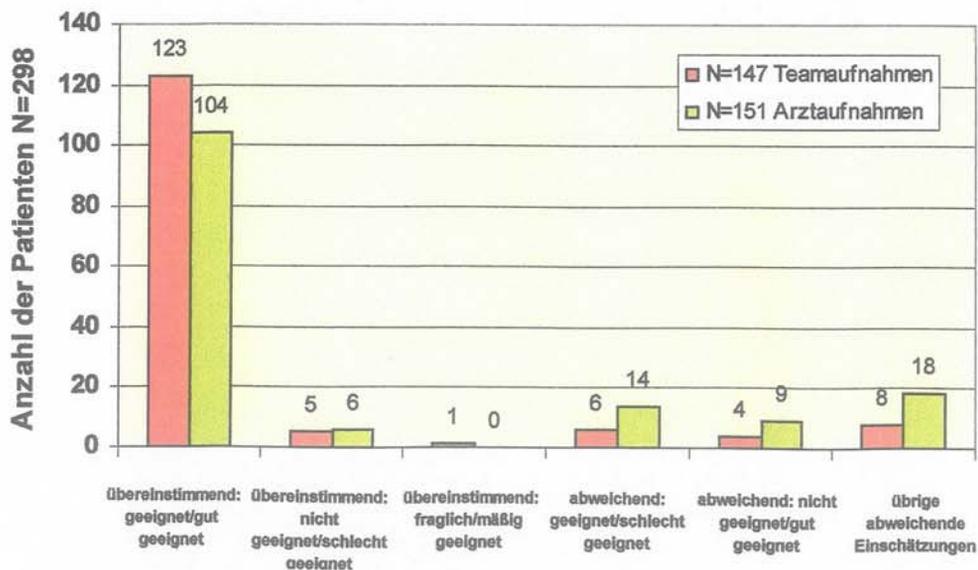
genannten drei Einschätzungsmöglichkeiten bei Aufnahme und den fünf Einschätzungsmöglichkeiten bei Entlassung ergeben.

Dagegen bestätigte sich die Aufnahmeeinschätzung bei den 151 *Arztaufnahmen* in nur 110 Fällen (73 %).

In 41 Fällen (27 %) wurde zum Zeitpunkt der Entlassung eine abweichende Einschätzung gewählt. Davon wurden 23 Patienten gegensätzlich eingeschätzt (14 Patienten „geeignet“ bei Aufnahme/ „schlecht geeignet“ bei Entlassung und neun Patienten „nicht geeignet“ bei Aufnahme/ „gut geeignet“ bei Entlassung).

Bei 18 Patienten wurden die noch möglichen abweichenden Einschätzungskombinationen gewählt.

Das Diagramm (Abb. 24) zeigt die Qualität der prädiktiven Eignung durch das *Pflegepersonal* in Abhängigkeit von der Mitbeteiligung einer Pflegekraft.



Verlauf der Einschätzung durch das Pflegepersonal

Abb. 24: Häufigkeiten der übereinstimmenden bzw. abweichenden Einschätzungen bezüglich der Eignung der Patienten zu Beginn und zum Ende der stationären Therapie vorgenommen durch das Pflegepersonal unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft am Entscheidungsprozess. Zusätzliche Unterteilung der abweichenden Einschätzungen in verbesserte bzw. verschlechterte Einschätzungen im Verlauf der Therapie.

4.6.3.2. Einschätzung des *ärztlichen Dienstes*

Die Auswertung der Einschätzung des *ärztlichen Dienstes* ergab folgendes Bild:

In 128 von 147 *Teamaufnahmen* (87 %) bestätigte sich die vom *ärztlichen Dienst* gewählte Einschätzung nach Abschluss der Therapie.

In 19 (13 %) Fällen wählte der *ärztliche Dienst* zum Zeitpunkt der Entlassung eine abweichende Einschätzung. Bei acht Patienten wurde zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung eine gegensätzliche Einschätzung gewählt („geeignet“ bei Aufnahme/ „schlecht geeignet“ bei Entlassung).

Auf die übrigen elf Patienten entfallen die noch möglichen abweichenden Einschätzungskombinationen, die sich aus den genannten drei Einschätzungsmöglichkeiten bei Aufnahme und den fünf Einschätzungsmöglichkeiten bei Entlassung ergeben.

Bei den 151 *Arztaufnahmen* bestätigte sich in 117 Fällen (77 %) die Aufnahmeeinschätzung.

In 34 Fällen (23 %) wurde zum Zeitpunkt der Entlassung eine abweichende Einschätzung gewählt. Davon wurden 3 Patienten gegensätzlich eingeschätzt („geeignet“ bei Aufnahme/ „schlecht geeignet“ bei Entlassung)

Bei 31 Patienten wurden die noch möglichen abweichenden Einschätzungskombinationen gewählt.

Im Diagramm (Abb. 25) zeigt sich die Qualität der prädiktiven Eignung durch den *ärztlichen Dienst* in Abhängigkeit von der Mitbeteiligung einer Pflegekraft.

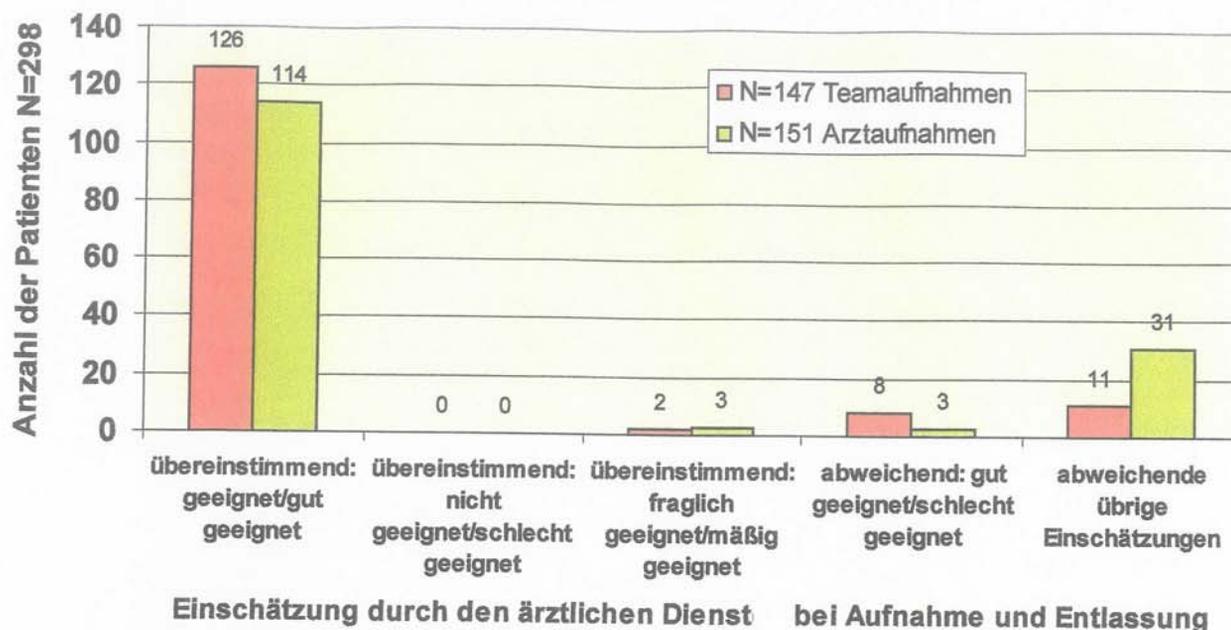


Abb. 25: Häufigkeiten der übereinstimmenden bzw. abweichenden Einschätzungen bezüglich der Eignung der Patienten zu Beginn und zum Ende der stationären Therapie vorgenommen durch den ärztlichen Dienst unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung einer Pflegekraft am Entscheidungsprozess. Zusätzliche Unterteilung der abweichenden Einschätzungen in verbesserte bzw. verschlechterte Einschätzungen im Verlauf der Therapie.

4.7. Barthel-Index

4.7.1. Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung

Bei 306 von insgesamt 307 aufgenommenen Patienten wurde bei Aufnahme und bei 297 Patienten bei Entlassung ein Barthel-Index erhoben. Bei einem Patienten wurde aufgrund seiner kurzen Verweildauer von drei Tagen kein Barthel-Index notiert.

Der Barthel-Index wies zu Beginn der geriatrischen Therapie einen durchschnittlichen Wert von 53.9 Punkten auf, mit Minimal- bzw. Maximalwerten von 0 bis 100 Punkten. Am Ende der Therapie lag der Mittelwert des Barthel-Index bei 73.8 Punkten, mit Minimal- bzw.

Maximalwerten von ebenfalls 0 bis 100 Punkten. Die hohe Variationsbreite von 100 Punkten zeigt die große Heterogenität der betrachteten Patienten sowohl bei Aufnahme wie auch bei Entlassung.

4.7.2. Patientenbezogene Änderung des Barthel-Index im Verlauf der Therapie

Von den 298 entlassenen Patienten wurden bei 297 Patienten die Veränderung der Punktzahl des Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung errechnet.

234 Patienten (79 %) konnten ihren Barthel-Index im Verlauf der Therapie verbessern.

Die Größe des Barthel-Index Zugewinn variierte zwischen 5 und 85 Punkten. Zwei Patienten erreichten im Verlauf der Therapie das beste Ergebnis – einen Barthel-Index-Zugewinn von 85 Punkten. 26 Patienten konnten sich im Verlauf der Therapie um nur 5 Punkte in ihrem Barthel-Index verbessern. Es zeigte sich, dass in dem untersuchten geriatrischen Patientenkollektiv ein Barthel-Index-Zugewinn von 10 Punkten mit 44 Patienten am häufigsten vorkam.

42 Patienten (14 %) blieben in der Einschätzung ihrer Alltagskompetenzen gleich und behielten zum Zeitpunkt der Entlassung einen unveränderten Barthel-Index.

21 Patienten (7 %) verschlechterten sich in ihrem Barthel-Index.

Die Größe des Barthel-Index Verlustes variierte zwischen 5 und 45 Punkten. Die meisten Patienten (12 Patienten) verschlechterten sich um fünf Barthel-Index Punkte. Ein Patient verschlechterte sich maximal um 45 Punkte aufgrund einer neu hinzugekommenen internistischen Erkrankung.

Im Diagramm (Abb. 26) wird die patientenbezogene Veränderung des Barthel-Index nach Ablauf der geriatrischen Therapie dargestellt.

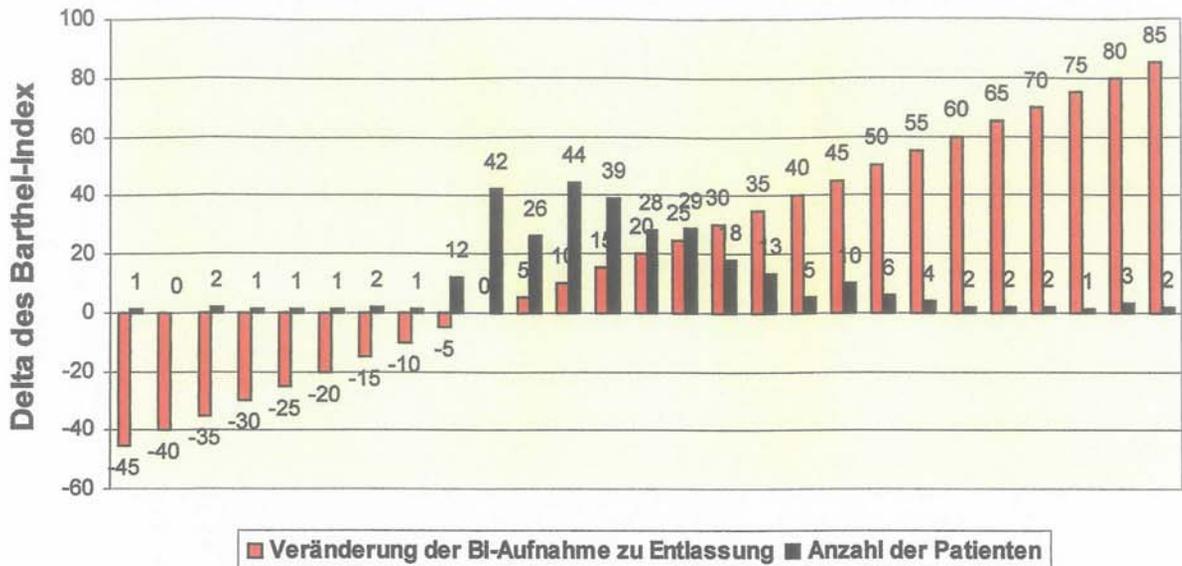


Abb. 26: Therapieerfolg gemessen an der Veränderung des Barthel-Index nach Ablauf der stationären Therapie.

4.7.3. Vergleich der Barthel-Indizes des Patientenkollektivs

Die Betrachtung des Diagramms in Abb. 27 macht deutlich, dass sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung alle möglichen Punktwerte im Barthel-Index vertreten waren.

Des Weiteren zeigt das Diagramm in Abb. 2, dass 25 Patienten (8 %) bei Aufnahme einen Barthel-Index von 70 Punkten hatten und damit die größte Gruppe darstellten.

Mit 5 Patienten (2 %) war die Patientengruppe mit einem Barthel-Index von 95 Punkten bei Aufnahme die kleinste Gruppe.

Bei Entlassung konnten 47 Patienten (16 %) einen Barthel-Index von 90 Punkten erreichen und stellten somit bei Entlassung zahlenmäßig die größte Gruppe dar.

Die Gruppen mit einem Barthel-Index von 5 und von 30 Punkten waren mit zwei Patienten bei Entlassung die kleinste Gruppe.

Die Entwicklung des Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung wird im Diagramm der Abb. 27 deutlich.

Von den neun verstorbenen Patienten hatten sechs Patienten einen Barthel-Index von 0 Punkten, ein Patient einen Barthel-Index von 10 Punkten, eine Patientin einen Barthel-Index von 55 Punkten und ein Patient einen Barthel-Index von 100 Punkten bei Aufnahme.

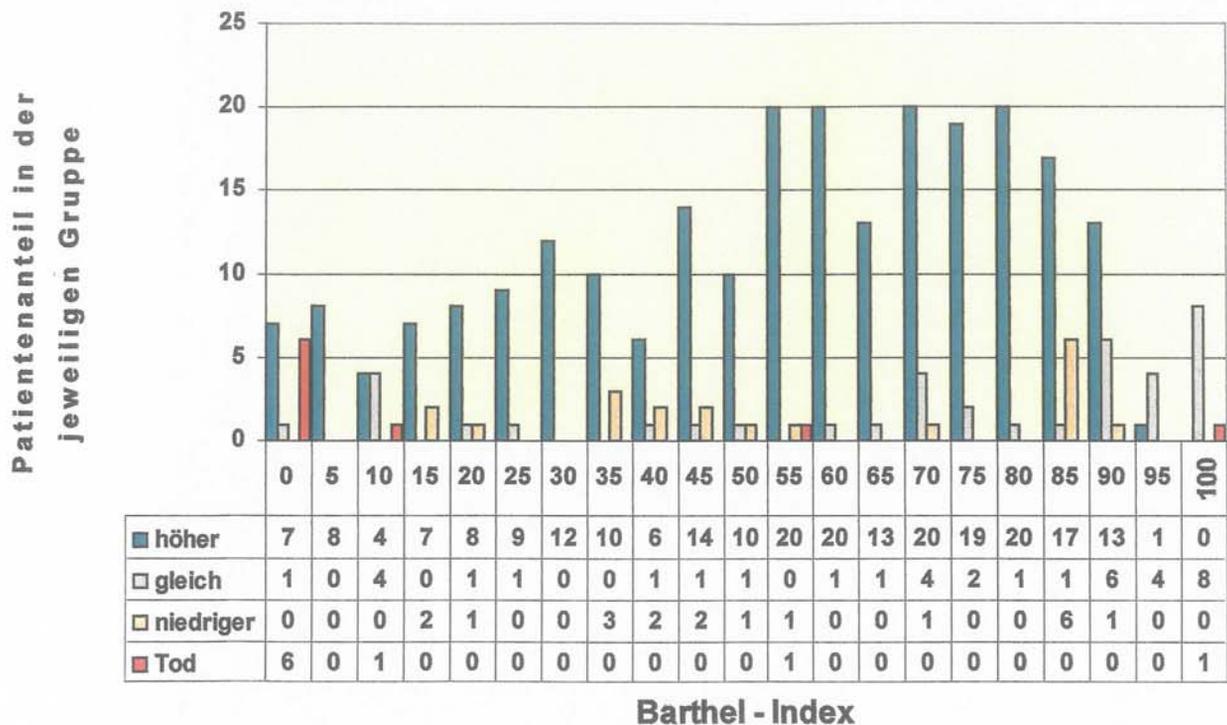


Abb. 27: Einteilung der Patienten in Gruppen mit gleichen Barthel-Index bei Aufnahme und Darstellung der veränderten Barthel-Indizes am Ende der Therapie.

4.7.3.1. Gruppenbezogener Vergleich der Barthel-Indizes

Da in dem betrachteten Patientenkollektiv eine sehr große Heterogenität bezüglich des Barthel-Index vorlag, wurden die Patienten bei Aufnahme und Entlassung vier verschiedenen großen Punktbereichen zugeordnet nämlich 0-25, 30-50, 50-75 und 80-100.

103 Patienten (34 %) wiesen bei Aufnahme einen Barthel-Index zwischen 55–75 Punkten auf (größte Gruppe), 60 Patienten (20 %) einen Barthel-Index von 0–25 (kleinste Gruppe).

Diese Verteilung änderte sich im Verlauf der Therapie. Denn zum Zeitpunkt der Entlassung konnte bei 180 Patienten (61 % des Gesamtkollektivs) ein Barthel-Index zwischen 80-100 Punkten erhoben werden. Diese Patienten bildeten bei Entlassung die größte Gruppe. Mit einem Barthel-Index von 0-25 stellten erwartungsgemäß 27 Patienten (9 %) die kleinste Gruppe dar.

Das Diagramm in Abb. 28 beschreibt die kollektiven Größenverhältnisse der vier Barthel-Index-Gruppen bei Aufnahme und Entlassung.

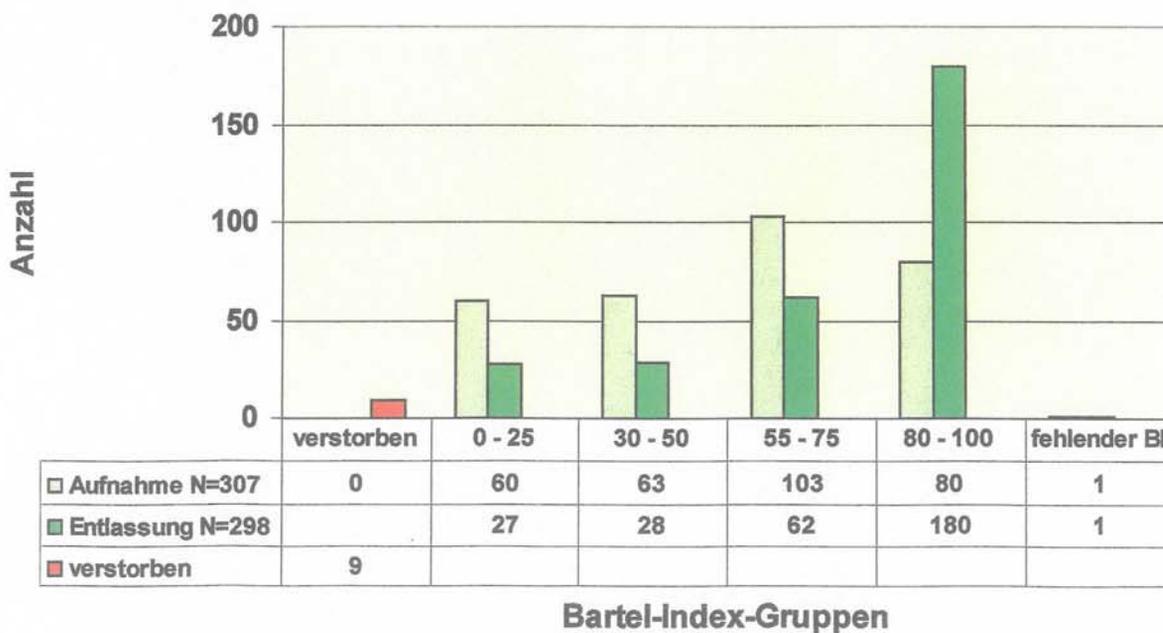


Abb. 28: Einteilung der Patienten in Gruppen mit gleichem Barthel-Index zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung und Darstellung der jeweiligen Gruppenstärken.

In den folgenden vier Diagrammen (Abb. 29-32) wurde für jede Patientengruppe mit gleichem Barthel-Index bei Aufnahme die

funktionalen Therapieergebnisse anhand der Barthel-Indizes bei Entlassung aufgezeigt.

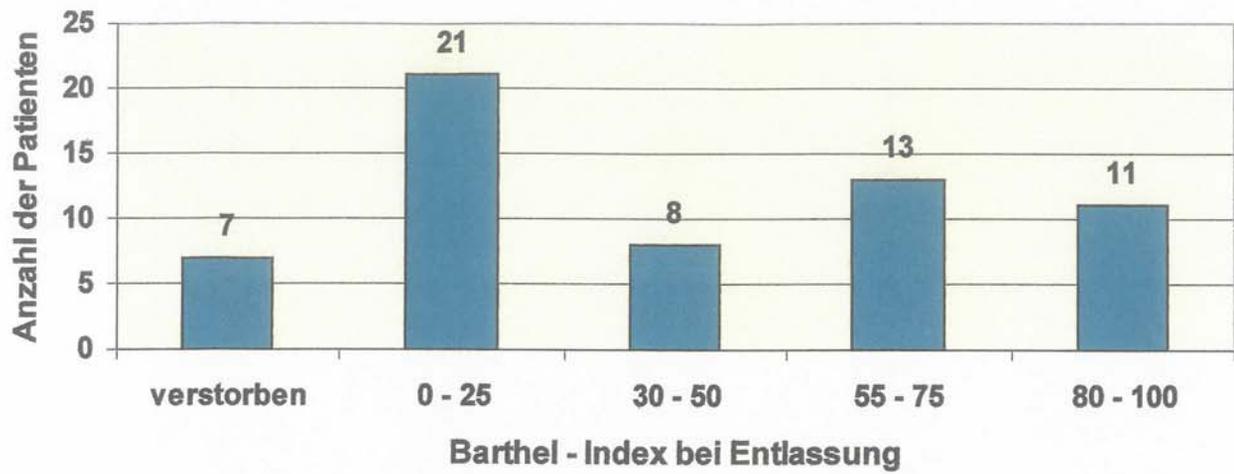


Abb. 29: Therapieergebnis der Patientengruppe (N = 60) mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von 0-25.

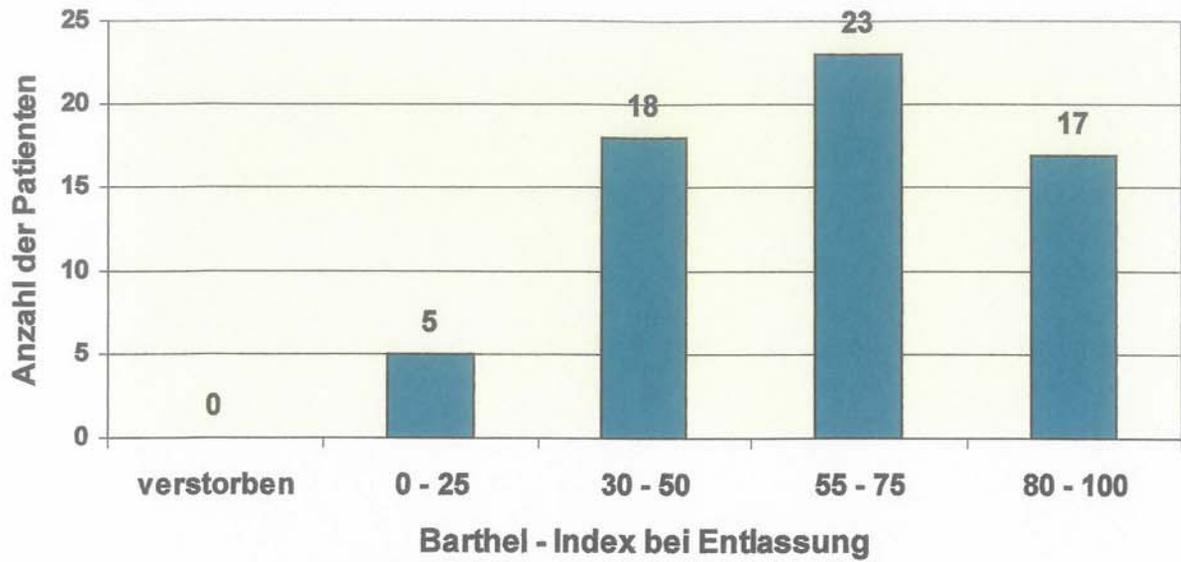


Abb. 30: Therapieergebnis der Patientengruppe (N = 63) mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von 30-50.

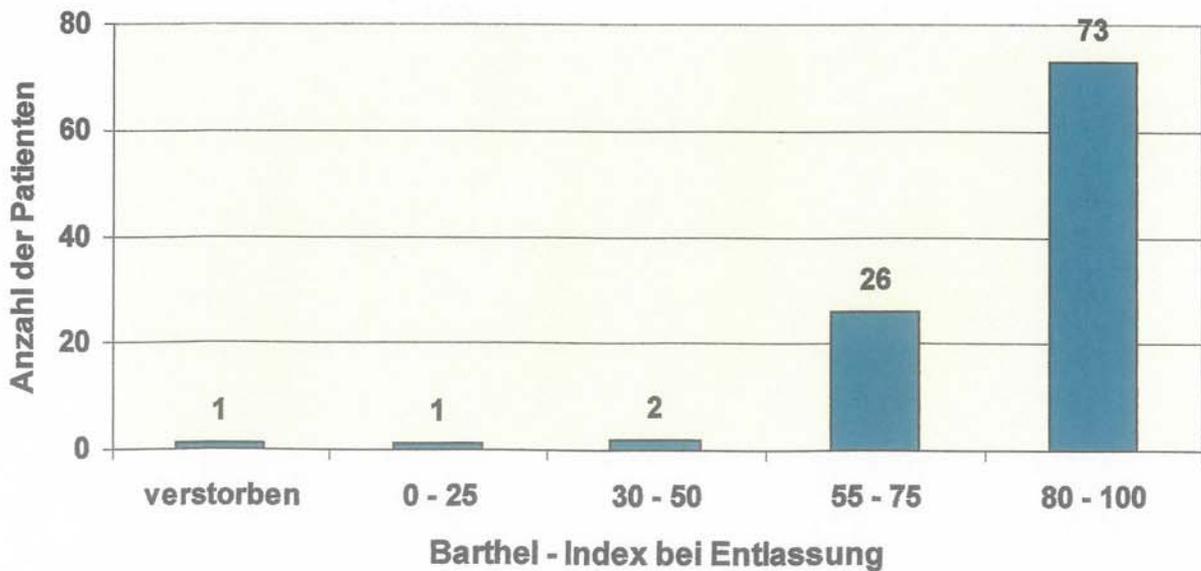


Abb. 31: Therapieergebnis der Patientengruppe (N = 103) mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von 55-75.

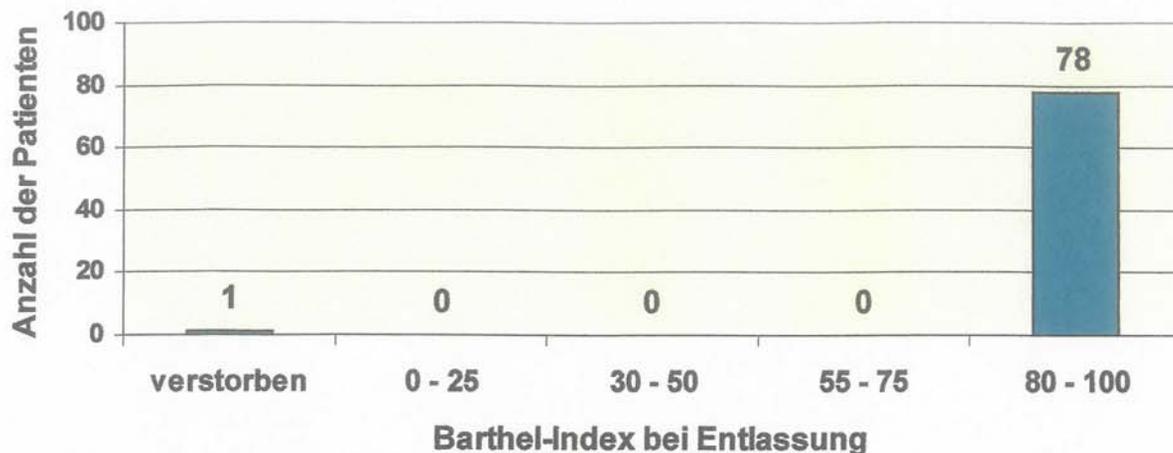


Abb. 32: Therapieergebnis der Patientengruppe (N = 79) mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von 80-100.

4.7.4. Barthel-Index Zugewinn nach Ablauf der Therapie

Die Patienten, die in der Geriatriischen Abteilung der Kliniken des Main-Taunus-Kreises Hofheim in dem genannten Zeitraum therapiert wurden, erreichten einen durchschnittlichen Barthel-Index-Zugewinn von 17.53 Punkten. Mit diesem Ergebnis lagen die Patienten um 1.93 Punkte unter dem Durchschnittswert hessischer geriatriischer Abteilungen, der entsprechend der Gemidas-Auswertung von 2002 bei 19.46 Punkten lag (1).

125 von 297 Patienten (42 %) erreichten nach Ablauf der Therapie einen Barthel-Index-Zugewinn von 20 Punkten und mehr und entsprachen damit dem o.g. Durchschnittswert geführter hessischer Geriatrien.

58 Patienten (20 %) hatten bereits bei Aufnahme einen Barthel-Index von 85 und mehr Punkten, so dass sie bei einer maximal erreichbaren

Punktzahl von 100 einen Barthel-Index-Zugewinn von 20 Punkten nicht erreichen konnten. Sie werden aus diesem Grund separat betrachtet. Von diesen 58 Patienten verschlechterten sich sieben Patienten (12%) um jeweils 5 Punkte, in 21 Fällen (36 %) blieb der Barthel-Index unverändert und in 30 Fällen (52 %) konnte ein Barthel-Index-Zugewinn trotz des hohen Barthel-Index bei Aufnahme erreicht werden.

114 Patienten (38 %) lagen mit ihrem Barthel-Index-Zugewinn unter 20 Punkten.

4.7.5. Aufnahmeeinschätzung in Abhängigkeit vom Barthel-Index bei Aufnahme

Die Auswertung der Einschätzungen in Abhängigkeit vom Barthel-Index zum Zeitpunkt der Aufnahme soll prüfen, ob Patienten mit primär niedrigem Barthel-Index eher kritischer vom *Pflegepersonal* und vom *ärztlichen Dienst* eingeschätzt wurden als Patienten mit initial hohem Barthel-Index.

Das *Pflegepersonal* und der *ärztliche Dienst* nahmen bei den beiden Patientengruppen mit sehr niedrigem Barthel-Index bei Aufnahme (0 und 5 Punkte) anteilig eine deutlich kritischere Einschätzung vor als bei den übrigen Patientengruppen mit höheren Barthel-Indizes.

Von den 14 Patienten mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von 0 Punkten schätzte das *Pflegepersonal* neun und der *ärztliche Dienst* sechs Patienten kritisch ein und von den acht Patienten mit einem initialen Barthel-Index von 5 Punkten nahm das *Pflegepersonal* in vier und der *ärztliche Dienst* in zwei Fällen eine kritische Einschätzung vor.

Damit bestätigte sich diese Vermutung bei beiden Berufsgruppen.

In den Diagrammen in Abb. 33 und 34 werden die vorgenommenen Einschätzungen von beiden Berufsgruppen bezogen auf den Barthel-Index bei Aufnahme im einzelnen dargestellt.

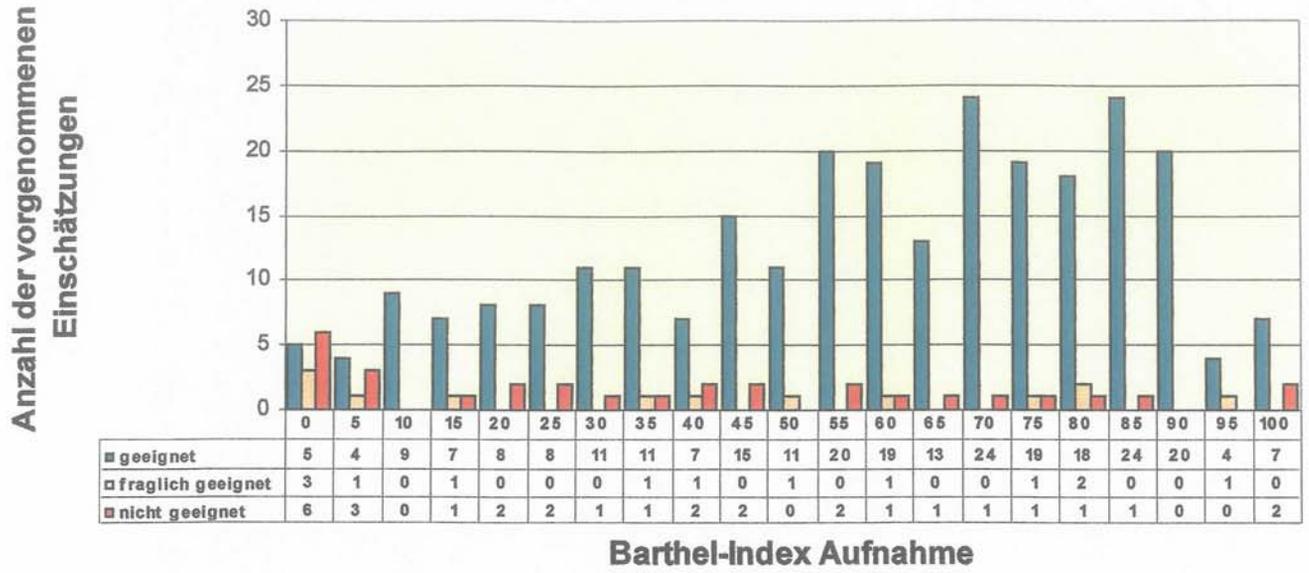


Abb. 33: Einschätzung der Patienten bei Aufnahme durch das Pflegepersonal in Abhängigkeit des Barthel-Index.

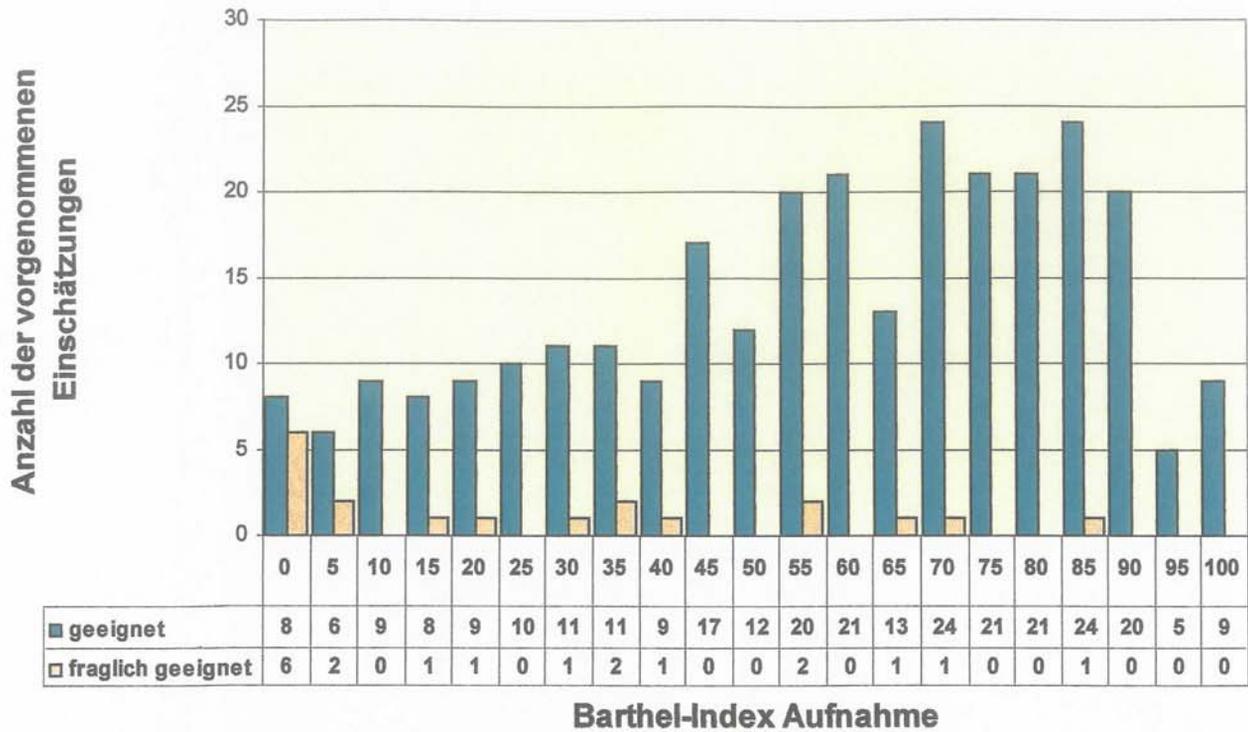


Abb. 34: Einschätzung der Patienten bei Aufnahme durch den ärztlichen Dienst in Abhängigkeit des Barthel-Index.

4.7.6. Aufnahmeeinschätzung in Abhängigkeit von der Barthel-Index-Änderung

Um eine Aussage hinsichtlich der Einschätzung bei Aufnahme (prädiktive Eignung) bezogen auf den funktionalen Therapieerfolg der Patienten machen zu können, wurde die Einschätzung bei Aufnahme der Barthel-Index-Änderung gegenübergestellt. Dies konnte nur bei 297 Patienten geschehen, da neun Patienten verstarben und bei einem Patienten aufgrund der kurzen Verweildauer keine Barthel-Indizes erhoben wurden.

Von 234 Patienten (100 %), die eine Zunahme des Barthel-Index zum Ende der geriatrischen Therapie erreichten, schätzte das

Pflegepersonal 207 Patienten (88 %) als „geeignet“, 8 (4 %) als „fraglich geeignet“ und 19 Patienten (8 %) als „nicht geeignet“ ein. Der **ärztliche Dienst** hielt 223 Patienten (95 %) für „geeignet“, 11 Patienten (5 %) für „fraglich geeignet“ und keinen Patienten für „nicht geeignet“.

Bei den 42 Patienten (100 %), die zum Zeitpunkt der Entlassung mit einem gleichem Barthel-Index wie zum Zeitpunkt der Aufnahme bewertet wurden, nahm das **Pflegepersonal** folgende Einschätzungen vor: 31 Patienten (74 %) wurden für „geeignet“, 3 Patienten (7 %) für „fraglich geeignet“ und 8 Patienten (19 %) für „nicht geeignet“ gehalten.

Der **ärztliche Dienst** gab folgende Einschätzungen bei Aufnahme ab: 40 Patienten (95 %) wurden als „geeignet“ eingeschätzt, 2 Patienten (5 %) als „fraglich geeignet“ und kein Patienten als „nicht geeignet“.

Von den 21 Patienten (100 %) mit einem niedrigeren Barthel-Index bei Entlassung wurden 20 (95 %) von beiden Berufsgruppen als „geeignet“, 1 Patient (5 %) als „fraglich geeignet“ und kein Patient als „nicht geeignet“ eingeschätzt.

Diese prozentualen Angaben belegen, dass die Einschätzung bei Aufnahme (prädiktive Eignung) unabhängig von der einschätzenden Berufsgruppe nicht geeignet ist, eine Aussage zum funktionalen Therapieerfolg der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme zu machen.

In den Diagrammen der Abb. 35 und 36 sind die Aufnahmeeinschätzungen durch das **Pflegepersonal** und den **ärztlichen Dienst** in Abhängigkeit von der Barthel-Index-Änderung dargestellt.

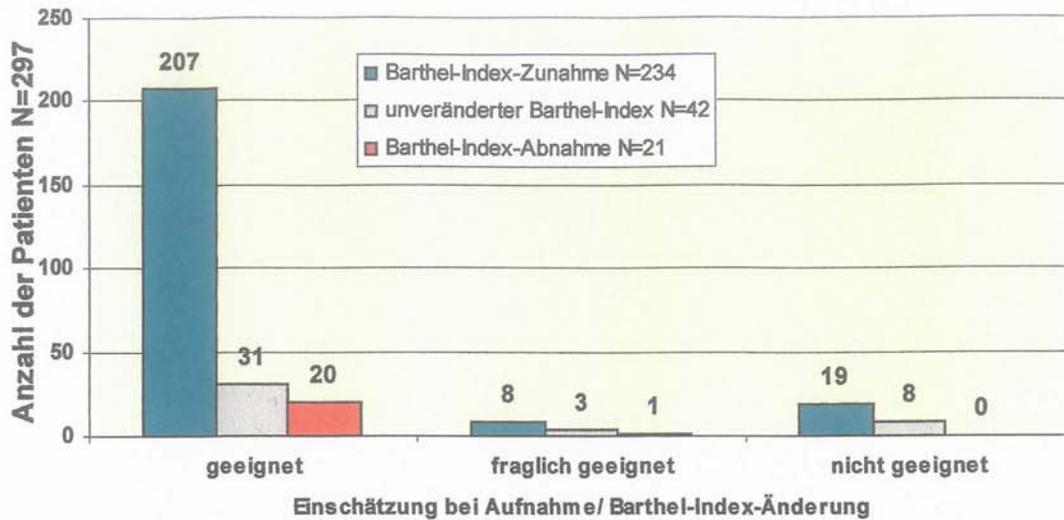


Abb. 35: Einteilung des Patienten nach Einschätzung durch das Pflegepersonal zum Zeitpunkt der Aufnahme unter Berücksichtigung der erzielten Barthel-Index-Veränderung nach Ablauf der Therapie.

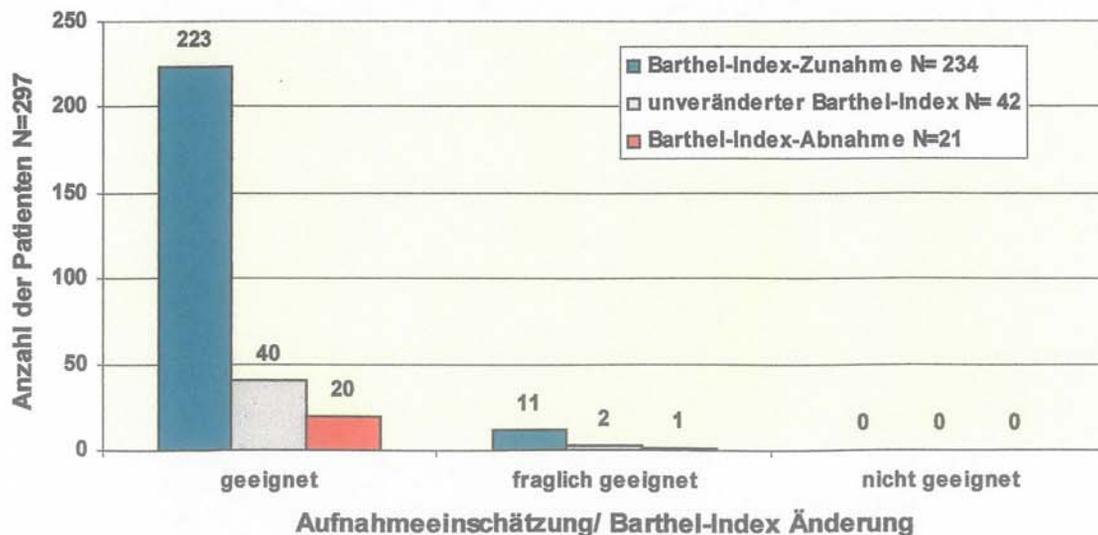


Abb. 36: Einteilung des Patienten nach Einschätzung durch den ärztlichen Dienst zum Zeitpunkt der Aufnahme unter Berücksichtigung der erzielten Barthel-Index-Veränderung nach Ablauf der Therapie.

4.7.7. Durchschnittliche Verweildauer in Abhängigkeit vom Barthel-Index bei Aufnahme

Zur Darstellung der durchschnittlichen Verweildauer in Abhängigkeit vom Barthel-Index bei Aufnahme wurden die Patienten mit gleichem Barthel-Index bei Aufnahme in Gruppen zusammengefasst.

Drei Patienten mit auffallend langen Verweilzeiten hoben die durchschnittliche Therapiedauer in den verschiedenen Gruppen deutlich an. Der Grund dafür ergab sich nach Durchsicht ihrer Krankenakten, in denen für alle drei Patienten gravierende neu hinzu gekommene internistische Erkrankungen auftraten.

Im Säulendiagramm in Abb. 37 wird deutlich, dass Patienten mit niedrigem Barthel-Index erwartungsgemäß deutlich länger in der Geriatrischen Abteilung verweilten. Dieses Ergebnis belegt erneut, dass Patienten mit einem schlechten Ausgangsstatus längere Behandlungszeiten benötigten, um von der geriatrischen Therapie profitieren zu können (11, 5).

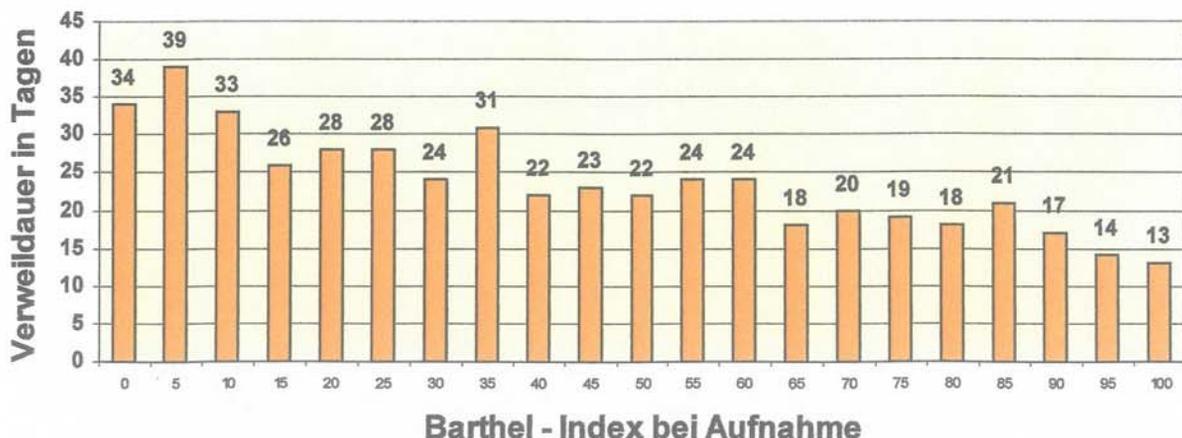


Abb.37: Durchschnittliche Verweildauer pro Patientengruppe mit gleichen Barthel-Index bei Aufnahme.

5. Diskussion

Die Einschätzung der prädiktiven Eignung älterer Patienten für eine geriatrische Therapie ist vielschichtig und problematisch. Dies zeigen auch die aufgeführten Untersuchungsergebnisse, die anhand der in der Einleitung dargelegten Fragen und Hypothesen nachfolgend diskutiert werden.

Die unter Punkt 4.2 aufgeführten Ergebnisse der Einschätzung des Gesamtkollektivs zeigen die Anteile der bei Aufnahme und Entlassung durch das *Pflegepersonal* und den *ärztlichen Dienst* vorgenommenen Einschätzung.

Sie zeigen, dass das *Pflegepersonal* eine kritischere Einschätzung bei Aufnahme vornimmt (85 % der Patienten werden als „geeignet“, 15 % kritisch eingeschätzt) im Vergleich zum *ärztlichen Dienst* (94 % der Patienten werden als „geeignet“ und 6 % als „fraglich geeignet“ eingeschätzt).

Wie bereits erläutert nimmt der *ärztliche Dienst* auf die Einschätzung „nicht geeignet“ bei Aufnahme nicht vor, da er in die Entscheidung zur Übernahme eingebunden ist und entsprechend „nicht geeignete“ Patienten bereits im Rahmen des Geriatrischen Konsils ablehnt, jedoch einen Behandlungsversuch mit fraglichem Ausgang zulässt (s. Punkt 3.2 Aufnahmeverfahren in die Geriatrische Abteilung).

Die Einschätzung im Gesamtkollektiv bei Entlassung entspricht weitestgehend der Einschätzung bei Aufnahme, die durch das *Pflegepersonal* vorgenommen wurden (84 % der Patienten werden als „geeignet“ und 13 % kritisch eingeschätzt). Die Einschätzung des *ärztlichen Dienstes* nähert sich derjenigen des *Pflegepersonals* an (84 % der Patienten werden als „geeignet“ und 14 % kritisch eingeschätzt).

Der patientenbezogene Vergleich der durch beide Berufsgruppen vorgenommenen Einschätzung (s. Punkt 4.3) bestätigt die erste Hypothese, dass eine große Übereinstimmung hinsichtlich ihrer

Einschätzung der Patienten besteht. Beide Berufsgruppen stimmten bei Aufnahme in 86 % und bei Entlassung in 84 % der Patienten in ihrer Einschätzung überein. Die sich daraus ergebende Diskrepanz von 2 % hängt mit der Zahl der Einstufungsmöglichkeiten zusammen. Bei der Entlassung standen fünf Eignungseinstufungen („geeignet“, „mäßig geeignet“, „schlecht geeignet“, „indifferent“ und „keine Aussage“) zur Verfügung, hingegen bei der Aufnahme lediglich drei („geeignet“, „fraglich geeignet“ und „nicht geeignet“).

Somit wird deutlich, dass der weit aus geringere Anteil unterschiedlich eingeschätzter Patienten (bei Aufnahme 14 % und bei Entlassung 16 %) in seiner Quantität überbewertet und nur subjektiv als großes Problem empfunden wird.

Dieses Phänomen kann zum einen darin begründet sein, dass durch die enorme Arbeitsbelastung des geriatrisch tätigen Pflegepersonals der Wunsch nach erfolgreich therapierten Patienten sehr groß ist, was sich motivierend auf ihre Arbeit auswirkt.

Zum anderen führt die bei der Aufnahmeentscheidung eines Patienten dominierende Rolle des Arztes sowie die begrenzte Mitwirkung des Pflegepersonals an dieser Entscheidung aufgrund der ungleichen Machtverteilung immer wieder zu Konflikten zwischen beiden Berufsgruppen. Zu dieser Problematik gibt es kaum Literatur, da derartige Meinungsverschiedenheiten lediglich auf persönlichem und informellem Weg ausgetragen werden (15).

Von den übereinstimmend vorgenommenen Einschätzungen stimmten das *Pflegepersonal* und der *ärztliche Dienst* immerhin in 84 % bei Aufnahme und in 80 % bei Entlassung darin überein, dass die aufgenommenen Patienten „geeignet“ für eine geriatrische Therapie seien.

Dieses Ergebnis belegt die Qualität des im Vorfeld getätigten Geriatrischen Konsils, bei dem die Patienten vom Geriater hinsichtlich ihrer Eignung für eine geriatrische Therapie untersucht und dementsprechend „nicht geeignete“ Patienten abgelehnt wurden. Des Weiteren belegen die Daten, dass beim *Pflegepersonal* und beim *ärztlichen Dienst* die subjektive Wahrnehmung bezüglich der Eignung eines Patienten in hohem Maße übereinstimmt, obwohl man aufgrund

des unterschiedlichen beruflichen Hintergrundes der beiden Gruppen eine größere Diskrepanz erwarten könnte.

Wie häufig die ursprünglich bei Aufnahme vorgenommene Einschätzung im Verlauf der Therapie revidiert werden musste und wie die Qualität der „prädiktiven Eignung“ durch die Berufsgruppen ist, zeigen die unter Punkt 4.4 Verlauf der Einschätzung dargestellten Ergebnisse.

Die Einschätzung bei Aufnahme bestätigte sich beim *Pflegepersonal* bei 81 % der Patienten und beim *ärztlichen Dienst* bei 84 %. Folglich musste das *Pflegepersonal* in 19 % der Fälle und der *ärztliche Dienst* in 16 % ihre Einschätzung zum Ende der Therapie korrigieren.

Das *Pflegepersonal* musste dementsprechend im Verlauf der Therapie seine initiale Einschätzung etwas häufiger verändern, was auf eine etwas bessere Qualität der „prädiktiven Eignung“ durch den *ärztlichen Dienst* hinweist. Allerdings ist dieser Unterschied relativ gering, zumal das *Pflegepersonal* – im Unterschied zum *ärztlichen Dienst* – bei Aufnahme die Einschätzung „nicht geeignet“ vornahm und dadurch mehr Eignungseinstufungen verwendete. Folglich ergab sich beim *Pflegepersonal* auch eine höhere Wahrscheinlichkeit für Fehleinschätzungen. Ein Vergleich zur Häufigkeit angepasster Einschätzungen beider Berufsgruppen ist infolgedessen nur bedingt möglich.

Die Betrachtung der in den Diagrammen gezeigten Ergebnisse (Abb. 13 und 14) bestätigt die eingangs genannten Hypothesen 2 und 3 und macht deutlich, dass sich das *Pflegepersonal* in ähnlicher Weise in beide Richtungen verschätzte (10 % der Patienten wurden zu negativ und 9 % zu positiv prognostiziert).

Dahin gegen schätzte der *ärztliche Dienst* die prädiktive Eignung der Patienten eher zu positiv ein (14 % der Patienten wurden zu positiv und nur 2 % zu negativ eingeschätzt).

Diese Positiveinschätzung hängt zum einen mit der bereits getroffenen Aufnahmeentscheidung des Arztes im Rahmen der Patientenzuweisung zusammen, zum anderen aber auch mit dem unter 2.3. erwähnten Rechtsanspruch des Patienten „Rehabilitation vor

Pflege", der eine geriatrische Behandlung auf Probe rechtfertigt und vom Arzt eher bewilligt wird.

Die Auswertung der bei kritischer Einschätzung zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung angegebenen Gründe wurde unter Punkt 4.2 dargestellt.

Das *Pflegepersonal* begründete seine kritische Primäreinschätzung am häufigsten mit „mangelnde Motivation“, der *ärztliche Dienst* hingegen wählte diesen Grund zwar häufig aber für ihn standen eine bestehende „Demenz“ geriatrischer Patienten zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund. Die Motivation des Patienten ist eine wichtige Voraussetzung zum möglichen Therapieerfolg und ist sicherlich ein bedeutendes Kriterium bei der Einschätzung der prädiktiven Eignung. Dieser Punkt sollte daher unbedingt im Vorfeld der Patientenübernahme mit dem Patienten und seinem häuslichen Umfeld besprochen werden. Die Problematik einer bestehenden Demenz ergibt sich dagegen schon aus der Tatsache, dass gerade kognitive Störungen bei geriatrischen Patienten weit verbreitet sind – oft vergesellschaftet mit einer bestehenden Depression – und einen wichtigen Grund für den Verlust der Selbständigkeit darstellen (22, 6). Daher ist es sicherlich sinnvoll, bei der kritischen Einschätzung auf den Schweregrad der bestehenden Demenz zu achten. Da Patienten mit einer milden Demenz durchaus von einer geriatrischen Therapie profitieren können, sollte dieser Grund nur nach Ausprägung der Erkrankung als Ausschlusskriterium für die geriatrischen Therapie dienen und ggf. die Überleitung in eine gerontopsychiatrische Abteilung erfolgen.

Ein weiterer, vom *Pflegepersonal* häufig angegebener Grund war „kein geriatrischer Patient“. Mit dieser Begründung drückte das *Pflegepersonal* seine Meinung aus, dass solche Patienten aufgrund ihres Gesamtzustandes für eine indikationsspezifische Therapie- und/oder Rehabilitationsmaßnahme geeignet sind. Das Ziel des Geriatrischen Konsils vor einer Patientenübernahme ist es, gerade solche Patienten für die geriatrische Therapie abzulehnen und sie einer indikationsspezifischen Therapie zuführen zu können.

Beiden Berufsgruppen nannten die „fehlende Belastbarkeit“ häufig als Grund für eine kritische Einschätzung. Zusätzlich wurde vom

Pflegepersonal noch ein „schlechter Allgemeinzustand“ angegeben. Aus diesen Eigenschaften ergibt sich zwangsläufig eine Einschränkung des geriatrischen Rehabilitationsmodus.

Interessant sind die bei Entlassung angegebenen Gründe für die Einschätzungen „mäßig geeignet“, „indifferent“ und „schlecht geeignet“. Wie im Diagramm unter Punkt 4.2 (Abb.7) dargestellt, stand für das *Pflegepersonal* die „mangelnde Kooperation“ der Patienten im Vordergrund gefolgt von „fehlender Motivation“. Der *ärztliche Dienst* gab am häufigsten die „mangelnde Motivation“ sowie die „bestehende Grunderkrankung“ an. Beide Berufsgruppen belegten ihre kritische Einschätzung mit Gründen, die direkten Einfluss auf ihr Arbeitsgebiet hatten. So können Patienten, die keinen aktiven Beitrag zur Wiedererlangung ihrer Alltagskompetenzen leisten, auch nicht durch ein sehr engagiertes *Pflegepersonal* aktiviert werden. Sowohl die Motivation als auch die Kooperationsbereitschaft des Patienten sind Grundvoraussetzungen für den Erfolg einer geriatrischen Therapie. Liegen schwere Grunderkrankungen vor, die die körperliche Belastung des Patienten stark einschränken oder sogar unmöglich machen, kann die multimodale geriatrische Komplexbehandlung nicht durchgeführt werden.

Die bei Aufnahme und Entlassung genannten Gründe stimmen weitestgehend mit den von B. Sgries genannten primären bis tertiären Ausschlusskriterien für eine geriatrische Therapie überein (21).

Diese aufgeführten Gründe sind sicherlich hilfreich für künftige Übernahmeentscheidungen, die individuelle Situation des Patienten sollte aber unbedingt im Vordergrund stehen. Daraus ergibt sich, dass diese Begründungen nicht pauschal auf jeden Patienten anzuwenden sind (s. 1. vierte Hypothese).

Die unter 4.6.2 aufgeführten Ergebnisse bestätigen die fünfte Hypothese, dass sich die Mitbeteiligung einer Pflegekraft am Entscheidungsprozess positiv auswirkt.

Der Vergleich der *Arztaufnahmen* (50.5 % des Gesamtkollektivs) und *Teamaufnahmen* (49.5 % des Gesamtkollektivs) zeigt eine bessere Einschätzung bezüglich der Eignung eines Patienten, wenn eine Pflegekraft am Entscheidungsprozess beteiligt war.

So unterschied sich die Einschätzung des *Pflegepersonals* zum Zeitpunkt der Aufnahme um 9 % zu Lasten der *Arztaufnahmen* (90 % „geeignet“ bei Beteiligung einer Pflegekraft gegenüber 81% ohne Beteiligung einer Pflegekraft) und zum Zeitpunkt der Entlassung um 6 % (85 % „gut geeignet“ bei Beteiligung einer Pflegekraft gegenüber 79 % „gut geeignet“ ohne Beteiligung einer Pflegekraft).

Auch der *ärztliche Dienst* schätzte die *Teamaufnahmen* zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung besser ein. Zu beiden Zeitpunkten unterschied sich die Einschätzung des ärztlichen Dienstes um 6 % zu Lasten der *Arztaufnahmen* (Einschätzung bei Aufnahme: 97 % „geeignet“ bei Beteiligung einer Pflegekraft gegenüber 91 % ohne Beteiligung einer Pflegekraft und bei Entlassung: 85 % „gut geeignet“ bei Beteiligung einer Pflegekraft gegenüber 79 % ohne Beteiligung einer Pflegekraft – diese Einschätzung bei Entlassung stimmt mit der Einschätzung des *Pflegepersonals* überein).

Dieser Unterschied einer positiveren Einschätzung der *Teamaufnahmen* lässt sich durch zwei Aspekte erklären: Zum einen fließen in den Entscheidungsprozess sowohl ärztliche als auch pflegerische Aspekte ein, was dem multiprofessionellen Anspruch geriatrischer Therapie und Rehabilitation entspricht (23,16,20). Dies wirkt sich positiv auf die Therapie aus und führt erwartungsgemäß zu einer höheren Rate „geeigneter“ Patienten bei den *Teamaufnahmen*. Zum anderen handelte es sich bei den Patienten, bei denen eine Pflegekraft am Entscheidungsprozess beteiligt war, in 84 % der Fälle um interne Übernahmen aus anderen Fachabteilungen bzw. aus der Zentralambulanz der Kliniken des Main-Taunus-Kreises Hofheim, so dass den Aufnahmen in der Regel ein Geriatrisches Konsil mit den damit verbundenen Vorteilen zugrunde lag (2).

Diesen Einschätzungen wird als objektives Kriterium zum Therapieerfolg der Patienten die Änderung des Barthel-Index nach abgeschlossener Therapie gegenübergestellt.

Der Mittelwert des Barthel-Index des Gesamtkollektivs konnte im Verlauf der Therapie von 53.9 Punkten auf 73.8 Punkte angehoben werden (s. 4.7 Barthel-Index).

Die Betrachtung der patientenbezogenen Änderung des Barthel-Index im Verlauf der Therapie zeigt, dass 79 % der Patienten ihren Barthel-Index verbessern konnten und nur 7 % der Patienten sich in der Bewertung verschlechterten. Dies ist ein beachtlicher Therapieerfolg, zu mal das Patientenkollektiv eine große Heterogenität aufwies. Diese Eigenschaft des Kollektivs verlangt eine große Flexibilität vom geriatrischen Team, da es auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten fachgerecht eingehen muss. Des Weiteren war der Anteil der Patienten mit hohem Barthel-Index groß, so dass eine Verbesserung des Barthel-Index aufgrund des „Ceiling-Effektes“ schwer zu erreichen war (s. Punkt 4.7.3.1 Gruppenbezogener Vergleich der Barthel-Indizes Abb. 28). Dies erklärt auch den Anteil von 14 % der Patienten mit unveränderten Barthel-Index zum Zeitpunkt der Entlassung.

Die unter Punkt 4.7.5 aufgeführten Barthel-Indizes zeigen, dass bei Aufnahme sowohl das *Pflegepersonal* als auch der *ärztliche Dienst* bei Patienten mit niedrigerem Barthel-Index eine ungünstigere Entwicklung prognostizierten als bei solchen mit einem hohen Punktwert (Abb.34 und 35).

Patienten, die aufgrund schwerer Grunderkrankungen kaum noch Alltagskompetenzen aufweisen, bedürfen einer intensiven Pflege und interdisziplinären Versorgung und sind für das geriatrische Team sehr zeit- und arbeitsaufwendig. Darüber hinaus benötigen Patienten mit einem niedrigen Barthel-Index lange Therapiezeiten (s. Punkt 4.7.7 Durchschnittliche Verweildauer bezogen auf den Barthel-Index bei Aufnahme Abb.38). Die genannten Aspekte beeinflussen sicherlich beide Berufsgruppen bei ihrer Aufnahmeentscheidung und führen bei solchen Patienten zu einer kritischeren Primäreinschätzung. Dass die Patientengruppe mit dem niedrigsten Barthel-Index (0 bis 25 Punkte bei Aufnahme) die anteilig kleinste Patientengruppe darstellt, ist von daher nicht weiter überraschend (s. Punkt 4.7.3.1 Gruppenbezogener Vergleich des Barthel-Index und Abb.28).

Wie unter dem Punkt 4.7.3.1 Gruppenbezogener Vergleich der Barthel-Indizes (Abb.29 „Therapieergebnis der Patienten N = 60 mit einem Barthel-Index von 0-25 bei Aufnahme“) dargestellt, traten in dieser Patientengruppe – im Vergleich zu Patientengruppen mit höherem

Barthel-Index – die meisten Sterbefälle auf. Von insgesamt neun Patienten verstarben sieben (sechs Patienten mit einem Barthel-Index von 0 Punkten und ein Patient mit einem Barthel-Index von 10 Punkten). Ein Ergebnis, das leicht mit den vorliegenden schweren Grunderkrankungen dieser Patienten zu erklären ist. Andererseits zeigt diese Abbildung aber auch den guten Therapieerfolg dieser Patientengruppe, denn immerhin „schafften“ 32 Patienten (53 % dieser Patientengruppe) zum Ende der Therapie den Sprung in eine Gruppe mit höherem Barthel-Index.

Die Darstellung der Therapieergebnisse der übrigen Patientengruppen (s. Abb. 30 – 32) zeigen zum einen, dass die Patientengruppe mit einem initialen Barthel-Index zwischen 55-75 Punkten am besten abschnitt (71 % der Patienten wurden zum Ende der Therapie in die nächst höhere Gruppe eingestuft). Zum anderen wird aber auch deutlich, dass bei der Patientengruppe mit sehr hohen Barthel-Index bei Aufnahme (80-100 Punkten) rein rechnerisch kein Zugewinn des Barthel-Index mehr möglich war und Therapieerfolge aufgrund des „Ceiling-Effektes“ nicht darstellbar sind.

An dieser Stelle sollte die Überlegung angestellt werden, ob Patienten mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von mehr als 75 Punkten nicht eher die Voraussetzungen für einen Anschlussrehabilitation erfüllen oder andere Therapieformen (s. Punkt 2.4) indiziert sind (21). Dies hätte den Vorteil, dass die wenigen vollstationären geriatrischen Therapieplätze solchen Patienten vorbehalten wären, die sehr wohl von einer geriatrischen Therapie profitieren, aber aufgrund ihres hohen Alters für andere Therapieformen nicht mehr geeignet sind.

Die Betrachtung der Therapiezeiten zeigt, dass die durchschnittliche Therapiedauer von 23 Tagen bei Patienten mit einem anfänglichen Barthel-Index von 65 und mehr unterschritten wurde (Abb.38). Die Patienten mit einem Barthel-Index von 60 Punkten wiesen eine durchschnittliche Verweildauer von 24 Tagen auf, da sich bei einer Patientin durch eine neu hinzugekommene internistische Erkrankung eine außergewöhnlich lange Verweildauer von 82 Tagen ergab. Patientengruppen mit einem Barthel-Index bei Aufnahme von 0 bis 60 Punkten lagen alle – bis auf die Patienten mit 40 bis 50 Punkten –

über der durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen. Diese Zahlen belegen die Annahme, dass Patienten mit einem niedrigeren Barthel-Index bei Aufnahme längere Behandlungszeiten benötigen, um von der geriatrischen Therapie profitieren zu können.

Trotz der erwartungsgemäß längeren Verweildauer von Patienten mit niedrigem Barthel-Index bei Aufnahme sollten diese Ergebnisse beide Berufsgruppen ermutigen, vor allem solche Patienten einer geriatrischen Behandlung zuzuführen. Gerade sie profitieren in besonderem Maße von der angebotenen Therapie, die aufgrund ihres rehabilitativen Charakters auch den Anspruch auf längere Behandlungszeiten mit sich bringt.

6. Zusammenfassung

Diese Arbeit zeigt, dass durchaus eine verlässliche Aussage zum Zeitpunkt der Aufnahme hinsichtlich der Eignung älterer Patienten zur klinisch-geriatrischen Therapie von beiden Berufsgruppen gemacht werden konnte. Im Vergleich schätzte das *Pflegepersonal* die prädiktive Eignung etwas niedriger und damit realistischer ein als der *ärztliche Dienst*, der erwartungsgemäß dazu tendierte, die Patienten bezüglich ihrer Therapie- und Rehabilitationsprognose zu positiv einzustufen.

Beide Berufsgruppen stimmten bei den meisten Patienten hinsichtlich der Einschätzung der prädiktiven Eignung überein. Der deutlich kleinere Anteil strittiger Patienten zeigte die Schwierigkeit der Einschätzung und war Anlass zu Diskussionen innerhalb des geriatrischen Teams – eine Folge der ungleichen Kompetenzverteilung zwischen dem Arzt und dem Pflegepersonal.

Die richtige Einschätzung der prädiktiven Eignung wurde durch die Mitbeteiligung einer Pflegekraft am Entscheidungsprozess im Rahmen eines Geriatrischen Konsils deutlich verbessert. Daraus ergibt sich die Empfehlung, vor der Übernahme eines Patienten ein Geriatrisches Konsil unter Mitbeteiligung einer Pflegekraft durchzuführen.

Die am häufigsten angegebenen Gründe „mangelnde Motivation“ und „fehlende Kooperation“ sind sicherlich Grundvoraussetzungen für den Erfolg einer geriatrischen Therapie und von daher generelle Ausschlusskriterien bei der Aufnahmeentscheidung. Die übrigen Begründungen spielen bei jedem Patienten eine individuelle Rolle und lassen sich nicht verallgemeinern.

Allerdings sollte ein niedriger Barthel-Index bei Aufnahme nicht dazu verleiten, diese Patienten hinsichtlich ihrer Eignung kritischer einzuschätzen als solche mit einem hohen Barthel-Index. Wie die Ergebnisse belegen, profitiert auch diese Gruppe sehr gut von einer geriatrischen Therapie. Hingegen sollte die Aufnahme von Patienten

mit einem initialen Barthel-Index von mehr als 75 Punkten kritisch überprüft werden, da in diesen Fällen unter Umständen eher eine Anschlussrehabilitation oder andere Therapieformen indiziert ist. Dann könnten die wenigen stationären Therapieplätze solchen Patienten vorbehalten werden, die aufgrund ihres hohen Alters und ihrer Multimorbidität für andere indikationsspezifische Therapien nicht mehr geeignet sind.

7. Literaturverzeichnis

- (1) **Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. – Ausschuss Qualitätssicherung I – Geriatrisches Minimum Data Set (Gemidas) Version 4.1, Erhebungsbogen, Definitionen und Erläuterungen, 2002**
- (2) **Deetjen W, Hahn K, Knauf W, Vogel W, Werner H-J, Empfehlungen für die Patientenüberleitung zur klinisch-geriatriischen Behandlung in Hessen. Hess. Ärzteblatt 2003; 4:194-196**
- (3) **Franke H, III-4 Bedingungen der Langlebigkeit. In: Olbrich E, Sames K, Schramm A, Hrsg. Kompendium der Gerontologie : interdisziplinäres Handbuch für Forschung, Klinik und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed.-Losebl.Ausg.,5.Erg.Lfg. 1998: 1-3**
- (4) **Füsgen I. Der ältere Patient –Problemorientierte Diagnostik und Therapie. München: Urban und Fischer Verlag, 2000**
- (5) **Harlacher R, Pientka L, Füsgen I, Geriatrisches Assessment – Beschreibung funktioneller Defizite und Verlaufsbeurteilung beim älteren Schlaganfallpatienten. Z Gerontol Geriat 1999; 32: 200-206**
- (6) **Haupt M, Depressive Störungen im Alter – Kofaktoren, Kosyndrome und Komorbidität. NeuroGeriatric 2004; 1 (1): 25-31**
- (7) **Illinger H, Karl F, Leutinger H et al, Gruppenspezifische Verbesserungen von Alltagsfähigkeiten bei älteren Schlaganfallpatienten während der Rehabilitationsphase. Zeitschrift für Gerontologie 1985; 18: 231-235**

- (8) Jäckle V.S, Kirchhoff S. Hexal-Lexikon Geriatrie. München: Urban & Schwarzenberg,1997: 51
- (9) Leischker A, Kolb G, Geringere Mortalität akut erkrankter gebrechlicher älterer Patienten nach Behandlung in einer akutgeriatrischer Abteilung. Euro J Ger 2003; Vol. 5:36-38
- (10) Martin S, Zimprich D et al, Erfolg und Erfolgsvariabilität stationärer Rehabilitation alter Menschen: Eine empirische Studie auf des Basis medizinisch-geriatrischer und psychosozialer Indikatoren. Z Gerontol Geriat 2000; 33:24-35
- (11) Oster P, Geriatrische Rehabilitation – Folgen der veränderten Rahmenbedingungen. Geriatrie Praxis 1998; 7-8: 16-18
- (12) Oswald W.D,Gunzelmann T, Psychometrie und klinische Beurteilung. In: Oswald W.D, Herrmann W.M, Kanowski S, Lehr U.M, Thomae H, Hrsg. Gerontologie: Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer, 1991: 431-455
- (13) Runge M. Geriatrisches Assessment Basis der Versorgung. Der Hausarzt 2002; 20: 67-72
- (14) Runge M, Rehfeld G; Geriatrisches Assessment. In: Runge M, Rehfeld G, Hrsg. Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart-New York: Thieme 1995: 43-133
- (15) Runge M, Rehfeld G; Organisation und Ablauf stationärer geriatrischer Rehabilitation. In: Runge M, Rehfeld G, Hrsg. Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart-New York: Thieme 1995: 503-519

- (16) Runge M, Rehfeld G; Teamarbeit in der Geriatrie. In: Runge M, Rehfeld G, Hrsg. Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart-New York: Thieme 1995: 153-166
- (17) Rustemeyer J, Rehabilitative Maßnahmen. In: Platt D, Hrsg. Handbuch der Gerontologie. Stuttgart-New York: Fischer, 1983: 13-32
- (18) Runge M, Rehfeld G; Der geriatrische Patient. In: Runge M, Rehfeld G, Hrsg. Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart-New York: Thieme 1995: 5-30
- (19) Saltvedt I, Mo E-S O, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O, Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 50:792-798
- (20) Scheiwein V, Praktische Vorstellungen zu einer ganzheitlichen Pflege. In Füsgen I, Hrsg. Interdisziplinäre Aspekte der Geriatrie. München: MMV, Medizin-Verl.,1993: 20-25
- (21) Sgries B. Routinemäßiges geriatrisches Screening am Akutkrankenhaus. EuroJGer 2003; Vol. 5:128-131
- (22) Stuch A, Demenz. In: Wettstein A et al.,Hrsg. Checkliste Geriatrie. Stuttgart – New York: Thieme, 1997: 152-163
- (23) Summa J. D, Schütte T, Platt D, Grundprinzipien der Pflege und Betreuung älterer Menschen. In: Platt D, Hrsg. Handbuch der Gerontologie. Stuttgart-New York: Fischer, 1983: 3-5

- (24) Vogel W, Geriatrie in der medizinischen Versorgungskette – Sind die Weichen gestellt? – . Hess.Ärzteblatt 2002; 4: 218-220
- (25) Wingen M, Cornelius I, III-3 Demographische Veränderungen: Der Weg in eine "greying world". In: Olbrich E, Sames K, Schramm A, Hrsg. Kompendium der Gerontologie : interdisziplinäres Handbuch für Forschung, Klinik und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed.-Losebl. Ausg.,1994:1-9
- (26) Wormstall H, Lawall A, Günthner A, Wild K, Der aktuelle Stand des baden-württembergischen Geriatriekonzeptes. Geriatrie Praxis 1998; 6: 52-57

Liste der Anlagen

Anlage 1 Erhebungsbogen

Anlage 2 Anmeldebogen für die Geriatrische Abteilung

Anlage 3 Geriatrisches Konsil

Anlage 4 Anmeldebogen zur Direktaufnahme

**Anlage 5 Barthel-Index (Hamburger Einstufungsmanual) erarbeitet
von der Arbeitsgruppe „Barthel-Index“ der RAG Hamburg
der BAG
(Geriatric- Journal 1-2/01)**

Anlage 1 Erhebungsbogen

EinschätzungArztPflegerGrundA

Name	EinschätzungPflegerT	EinschätzungArztTag1	GrundPfleger1	GrundArzt1
Mustermann	geeignet	geeignet		
Musterfrau	nicht geeignet	geeignet	Motivation	

EinschätzungArztPflegerE

Name	EinschätzungPflegerEnt	EinschätzungArztEnt
Musterfrau	indifferent	gut
Mustermann	gut	gut

Kliniken MTK GmbH Hofheim - Geriatriische Abteilung
 Ltd.Arzt: Dr.Dr.K.-P.Reetz Lindenstr. 10 65719 Hofheim
 Tel.: 06192-984404 Fax: 06192-4402

Geriatriisches Konsil

Datum: . . . 03

Name: _____	Geb.Datum: _____	Station: _____
Vorname: _____	Anmeldedatum: _____	Aufnahmedatum: _____

Hauptdiagnose: Nebendiagnosen: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

ADL-Status (Barthelindex) (siehe Rückseite)

Ernährung/ Exsikkose/AZ

Dekubitus (siehe Rückseite)

Inkontinenz

Gehen (Timed up & go)

Transfer (Esslinger TS) (siehe Rückseite)

Einschränkung der Kognition

Belastbarkeit (allg.)

Frakturbelastbarkeit

Neurologie (Insult)

PPR Pflegestufe Betreuung vorh. Verfügung

Wohnsituation:

Therapiebed.: Med Pflege KG Ergo Logo Psychologie Sozialber.

Geriatr. Beh. indiziert ja nein Ü.-Termin: _____ Übernahme abgelehnt

Ziele geriatrischer Behandlung: <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Gangschule <input type="checkbox"/> Hilfsmittelabklärung <input type="checkbox"/> Sprach/Schluckth. <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Wohnsituation klären <input type="checkbox"/> med. Therapie <input type="checkbox"/> Selbsthilfeabkl.
---	---

Unterschriften: Pflege Ärztlicher Dienst

Essen	10	unabhängig, benutzt Geschirr
.	5	braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden
.	0	total hilfsbedürftig

Bett-	15	unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)
Stuhl-	10	minimale Assistenz oder Supervision
Transfer	5	kann sitzen, braucht Hilfe
.	0	bettlägerig

Waschen	5	wäscht Gesicht, kämmt sich
.	0	braucht Hilfe

Toilette	10	unabhängig
.	5	braucht Hilfe (z. B. Gleichgewicht)
.	0	kann nicht auf Toilette, Nachtstuhl

Baden	5	badet oder duscht ohne Hilfe
.	0	badet oder duscht mit Hilfe

Bewegung	15	unabhängiges Gehen (ggf. mit Gehhilfe)
.	10	mind. 50 m., jedoch mit Hilfe
.	5	für Rollstuhlfahrer, unabhängig für mind. 50 m
.	0	kann sich nicht (mind. 50m) fortbewegen

Treppe	10	unabhängig (auch mit Gehhilfe)
.	5	braucht Hilfe oder Supervision
.	0	kann nicht Treppensteigen

Ankleiden	10	unabhängig, incl. Schuhe
.	5	hilfsbedürftig
.	0	total hilfsbedürftig

Stuhlkontr.	10	kontinent
.	5	teilweise inkontinent (z. B. nachts)
.	0	inkontinent

Urinkontr.	10	kontinent
.	5	teilweise inkontinent (z. B. nachts)
.	0	inkontinent

Summe	Punkte	
-------	--------	--

Transferskala	
H0	ohne personelle Hilfe
H1	mit spontaner Hilfe
H2	mit geschulter Laienhilfe
H3	mit professioneller Hilfe
H4	mehr als ein prof. Helfer

Dekubitus

Grad 0	kein Dekubitus
Grad I	Hautrötung ohne Defekt, verschwindet bei Entlastung
Grad II	Hautdefekt mit Abschürfung oder Blasenbildung
Grad III	Schädigung bis auf tiefere Schichten, noch begrenzt auf subcutanes Fettgewebe
Grad IV	ausgedehnte Nekrosenbildung ggf. bis auf den Knochen

Anlage 4

Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main

Krankenhäuser Bad Soden und Hofheim

Geriatrische Abteilung Ltd.Arzt:Dr.Dr.Reetz

Lindenstr. 10

65719 Hofheim

Tel.: 06192/984404

Fax.: 09192/984402



Anmeldung zur Direktaufnahme

Anmelde-Datum:

Gewünschtes Aufnahme-Datum:

Anmelder (Hausarzt, Familie):

Telephon:

Patient:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telephon:

Problem:

Begleiterkrankungen:

Mobilität:

Kognition:

Kontinenz:

Procedere:

Barthel-Index

(Hamburger Einstufungsmanual erarbeitet von der Arbeitsgruppe „Barthel-Index“ der RAG Hamburg der BAG (GERIATRIE JOURNAL 1-2/01)

1. Essen:

- 10 Punkte: Wenn das Essen in Reichweite steht, nimmt der Patient die Speisen und Getränke komplett selbständig vom Tablett oder Tisch ein. Er nutzt sachgerecht sein Besteck, streicht sein Brot und schneidet das Essen. Alle diese Tätigkeiten führt er in angemessener Zeit aus. Ggf. ernährt er sich über eine selbst versorgte Magensonde/PEG-Sonde komplett selbständig.
- 5 Punkte: Es ist Hilfe bei vorbereitenden Handlungen nötig (z.B. Brot streichen, Essen zerkleinern, Getränk einschenken), der Patient führt Speisen und Getränke aber selbst zum Mund und nimmt sie selbständig ein oder der Patient benötigt Hilfe bei der Ernährung über seine Magensonde/PEG-Sonde.
- 0 Punkte: Speisen und Getränke werden vom Patienten nicht selbständig bzw. nicht zum Mund geführt oder eingenommen und er wird nicht über eine Magensonde/PEG-Sonde ernährt.

2. Aufsetzen & Umsetzen:

- 15 Punkte: Der Patient transferiert sich komplett unabhängig aus einer liegenden Position in einen Stuhl/Rollstuhl und umgekehrt. Der Patient kommt aus dem Liegen zu einer sitzenden Position an der Bettkante (positioniert ggf. den Rollstuhl korrekt) und transferiert sich sicher auf den Stuhl/Rollstuhl. Umgekehrt führt er (nachdem er ggf. den Rollstuhl korrekt positioniert, die Bremsen betätigt und die Fußrasten angehoben hat) den Transfer vom Stuhl/Rollstuhl zum Bett sicher durch und legt sich aus der sitzenden Position an der Bettkante hin.
- 10 Punkte: Der Patient benötigt beim Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und/oder beim Transfer Bettkante-Stuhl/Rollstuhl und zurück Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe).
- 5 Punkte: Der Patient benötigt beim Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und/oder beim Transfer Bettkante-Stuhl/Rollstuhl und zurück erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe).
- 0 Punkte: Der Patient wird aufgrund seiner körperlichen oder sonstigen Befindlichkeit nicht aus dem Bett transferiert.

3. Sich Waschen:

- 5 Punkte: Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, wäscht sich der Patient am Waschplatz ohne Aufsicht oder zusätzliche Hilfe selbständig Hände und Gesicht, putzt die Zähne/Zahnprothesen, kämmt seine Haare und rasiert sich gegebenenfalls. Auch hierzu notwendige vor- und nachbereitende Handlungen erledigt er selbst.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt eine dieser Voraussetzungen nicht.

4. Toilettenbenutzung:

- 10 Punkte: Wenn der Patient sich am Toilettenplatz befindet (sitzend oder stehend), benutzt er die Toilette oder den Toilettenstuhl komplett selbständig inclusive Spülung/Reinigung. Er zieht hierbei die Kleidung selbständig aus und an und reinigt sich nach der Toilettenbenutzung selbständig mit Toilettenpapier. Wandhandgriffe oder andere Haltegriffe können falls erforderlich benutzt werden.
- 5 Punkte: Der Patient benötigt, wenn er sich am Toilettenplatz befindet, bei der Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder der Spülung/Reinigung von Toilette/Toilettenstuhl Aufsicht oder Hilfe (z.B. wegen des fehlenden Gleichgewichts oder beim Umgang mit der Kleidung oder bei der Benutzung des Toilettenpapiers).
- 0 Punkte: Der Patient benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl.

5. Baden/Duschen:

- 5 Punkte: Wenn der Patient sich entkleidet vor der Badewanne oder Dusche befindet, nimmt er ohne Aufsicht oder zusätzliche Hilfe ein Vollbad oder Duschbad. Er besteigt und verlässt die Wanne/Dusche, reinigt sich und trocknet sich ab.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzung nicht.

6. Aufstehen & Gehen:

- 15 Punkte: Der Patient kommt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbständig mindestens 50 m ohne Gehwagen. Er kann einen Stock oder Unterarmgehstützen benutzen, muss diese Hilfsmittel aber selbständig in die richtige Position für die Benutzung bringen und sie nach dem Hinsetzen zur Seite stellen können.
- 10 Punkte: Der Patient kommt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbständig mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens.
- 5 Punkte: Der Patient kommt - ggf. mit Laienhilfe =vom Sitzen in den Stand und bewältigt Strecken im Wohnbereich mit Laienhilfe oder am Gehwagen gehend. Alternativ: Er bewältigt Strecken im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

7. Treppensteigen:

- 10 Punkte: Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. incl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.
- 5 Punkte: Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzung nicht.

8. An- & Auskleiden:

- 10 Punkte: Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, zieht sich der Patient in angemessener Zeit komplett selbständig an und aus incl. seiner Strümpfe, Schuhe und ggf. benötigter Hilfsmittel (Korsett, Antithrombosestrümpfe, Prothesen etc). Anziehhilfen oder angepasste Kleidung dürfen verwendet werden.
- 5 Punkte: Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, kleidet der Patient mindestens seinen Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus. Anziehhilfen oder angepasste Kleidung dürfen verwendet werden.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht

9. Stuhlkontinenz:

- 10 Punkte: Der Patient ist stuhlkontinent und führt hierzu ggf. notwendige rektale Abführmaßnahmen selbständig durch. Ein Anus praeter wird ggf. komplett selbständig versorgt.
- 5 Punkte: Der Patient ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder seiner Anus praeter-Versorgung.
- 0 Punkte: Der Patient ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent.

10. Harnkontinenz:

- 10 Punkte: Der Patient ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche). Ein Harnkathetersystem wird ggf. komplett selbständig versorgt.
- 5 Punkte: Der Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems.
- 0 Punkte: Der Patient ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent.