



Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e. V.

Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund

Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Verfasser:

K. Wingenfeld, E. Schnabel

unter Mitarbeit von

M. Getta, J. Lademann und T. Naplava

**Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld
(IPW)**

Projektleitung:

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Klaus Wingenfeld

Bearbeitung:

Klaus Wingenfeld
Thomas Naplava
Julia Lademann

**Forschungsgesellschaft für
Gerontologie, Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund (FFG)**

Projektleitung:

Prof. Dr. Gerhard Naegele
Dr. Eckart Schnabel

Bearbeitung:

Dr. Eckart Schnabel
Martina Getta

Vorbemerkung

Das Forschungsprojekt "Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege" ist auf Initiative des Landespflegeausschusses vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie Anfang des Jahres 1999 in die Wege geleitet worden. Die Durchführungsverantwortung für das Projekt trugen gemeinsam das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund in Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.

Die Durchführung des Projektes wäre ohne die Unterstützung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger bzw. Trägerverbände nicht möglich gewesen. Besonderen Dank schulden wir den Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen, die mit großem Engagement bei unseren Datenerhebungen mitgewirkt und in diesem Zusammenhang so manche Zusatzbelastung auf sich genommen haben. Bedanken möchten wir uns auch bei den Mitgliedern der "Kleinen Landeskonferenz für Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege" für ihre Anregungen im Kontext unserer Ergebnispräsentationen sowie bei Frau Dr. Barbara Höft, Landesärztin für Gerontopsychiatrie, für ihre fachkundige Begleitung und nicht zuletzt für ihre kritischen Anmerkungen bei der methodischen Vorbereitung des Untersuchungsvorhabens.

K. Wingenfeld

E. Schnabel

Der besseren Lesbarkeit halber wird im vorliegenden Bericht bei der Benennung von Personen oder Personengruppen darauf verzichtet, durchgängig eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung zu verwenden. Wo nicht ausdrücklich anders vermerkt, ist daher bei Ausdrücken wie "Bewohner", "Mitarbeiter" oder "Krankenschwester" auch das jeweils andere Geschlecht gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Zum Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit, Leistungsbedarf und erbrachten Leistungen	5
Untersuchungsdesign	11
Studienpopulation und Auswahl der Einrichtungen	11
Erhebungsinstrumentarium	12
Organisation der Erhebung	27
Datenaufbereitung und Prüfung der Datenqualität.....	29
Charakterisierung der einbezogenen Einrichtungen und Wohnbereiche	32
Charakterisierung der Einrichtungen.....	32
Charakterisierung der Wohnbereiche	39
Fazit.....	43
1. Pflegerische Problemlagen in vollstationären Einrichtungen	45
1.1 Problemlagen und Betreuungsanforderungen dementiell erkrankter Heimbewohner	45
1.2 Bewohnerstruktur und pflegerische Problemlagen im Überblick	50
1.3 Pflegerische Problemlagen im Kontext charakteristischer Bewohnergruppen	56
1.4 Fazit.....	59
2. Versorgungsumfang und Struktur des Leistungsgeschehens	61
2.1 Umfang und Merkmale unmittelbar bewohnerbezogener Leistungen	61
2.2 Zum Verhältnis zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufen	68
2.3 Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen	74
2.4 Zusammenfassende Betrachtung des Leistungsprofils	79
2.5 Bewertung des erhobenen Leistungsaufwands	80
3. Qualitative Aspekte des Leistungsgeschehens	84
3.1 Zum Verhältnis zwischen pflegerischen Problemlagen und Leistungen.....	84
3.2 Ressourcenorientierte Pflege?	92
3.3 Personelle Kontinuität	96
3.4 Fazit.....	98
4. Bewohner mit gerontopsychiatrischen Problemlagen	101
4.1 Pflegestufen, Leistungsumfang und gerontopsychiatrische Problemlagen	101
4.2 Gerontopsychiatrische Problemlagen und Leistungsmerkmale.....	106
4.3 Problemfelder und Anforderungen im Nachtdienst	107
5. Zum Verhältnis von Leistungsgeschehen und Qualifikation sowie zur Diskussion veränderter Qualifikationsanforderungen in der vollstationären Pflege	115
5.1 Vorbemerkung.....	115
5.2 Zum Verhältnis von unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen und Qualifikation	116
5.3 Indirekte Leistungen nach Mitarbeitergruppen.....	124
5.4 Zusammenfassende Bewertung und Qualifikationsanforderungen	126
5.5 Anforderungen an die gerontopsychiatrische Versorgung im Kontext vollstationärer Pflege..	129
6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	131
Literaturverzeichnis	138
Glossar	145
Anhang	149

Einleitung

Seit dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung im Jahr 1996 wird die Frage, wie eine bedarfsgerechte Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen unter den Rahmenbedingungen des SGB XI sichergestellt werden kann, intensiv diskutiert. Anlass hierzu gaben und geben mehrere Entwicklungen und Erfahrungen:

Schon früh zeichnete sich ab, dass die vom SGB XI vorgegebenen Kriterien zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit und das darauf aufbauende Begutachtungsinstrumentarium die Komplexität des Hilfebedarfs psychisch erkrankter/veränderter Pflegebedürftiger nicht adäquat zu erfassen vermögen. Vor allem der oftmals stark ausgeprägte Bedarf an "allgemeiner Beaufsichtigung" und allgemeinen Hilfen in der Lebensführung wird von diesen Kriterien kaum berücksichtigt. Neue Vergütungsregelungen im Gefolge der Pflegeversicherung stellten zudem Finanzierungsstrukturen in Frage, die wie im Rheinland eigens geschaffen worden waren, um eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Heimbewohnern auf angemessenem Qualitätsniveau zu gewährleisten. Insgesamt lassen die zurückliegenden Erfahrungen eine Diskrepanz zwischen den Annahmen zur Struktur des Hilfebedarfs und des Leistungsgeschehens, die den maßgeblichen Rechtsvorschriften und Richtlinien zugrunde liegen, und dem tatsächlichen Bedarf und Versorgungsgeschehen in Pflegeeinrichtungen vermuten. Diese Diskrepanz erhält im Blick auf den Übergang zu leistungsbezogenen ("leistungsgerechten") Vergütungssätzen eine besondere Bedeutung, besteht hierbei doch das Risiko, dass die Anforderungen an die Versorgung dieser Klientel nicht hinreichend beachtet werden.

Weitere offene Fragen wurden durch die erste Revision des SGB XI aufgeworfen, die u.a. festschrieb, dass die Pflegeversicherung für eine Übergangsfrist die in der vollstationären Pflege anfallenden Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege übernimmt. Strukturdaten zum Leistungsgeschehen, anhand derer sich der Stellenwert der Behandlungspflege im Versorgungsalltag verlässlich einschätzen ließe, liegen bislang jedoch nicht in ausreichendem Umfang vor. Die ökonomischen Konsequenzen dieser Regelung wie auch die daraus erwachsenden Anforderungen an das Qualifikationsprofil des Personals können daher gegenwärtig schwer abgeschätzt werden.

Auch die generelle Frage nach Qualifikationsanforderungen in der vollstationären Versorgung ist vor dem Hintergrund einer veränderten Struktur des Hilfebedarfs von Heimbewohnern neu zu überdenken. Ein steigendes Durchschnittsalter bei der Heimaufnahme, entsprechend geringere Verweildauern und vor allem komplexere gesundheitliche Problemlagen unterstreichen die Notwendigkeit, die konzeptionellen Grundlagen der Betreuung in den Einrichtungen und damit verbunden die Qualifikationsprofile und Personalressourcen daraufhin zu überprüfen, ob mit ihnen den veränderten Anforderungen Rechnung getragen werden kann.

Auf der anderen Seite muss festgestellt werden, dass die Informationsgrundlage zur Beurteilung von Strukturen des Hilfebedarfs und des Leistungsgeschehens in stationären Pflegeeinrichtungen bislang unbefriedigend ist. Insbesondere mangelt es an Daten, die eine Verknüpfung von Informationen über Bedarfslagen der Bewohner mit Informationen zum Leistungsgeschehen gestatten. Erst auf dieser Grundlage ließen sich Orientierungen für quantitative und qualitative Anforderungen für eine vollstationäre pflegerische Versorgung gewinnen, die den Problemlagen der Bewohner und den daraus resultierenden Hilfebedarfen gerecht wird.

Das Untersuchungsvorhaben, deren Ergebnisse mit dem vorliegenden Bericht vorgestellt werden, sollte einen Beitrag dazu leisten, die in vielen Bereichen noch lückenhafte Informationsgrundlage zur Beschreibung und Beurteilung von Strukturen der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Ausgehend von den erhobenen Daten sollen auch Anforderungen an das Leistungsangebot herausgearbeitet werden, denen sich die vollstationäre pflegerische Versorgung heute und in Zukunft stellen muss. Diese Zielsetzungen, die mit dem Projekttitel "Pflegebedarf und Leistungsstrukturen" nur allgemein umrissen werden, umfassen im einzelnen folgende Aufgaben:

1. Darstellung der pflegerischen Problemlagen bzw. des Profils der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern, u.a. im Blick auf den zunehmenden Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter Heimbewohner.
2. Beschreibung von Struktur und Umfang der in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen, wobei insbesondere aufgezeigt werden soll, wie hoch der Leistungsumfang in den Bereichen "Hilfen bei Alltagsverrichtungen", "Behandlungspflege", "Psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" und "indirekte Leistungen" ausfällt.
3. Untersuchung qualitativer Dimensionen des Leistungsgeschehens (in erster Linie durch die Gegenüberstellung von pflegerischen Problemlagen einerseits und Art, Umfang und Form der erbrachten Leistungen andererseits).
4. Analyse des Verhältnisses zwischen Pflegestufen, Leistungsaufwand und pflegerischen Problemlagen, damit auch die Beantwortung der Frage, wie die gegenwärtige Reichweite der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beurteilen ist. Diese Untersuchungsaufgabe konzentriert sich auf die Gruppe der Heimbewohner mit Problemlagen, die aus gerontopsychiatrischen Erkrankungen erwachsen.
5. Untersuchung der Probleme und Versorgungsanforderungen im Rahmen des nächtlichen Leistungsgeschehens, die im Zusammenhang stehen mit den bei gerontopsychiatrisch Erkrankten oft zu beobachtenden Unruhezuständen und ihrer vielzitierten Nachtaktivität.
6. Untersuchung der Qualifikationsanforderungen in der Pflege, die sich aus der Struktur pflegerischer Problemlagen der Bewohner und aus der Leistungsstruktur ergeben.

Hierzu wurde eine breit angelegte empirische Erhebung in 27 stationären Pflegeeinrichtungen (jeweils ein Wohnbereich, insgesamt rund 730 Bewohner) in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Die Datenerfassung erstreckte sich im Kern auf Merkmale der Pflegebedürftigkeit der Bewohner, Umfang und Struktur des Leistungsgeschehens sowie Strukturdaten der Einrichtungen bzw. Wohnbereiche. Ergänzend erfolgte in ausgewählten Einrichtungen eine teilnehmende Beobachtung während des Nachtdienstes.

Die Erhebungen wurden im Frühjahr 2000 abgeschlossen, erste Untersuchungsergebnisse im Rahmen mehrerer Sitzungen der nordrhein-westfälischen "Kleinen Landeskonferenz für Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege" vorgestellt und ausführlich diskutiert.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse des Projektes im komprimierter Form dar. Um diese Ergebnisse inhaltlich und in ihrer Bedeutung für Fragen des Bedarfs einordnen zu können, werden ihnen einige grundsätzliche Überlegungen, Ausführungen zum Untersuchungsdesign und eine Beschreibung der beteiligten Einrichtungen bzw. Wohnbereiche vorangestellt. Der Bericht ist dementsprechend folgendermaßen aufgebaut:

Das Kapitel *"Zum Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit, Leistungsbedarf und erbrachten Leistungen"* widmet sich der Frage, ob oder inwieweit Informationen über die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit und die tatsächlich geleistete Versorgung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive geeignet sind, Rückschlüsse auf den Leistungsbedarf zu ziehen. Es verdeutlicht damit die Reichweite, aber auch die Begrenzungen des Datenmaterials im Hinblick auf weitergehende Überlegungen zum Versorgungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Die anschließenden Ausführungen zum *"Untersuchungsdesign"* beschreiben das Vorgehen bei der Auswahl der Einrichtungen bzw. Wohnbereiche, das Erhebungsinstrumentarium, die Organisation der Erhebung und schließlich die Vorkehrungen zur Sicherstellung einer ausreichenden Datenqualität. Die Kenntnis des Untersuchungsdesigns erscheint uns für eine angemessene Bewertung der Projektergebnisse und ihrer Vergleichbarkeit mit Daten anderer Studien besonders wichtig. In Ergänzung zu diesem Kapitel findet sich im Anhang eine detaillierte Beschreibung der Erhebungsinstrumente.

Da die an der Untersuchung beteiligten Einrichtungen nicht zufällig, sondern nach bestimmten Kriterien ausgewählt wurden, ist die Kenntnis des Profils dieser Einrichtungen für die Einordnung der Projektergebnisse gleichfalls von Bedeutung. Das Kapitel *"Charakterisierung der einbezogenen Einrichtungen und Wohnbereiche"* liefert die hierzu erforderliche Informationsgrundlage.

Im Anschluss daran erfolgt die Darlegung der Untersuchungsergebnisse im engeren Sinne, deren Untergliederung in fünf Kapitel sich weitgehend an den oben aufgeführten Untersuchungszielen orientiert und die somit folgende Themenschwerpunkte unterscheidet:

1. Pflegerische Problemlagen in vollstationären Einrichtungen
2. Versorgungsumfang und Struktur des Leistungsgeschehens
3. Qualitative Aspekte des Leistungsgeschehens
4. Aspekte der Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Problemlagen (einschl. Untersuchungsergebnisse zur nächtlichen Versorgung)
5. Fragen des Einsatzes einzelner Mitarbeitergruppen und der Qualifikationsanforderungen in der vollstationären Pflege

Abschließend sei an dieser Stelle noch auf das *Glossar* hingewiesen, in dem einige für den Bericht zentrale Begriffe aufgeführt und inhaltlich erläutert werden. Es ermöglicht ein rasches Nachschlagen und ist daher, so hoffen wir, eine Erleichterung bei der Lektüre. Die Bedeutung mancher Begriffe und begrifflichen Unterscheidungen erschließt sich allerdings erst dann vollständig, wenn sie im Zusammenhang mit dem methodischen Vorgehen und der dabei zugrunde gelegten Systematiken betrachtet werden. Insofern stellt das Glossar keinen Ersatz für die methodischen Ausführungen im Text dar, wenn ein tieferes Verständnis des erhobenen Datenmaterials angestrebt wird.

Zum Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit, Leistungsbedarf und erbrachten Leistungen

K. Wingenfeld

Zum besseren Verständnis der Reichweite und Verwendbarkeit der Untersuchungsergebnisse sollen im Folgenden einige grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit, Bedarf und erbrachten Leistungen vorgestellt werden. Die Unterscheidung dieser Kategorien ist insbesondere hinsichtlich der Frage notwendig, inwieweit und auf welchem Wege anhand empirischer Daten Aussagen zum Leistungsbedarf getroffen werden können.

Systematisch betrachtet existiert zwischen Pflegebedürftigkeit, Leistungsbedarf und tatsächlich erbrachten Leistungen nur ein mittelbarer Zusammenhang:

"*Pflegebedürftigkeit*" ist - außerhalb des Gesundheits- und Sozialrechts - eine rein deskriptive Kategorie und bezeichnet ganz allgemein den Umstand, infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen zu sein. Insofern stellt Pflegebedürftigkeit ein Merkmal dar, das ausschließlich der betroffenen Person zuzuordnen ist und prinzipiell auf empirischem Weg erfasst werden kann. Hierfür kommen, je nach Kontext und Erkenntnisinteresse, verschiedenste methodische Instrumente in Betracht. So werden die Phänomene, die mit dem Begriff Pflegebedürftigkeit angesprochen sind, im Kontext des Pflegeprozesses vornehmlich als *Pflegeprobleme* bezeichnet und fassbar gemacht¹ (Brobst et al. 1996; Jansen/Mostert 1997; Needham 1991). Sie lassen sich ganz allgemein definieren als manifeste oder potentielle Probleme, mit denen sich Patient und Angehörige konfrontiert sehen und bei deren Bewältigung die Pflegeperson qua Ausübung professioneller Funktionen helfen kann (Abdellah et al. 1960).

Die Art und Weise, wie Pflegeprobleme dargestellt und beschrieben werden (Systematisierung, Differenzierung, Standardisierung), variiert ganz erheblich und hängt von den jeweiligen konzeptionellen Grundlagen der Pflege ab. Die in Deutschland vorherrschenden Konzepte beruhen auf Modellen menschlicher Grundbedürfnisse und Lebensaktivitäten, anhand derer insbesondere eingeschätzt werden soll, inwieweit der Patient/Pflegebedürftige in der Lage ist, für seine Bedürfnisbefriedigung selbst zu sorgen bzw. elementare Lebensaktivitäten selbständig auszuüben. Je nach theoretischem Ansatz wird das Spektrum dieser Grundbedürfnisse und Aktivitäten unterschiedlich systematisiert (vgl. z.B. Henderson/Nite 1978; Roper et al. 1993; Krohwinkel 1993; Orem 1991). Für einzelne Versorgungsbereiche, insbesondere für die Langzeitpflege, sind inzwischen auch in Deutschland komplexe Assessmentinstrumente verfügbar, die sich als Grundlage für Pflegeplanung und regelmäßige Quali-

¹ Innerhalb der Pflegewissenschaft wird seit einigen Jahren auch häufiger von "Pflegephänomenen" gesprochen.

tätsmessungen verstehen (z.B. RAI - "Resident Assessment Instrument", Garms-Homolová/Gilgen 1998)².

Bei der Untersuchung größerer Studienpopulationen muss im Unterschied zum Pflegeprozess die jeweils einzigartige Struktur der Pflegebedürftigkeit von Individuen auf eine begrenzte, methodisch und auswertungstechnisch bewältigbare Zahl an Merkmalen reduziert werden, die Gruppenbildungen und Vergleiche erlauben (vgl. Wingenfeld 2000). Pflegebedürftigkeit wird jedoch auch hier meist als Unselbständigkeit bzw. Abhängigkeit bei bestimmten Lebensaktivitäten oder Alltagsverrichtungen konzeptualisiert. Häufig werden dabei Skalen benutzt, die Pflegebedürftigkeit als Messwert darstellen, der sich z.B. in einem Kontinuum zwischen vollständiger Autonomie und vollständiger Abhängigkeit bewegt. Viele von ihnen stammen ursprünglich aus der Geriatrie, Psychologie und Gerontopsychiatrie. Bekannte Ansätze in diesem Bereich sind der ADL-Index (activities of daily living) von Katz (Katz et al. 1963) oder der sog. Barthel-Index (Barthel/Mahoney 1965). Einen etwas anderen Blickwinkel nehmen die sog. IADL-Skalen (instrumental activities of daily living) ein, indem sie auf einen konkreten Zweck gerichtete Handlungen (z.B. Telefonbenutzung oder Behördengänge) in den Mittelpunkt stellen (vgl. z.B. Lawton/Brody 1969). In der Praxis werden häufig ADL- und IADL-Skalen kombiniert verwendet (vgl. Biefang/Potthoff 1994).

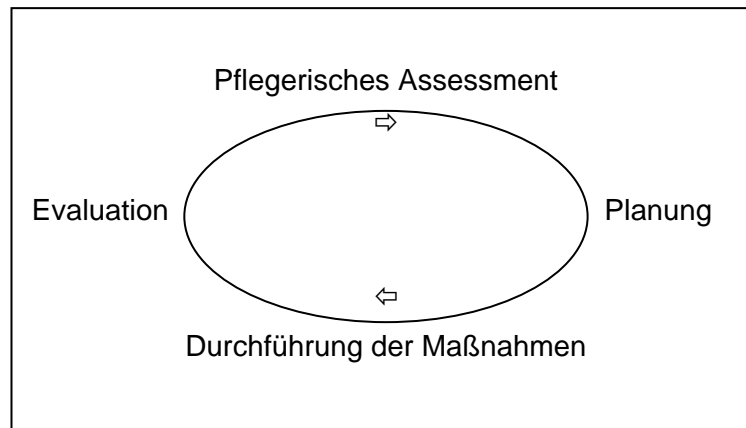
Doch wie immer wissenschaftlich fundierte Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit im einzelnen ausgestaltet sein mögen: Gemeinsam ist ihnen, dass sie *Problemlagen des Pflegebedürftigen* erfassen bzw. beschreiben, also *Merkmale der Person* und ihres Gesundheitszustandes sowie den Grad ihrer Abhängigkeit/Unabhängigkeit von der Hilfe anderer³. Welche Konsequenzen daraus für Art und Umfang der diesen Problemlagen angemessenen Versorgung - also für den Leistungsbedarf - abzuleiten sind, ist daher eine Frage, die gesondert betrachtet werden muss und für die das Wissen um die Pflegebedürftigkeit nicht ausreicht. Dies lässt sich anhand des Pflegeprozessmodells, das heute international anerkannt ist und als Standard einer professionellen Pflege gilt, verdeutlichen.

Der Pflegeprozess stellt ein regelkreisförmiges Problemlösungsmodell dar, das eine idealtypische Struktur für die Realisierung einer gezielten, planvollen Pflege vorgibt. Er wird häufig

² Eine hierzulande bislang noch kaum verwendete - und im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit und theoretische Fundierung umstrittene - Form der Spezifizierung von Pflegeproblemen stellen Pflegediagnosen dar (Kim et al. 1999; Friesacher 1998). Es handelt sich um formale Definitionen von Pflegeproblemen (z.B. "altered protection" - verändertes Selbstschutzverhalten), mit denen u.a. eine Standardisierung der pflegerischen Terminologie angestrebt wird. Zugleich sollen Pflegediagnosen eine methodische Grundlage für die Erforschung der Prävalenz und Inzidenz von Pflegeproblemen zur Verfügung stellen. Inzwischen sind weit über 100 Pflegediagnosen von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) als geeignet für den Einsatz in Forschung und Praxis eingestuft worden (Evers 1997: 51ff).

³ Die Kriterien zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, die im Rahmen der Pflegeversicherung zugrunde gelegt werden, schlagen einen anderen Weg ein. Stufen der Pflegebedürftigkeit werden hier unter Rückgriff auf Merkmale des Leistungsgeschehens bestimmt (Pflegezeitaufwand).

in vier Stufen unterteilt⁴: Assessment, Planung der Maßnahmen, Durchführung der Maßnahmen, Evaluation.



Die *Beurteilung der Pflegebedürftigkeit* fällt in den ersten Schritt des Pflegeprozesses (Assessment bzw. Informationssammlung und -bewertung), an dessen Ende eine Beschreibung der Problemlagen unter Berücksichtigung der Ressourcen⁵ des Pflegebedürftigen steht. Hiervon ausgehend werden im nächsten Schritt zunächst die *Pflegeziele* bestimmt, und erst dann kann angegeben werden, welche Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele erforderlich sind (*Bedarf*).

Dabei besteht zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegezielen kein unmittelbares Ableitungsverhältnis. Auf viele Pflegeprobleme kann auf unterschiedliche Art und Weise reagiert werden, d.h. es sind bei ein und demselben Pflegeproblem alternative Pflegeziele denkbar. Hierbei kommen zwei alternative Orientierungen in Betracht:

- die Beschränkung auf eine Kompensation der durch Krankheit oder Behinderung verloren gegangenen (oder eingeschränkten) Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse, indem die Pflegenden jene Handlungen ausführen, zu denen der Pflegebedürftige aus eigener Kraft nicht in der Lage ist,
- die konsequente Unterstützung des Patienten, die eingebüßten Ressourcen wiederzugewinnen und somit ein Höchstmaß der noch möglichen Selbständigkeit zu erlangen.

Diese Alternativen stellen sich sowohl bei Alltagsverrichtungen als auch im Rahmen einer die ärztliche Behandlung begleitenden Pflege:

⁴ Mitunter wird der Pflegeprozess auch in fünf oder sechs Stufen differenziert, wobei es sich jedoch lediglich um ein anderes Ordnungsschema handelt, in dem die Stufen "Assessment" und "Planung" ggf. noch einmal unterteilt werden. Die einzelnen Arbeitsschritte und ihre Abfolge sind in allen Modellen identisch, nur eben anders zusammengefasst.

⁵ Unter *Ressourcen* wird für gewöhnlich das Spektrum der Fähigkeiten, Handlungspotentiale und Eigenschaften verstanden, die der Erkrankte nutzen kann, um Gesundheitsprobleme zu lösen oder Lebensanforderungen trotz krankheits- oder behinderungsbedingter Beeinträchtigung zu bewältigen (vgl. Reisach/Zegelin-Abt 1998). Über diese Ressourcen kann der Patient selbst verfügen (hier handelt es sich dann um persönliche Fähigkeiten, Handlungspotentiale etc.), sie können aber auch Bestandteil seiner materiellen und sozialen Umwelt sein (vgl. insb. Orem 1997).

Ist beispielsweise ein Heimbewohner infolge einer Halbseitenlähmung nicht mehr in der Lage, sich ohne Hilfe an- und auszukleiden, so kann sich das Ziel auf die

- Sicherstellung, dass der Bewohner entsprechend der Umweltbedingungen und der sozialen Situation adäquat gekleidet ist,

beschränken oder weiter gefasst werden und im Sinne einer ressourcenfördernden Pflege auch die

- Förderung/Wiedergewinnung der bei dieser Verrichtung erforderlichen motorischen oder kognitiven Fähigkeiten

als Ziel einschließen - mit jeweils gänzlich verschiedenen Konsequenzen für Art und Umfang der Maßnahmen, die zur Erreichung dieser Ziele erforderlich sind. Im ersten Fall wird die Pflegeperson die beim Kleiden auszuführenden Tätigkeiten anstelle des Bewohners übernehmen, im zweiten Fall wird sie den Schwerpunkt auf die Anleitung und gezielte Unterstützung bei diesen Tätigkeiten legen.

Ein weiteres, anders gelagertes Beispiel betrifft ein in der psychiatrischen Pflege alltägliches Problem: die Unselbständigkeit von Patienten bei der Medikamenteneinnahme. Vielfach ist die Medikamentenausgabe weniger an pflegerischen oder therapeutischen Zielsetzungen als vielmehr am Kriterium einer möglichst rationellen Arbeitsorganisation ausgerichtet. Medikamente werden durch die Mitarbeiter der Einrichtung gestellt, vor den Mahlzeiten an die Patienten verteilt und ihre Einnahme überwacht. Hier besteht das Ziel lediglich darin, die Medikamenteneinnahme sicherzustellen. Würde als Ziel hingegen der möglichst eigenverantwortliche Umgang des Patienten mit den Medikamenten angestrebt, so würde die Durchführung eines Anleitungsprogramms erforderlich, wie es etwa von Kistner (1994) beschrieben wird⁶.

Aus einem Pflegeproblem lässt sich also sehr unterschiedlicher Interventionsbedarf ableiten, indem jeweils andere Pflegeziele festgelegt werden⁷. *Die Festlegung von Pflegezielen stellt daher eine entscheidende Weichenstellung für die Beurteilung des Leistungsbedarfs dar.* Was jedoch als *adäquates* Pflegeziel gelten kann, hängt u.a. von Faktoren ab, die gänzlich losgelöst von der Person des Pflegebedürftigen zu sehen sind. Das bedeutet, dass Aussagen über den Leistungsbedarf nur auf der Grundlage von *Qualitätskriterien* getroffen werden können, nach denen sich die Versorgung ausrichten soll. Sie bestimmen auf übergeordneter Ebene, was eine Versorgung leisten soll.

⁶ Das von Kistner (1994) vorgestellte Programm umfasst insgesamt fünf Stufen, die dem Patienten jeweils ein unterschiedliches Maß an Eigenverantwortlichkeit zuweisen. Im Idealfall erreicht der Patient eine Programmstufe, bei der ihm die Medikamente in Packungen zur eigenverantwortlichen Einnahme und Verwaltung übergeben werden, wobei die Pflegekräfte stets über Kontrollmöglichkeiten verfügen, durch die eine etwaige Überforderung des Patienten rechtzeitig erkannt werden kann.

⁷ Die in der Fachliteratur häufig zu findende Forderung, zwischen der Darstellung von Patientenproblemen (Ergebnis des pflegerischen Assessments) und der Formulierung eines Pflegebedarfs (Planung von Maßnahmen *nach* dem Assessment und der Festlegung von Pflegezielen) zu unterscheiden (vgl. Iyer et al. 1995: 138), findet hier ihre Begründung.

Pflegebedarf ist also letztlich kein Merkmal des Pflegebedürftigen, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den professionelle oder auch sozialrechtliche *Normen* einfließen. Bedarf bezeichnet Art und Umfang der Maßnahmen, die als geeignet und erforderlich *gelten*, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen. Er lässt sich daher nicht "messen" bzw. empirisch erheben, sondern nur indirekt unter Berücksichtigung dieser Normen ableiten. Insofern ist Pflegebedarf eine relative Größe, abhängig vom Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, vom Entwicklungsstand der Pflege und der gesellschaftlichen Entscheidung darüber, welche Versorgungsqualität den Patienten bzw. Pflegebedürftigen zugebilligt werden soll⁸.

Die Beurteilung des Leistungsgeschehens - z.B. die Beurteilung der Frage, ob Art und Umfang von Leistungen in einer Pflegeeinrichtung als bedarfsgerecht gelten können oder nicht - hängt gleichfalls von diesen übergeordneten Kriterien ab. Zwar gibt es einen allgemeinen Konsens darüber, dass eine gesundheitliche Gefährdung von Pflegebedürftigen ausgeschlossen und die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse gewährleistet sein muss ("sichere Pflege"), doch sind jenseits dieser Minimalanforderungen sehr verschiedene Qualitätsstufen denkbar. Daten über das Leistungsgeschehen bieten daher ebenso wie Informationen zur Pflegebedürftigkeit nur dann eine Grundlage für Aussagen zum Leistungsbedarf, wenn sie im Zusammenhang mit Versorgungszielen und entsprechenden Qualitätskriterien analysiert werden.

*

Vor diesem Hintergrund lässt sich verdeutlichen, inwieweit sich das Projekt mit Fragen des Versorgungsbedarfs beschäftigt. Der Begriff "Pflegebedarf", der Teil des Projektstitels ist, wird in Politik, Fachdiskussion und im Bereich der Wissenschaften mit mehreren Bedeutungen verwendet und gibt daher Anlass zu Missverständnissen. Die Zielsetzungen des Projektes lassen sich in dieser Hinsicht folgendermaßen präzisieren:

Die Untersuchung soll *zum einen* aufzeigen, welche konkrete Ausprägung pflegerische Problemlagen bei Heimbewohnern heute aufweisen, indem der Grad der Abhängigkeit/Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen und Einschränkungen bzw. Problemlagen im körperlichen und psychischen Bereich erhoben und in ihrer Struktur beschrieben werden. Beispielsweise ist der zunehmende Anteil gerontopsychiatrisch Erkrankter unter den Heim-

⁸ Für Maßnahmen, für die konzeptionelle Grundlagen fehlen, lässt sich kein Bedarf formulieren. Nach Qualitätskriterien, die in anderen Ländern maßgebend sind, wäre Leistungsbedarf mit ganz anderen Akzentuierungen zu formulieren als es hierzulande üblich ist. So werden in Ländern mit pflegewissenschaftlichem Erfahrungsvorsprung, z.B. in den USA oder Großbritannien, Aufgaben der Patientenanleitung und -edukation als selbstverständlicher Bestandteil der Pflege betrachtet. "Patient education" gilt dort als wichtiges Instrument zur Sicherung der Pflegequalität (National League of Nursing Education 1950; Klug-Redmann 1996; Schaeffer 1995), und dementsprechend breit ist das Spektrum der verfügbaren Konzepte der Patientenedukation, das von Programmen zur Patientenanleitung bei Asthma bronchiale bis hin zu Konzepten in speziellen, technisch aufwendigen Pflegesituationen reicht. In der Bundesrepublik gibt es bislang erst zaghafte Ansätze zur Entwicklung von Konzepten einer lern- und motivationstheoretisch untermauerten Patientenanleitung und -edukation.

bewohnern ein allgegenwärtiges Thema in der Diskussion um die vollstationäre Pflege, allerdings gibt es kaum differenzierte Daten darüber, wie sich diese Entwicklung in der Struktur der Abhängigkeit von Fremdhilfe ausdrückt, die heute den Versorgungsalltag bestimmt. Aufgabe des Projektes war es u.a., den Wissensstand in diesem Bereich zu verbessern. Diese Aufgabe betrifft somit ausschließlich die *Merkmale, die die Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern kennzeichnen*, und wird mit Kapitel 1 des Berichtes bearbeitet.

Zum anderen beziehen sich die Zielsetzungen der Studie punktuell auch auf Fragen des Pflegebedarfs im Sinne von Versorgungsbedarf. Die erhobenen Daten sollen es ermöglichen, *Schlussfolgerungen* für Art und Umfang einer den pflegerischen Problemlagen von Heimbewohnern angemessenen vollstationären Versorgung zu ziehen. Zwischen diesen Problemlagen und dem Leistungsbedarf besteht allerdings kein unmittelbares Ableitungsverhältnis, ebensowenig wie zwischen tatsächlichem Leistungsumfang und Leistungsbedarf (s.o): Da auf die meisten pflegerischen Problemlagen mit sehr unterschiedlichen Maßnahmen reagiert werden kann und sich die Frage, ob erbrachte Leistungen "bedarfsgerecht" sind, nicht ohne entsprechende Kriterien beantworten lässt, sind Aussagen über den Leistungsbedarf nicht möglich, wenn nicht zuvor Qualitätsmerkmale und Ziele einer als bedarfsgerecht zu deklarierenden Versorgung definiert werden. Diese ergeben sich unter anderem, aber nicht ausschließlich aus dem fachlichen bzw. wissenschaftlichen Kenntnisstand, sondern auch aus globalen gesellschaftspolitischen bzw. sozial- und gesundheitspolitischen Vorstellungen, die letztlich darüber entscheiden, wie eng oder wie weit die Unterstützung von Pflegebedürftigen durch das Versorgungs- bzw. Sozialversicherungssystem gehen soll (zwischen "ausreichender" und "optimaler" Versorgung gibt es viele Abstufungen). Die Klärung dieser weitreichenden Frage, das sei ausdrücklich betont, ist nicht Aufgabe des Projektes gewesen, sie fällt nur sehr bedingt in den Aufgabenbereich der Wissenschaft. Anliegen der Studie ist es vielmehr, auf der Basis der erhobenen Daten zur Pflegebedürftigkeit und zum Leistungsgeschehen - und das heißt auch: im Rahmen der durch dieses Material gegebenen Möglichkeiten und Grenzen - *Probleme und Anforderungen zu identifizieren, denen sich die vollstationäre pflegerische Versorgung heute stellen muss, und die Schlussfolgerungen aufzuzeigen, die sich aus ihnen ergeben*. Die Untersuchung stellt beispielsweise nicht darauf ab, für die vom SGB XI definierten Pflegestufen einen konkreten Leistungsumfang zu ermitteln, der als "bedarfsgerecht" gelten könnte. Vielmehr soll durch eine Gegenüberstellung von Problemlagen und der Struktur des Leistungsgeschehens überprüft werden, wo - d.h. bei welchen Bewohnergruppen bzw. pflegerischen Problemlagen und in welchen Maßnahmebereichen - Veränderungen erforderlich erscheinen, wenn zukünftig das Ziel verfolgt werden soll, einer besser auf die Problemlagen der Pflegebedürftigen zugeschnittenen Versorgung zum Durchbruch zu verhelfen. Die Problemlagen der Bewohner und das aktuelle Leistungsprofil der Einrichtungen bilden dabei nur den Ausgangspunkt, nicht den Abschluss der Überlegungen.

Untersuchungsdesign

K. Wingenfeld, E. Schnabel, T. Naplava

Studienpopulation und Auswahl der Einrichtungen

In die Untersuchung einbezogen waren insgesamt 27 vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, dort jeweils eine Wohntage/Pflegegruppe und damit insgesamt rund 730 Bewohner.

Entsprechend der Zielsetzungen des Projektes waren die Einrichtungen nach bestimmten Kriterien auszuwählen. Diese sollten so weit wie möglich das Risiko ausschließen, dass die Erhebungsergebnisse eine insuffiziente Versorgungssituation widerspiegeln und insofern eine ungeeignete Basis für weitergehende Überlegungen darstellen würden. Aus diesem Grunde wurden Auswahlkriterien definiert, nach denen sich zumindest begründet *vermuten* ließ, dass die beteiligten Einrichtungen bzw. Wohnbereiche auf akzeptablem Qualitätsniveau arbeiten:

- Anteil von 50 bis 60% Fachkräften (Krankenpflege- oder Altenpflegeausbildung) innerhalb des Pflegepersonals, das im einbezogenen Wohnbereich tätig ist,
- Verfügbarkeit einer differenzierten und aussagekräftigen Pflegedokumentation¹,
- die Berücksichtigung gerontopsychiatrischer Problemlagen in dem für die Pflegegruppe maßgeblichen Pflegekonzept,
- orientierungserleichternde Ausgestaltung der Räume, möglichst hoher Einzelzimmeranteil, Unterbringung von maximal zwei Bewohnern je Zimmer, nach Möglichkeit gruppenbezogene Wohn- und Essräume.

Anhand dieser Kriterien erstellten die Trägerverbände der Freien Wohlfahrtspflege eine Vorschlagsliste von Einrichtungen, die eine grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung erklärten². Ergänzend wurden Einrichtungen in kommunaler und privater Trägerschaft in Abstimmung mit den zuständigen Verbänden ausgewählt.

Wie sowohl die Erhebungsergebnisse als auch die direkten Beobachtungen vor Ort zeigen, konnte mit dem Auswahlverfahren das Ziel, die Erhebung defizitärer Versorgungssituationen zu vermeiden, weitestgehend erreicht werden. Allerdings gilt für nahezu alle einbezogenen Wohnbereiche, dass sie unter eher schwierigen Bedingungen arbeiten, die zu einer recht

¹ Dieses Kriterium war auch deshalb von Bedeutung, weil ein wesentlicher Teil der Datendokumentation von den Mitarbeitern der Einrichtungen übernommen werden sollte und daher schon im Interesse der Datenqualität Wohnbereiche auszuwählen waren, die in dieser Hinsicht keine Probleme erwarten ließen.

² Die vorgeschlagenen Einrichtungen konnten allerdings nicht in jedem Fall einbezogen werden. Einige von ihnen sagten ihre Teilnahme wegen unerwarteter interner Probleme oder Ereignisse ab (z.B. organisatorische Umstellungen, Personalausfälle etc.), andere konnten nicht berücksichtigt werden, weil in den betreffenden Regionen nicht ausreichend Projektpersonal für die Unterstützung und Begleitung der Erhebung zu den in Betracht kommenden Zeitphasen zur Verfügung stand.

angespannten und gegenüber unvorhersehbaren Ereignissen (z.B. kurzfristige Personalausfälle) sehr anfälligen Versorgungssituation führen. Von daher repräsentieren die Erhebungsergebnisse im Gesamtbild sicherlich keine Versorgung im Sinne von "best practice".

Erhebungsinstrumentarium

Die Erhebung der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

Die Erhebung der *in direktem Kontakt mit dem Bewohner durchgeführten Maßnahmen* erfolgte getrennt von der Erhebung jener Leistungen, die ohne das Beisein des Bewohners durchgeführt wurden. Wir bezeichnen sie dementsprechend als *unmittelbar* bewohnerbezogene Maßnahmen (oder Leistungen).

Für die Erfassung dieser Leistungen wurde je Bewohner eine Dokumentation angelegt, in der die Mitarbeiter die von ihnen durchgeführten Maßnahmen laufend protokollierten. Tätigkeiten von "bereichsexternem" Personal, insbesondere des gruppenübergreifenden Dienstes, wurden gleichfalls in die Dokumentation aufgenommen. Ziel war es, sämtliche unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen des Einrichtungspersonals zu erfassen. Ausgeblendet blieben hingegen Leistungen, die von einrichtungsexternen Stellen erbracht wurden, also z.B. von Hausärzten oder Physiotherapeuten.

Für die Entscheidung, die Dokumentation von den Mitarbeitern der Einrichtungen selbst vornehmen zu lassen, gab es angesichts der Zielsetzung, das gesamte Leistungsgeschehen über einen Zeitraum von drei Wochen zu erheben, keine Alternative. Eine Erhebung in Form der Beobachtung durch Projektpersonal schied von vornherein aus, da zum einen der hiermit verbundene Personalaufwand die Möglichkeiten des Untersuchungsvorhabens gesprengt hätte (es wäre eine ständige Begleitung aller im Wohnbereich tätigen Mitarbeiter erforderlich gewesen) und da zum anderen nicht davon ausgegangen werden konnte, dass das Begleitpersonal ständig die Möglichkeit haben würde, bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen anwesend zu sein (Intimsphäre der Bewohner). Eine Rekonstruktion des Leistungsgeschehens anhand der regulären Pflegedokumentation kam gleichfalls nicht in Betracht, da diese selbst in Einrichtungen, in denen die Dokumentation ein hohes Qualitätsniveau aufweist, keineswegs sämtliche der im direkten Kontakt zum Bewohner verrichteten Leistungen ausweist; insbesondere Maßnahmen, die keinen technisch-manuellen Charakter haben, sondern in Form einer kommunikativen Leistung durchgeführt werden, bleiben aus der routinemäßigen Pflegedokumentation meistens ausgespart.

Um einen adäquaten Umgang mit den Erhebungsbögen bzw. eine ausreichende Datenqualität sicherzustellen, erfolgte die Dokumentation allerdings unter ständiger Kontrolle und mit Unterstützung der Studienbegleiter, die für diese Aufgabe vor ihrem Einsatz entsprechend geschult wurden. Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Einrichtungen und den Studienbegleitern, d.h. auch die Rollenverteilung beim Ausfüllen der Erhebungsbögen, war in

den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich ausgeprägt. Ihre konkrete Form ergab sich aus den jeweiligen Rahmenbedingungen, beispielsweise der Dokumentationserfahrung der einzelnen Mitarbeiter, der Arbeitsteilung bzw. Organisationsform in der Pflege oder den räumlichen Gegebenheiten. Vor allem in den ersten Erhebungstagen übernahmen die Studienbegleiter einen relativ großen Teil der Datenerfassung, indem sie das Versorgungsgeschehen im Anschluss an die geleisteten Maßnahmen gemeinsam mit den Pflegekräften anhand der Vorgaben des methodischen Instrumentariums dokumentierten. Bis auf Mitarbeiter, die auch nach den ersten Erhebungstagen Unsicherheiten oder Schwierigkeiten in der Dokumentation zeigten, gingen die Studienbegleiter dann dazu über, die Einträge der Pflegekräfte auf Plausibilität und Vollständigkeit hin zu überprüfen, und lediglich bei zeitlichen Engpässen einen Teil der Eintragungen selbst vorzunehmen.

Die Erhebung erfolgte in vollständig anonymisierter Form. Jeder Dokumentationsbogen wurde mit einem Code für den betreffenden Bewohner versehen. Während der Erhebung wurde dann jede Maßnahme anhand von insgesamt sieben Angaben erfasst:

- 1) Dienst, in dem die Maßnahme geleistet wurde (Früh-, Spät- und Nachtdienst);
- 2) Bezeichnung der Maßnahme selbst (anhand eines Kürzels);
- 3) Angabe, ob die Maßnahme aufgrund eines unerwartet aufgetretenen Hilfebedarfs durchgeführt wurde;
- 4) Information über die Art bzw. Form der geleisteten Hilfe;
- 5) Dauer der Maßnahme (in Minuten);
- 6) Anzahl der Bewohner, die von einer Pflegekraft gleichzeitig versorgt wurden;
- 7) das Handzeichen (der Code) der Personen, die die Maßnahme durchgeführt hat.

Ad 1) Unterscheidung zwischen Früh-, Spät- und Nachtdienst

Durch diese Unterscheidung ist es insbesondere möglich, die Struktur des nächtlichen Leistungsgeschehens zu untersuchen.

Ad 2) Maßnahmen

Die im Rahmen der Untersuchung erfassten Leistungen wurden standardisiert erhoben. Dabei mussten die Leistungen so unterschieden werden, dass es für die mit der Dokumentation betrauten Einrichtungsmitarbeiter unschwer möglich war, diese Aufgabe ohne Vernachlässigung der Bewohnerversorgung oder sonstiger Pflichten, d.h. ohne größeren zeitlichen Aufwand wahrzunehmen. Hieraus resultierte die Notwendigkeit, die Anzahl der zu differenzierenden Leistungen überschaubar zu halten und sie so voneinander abzugrenzen, dass eine eindeutige Zuordnung der im Versorgungsalltag geleisteten Maßnahmen möglich war. Aus dem Bestreben, den Umfang der Liste von Maßnahmen gering zu halten, ergab sich beispielsweise die Konsequenz, dass die Begleitung eines Bewohners zur Toilette ebenso wie der Wechsel von Inkontinenzartikeln oder die Reinigung und Versorgung künstlicher Aus-

gänge gleichermaßen unter "Hilfen beim Toilettengang" erfasst wurden. Auf ähnliche Weise wurden Hilfen beim Kämmen, Rasieren und bei der Mund-/Zahnpflege unter einer Maßnahme subsumiert. Auch erschien es im Blick auf den Dokumentationsaufwand wenig sinnvoll, alle im Zusammenhang mit einer Maßnahme anfallenden Tätigkeiten einzeln zu dokumentieren. So könnte beispielsweise die Hilfe beim Aufsuchen der Toilette differenziert werden in die Teilmaßnahmen: Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen, Hilfe bei der Fortbewegung, Hilfe bei der Ausscheidung, Hautpflege, Hilfe bei der Fortbewegung, Hilfe beim Zubettgehen. Ein derartiges Vorgehen hätte die Grenze des von den Einrichtungsmitarbeitern Leistbaren gesprengt und die Qualität der erhobenen Daten vermutlich beeinträchtigt (Risiko der Unvollständigkeit, da die Wahrscheinlichkeit, dass einzelne Tätigkeiten bei der Dokumentation "vergessen" werden, mit der Komplexität der Informationen zunimmt). Deshalb erhielten die Mitarbeiter die Vorgabe, Maßnahmen nur dann gesondert zu dokumentieren, wenn ihnen ein eigenständiger Stellenwert zuzuschreiben ist, also etwa - um ein anderes Beispiel zu nennen - eine Lagerung des Bewohners nur dann zu dokumentieren, wenn sie unabhängig von der Hilfe beim Zubettgehen geleistet wurde.

Neben der Begrenzung des Dokumentationsaufwandes war bei der Differenzierung der Leistungen jedoch auch die Zielsetzung zu beachten, die Größenordnung des Zeitaufwandes in den sozialrechtlich unterschiedenen Bereichen der "Grund- und Behandlungspflege" sowie im Bereich von Leistungen zu ermitteln, denen nicht der Charakter einer Hilfestellung bei körperlichen Verrichtungen bzw. einer auf körperliche Funktionen zielenden Pflegeintervention zukommt (psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen). Besonders angesichts des Umstands, dass die Zuordnung verschiedener Pflegemaßnahmen zur Grund- oder Behandlungspflege umstritten ist oder darüber nur bei einer umfassenden medizinischen Einzelfallbeurteilung entschieden werden kann und dass die Grundpflege im Sinne der Hilfen bei den in §14 Abs. 4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen nicht mit der Gesamtheit der Hilfeleistungen identisch ist, die als Grundpflege eingestuft werden könnten (insbesondere nicht im Bereich der Kommunikation), warf die Differenzierung der Maßnahmen unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten auch im Rahmen der Erhebung Probleme auf. Zwar kann bei einem Großteil der hier angesprochenen Leistungen (z.B. Dekubitusbehandlung, sonstige Wundversorgung, Verbandswechsel, Injektionen) eine Zuordnung nach sozialrechtlichen Kriterien erfolgen, doch gibt es ebenso Leistungen, die wie das Betten und Lagern des Bewohners im Kontext der Dekubitusprophylaxe oder die Stomaversorgung nicht ohne Berücksichtigung medizinischer Befunde bzw. des ärztlichen Behandlungsplanes eindeutig eingestuft werden können³. Die Maßnahmen in dieser Weise zu prüfen, war im Rah-

³ Igl (1995) führte hierzu unter Verweis auf die Rechtssprechung des Bundesgerichtshofs aus: "Die Dekubitusvorsorge ist als Krankheitsvorbeugung überwiegend Behandlungspflege. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass die Maßnahmen der Grundpflege insbesondere bei der Unterstützung des Hilfebedarfs beim Betten und Lagern eine wichtige Funktion für die Dekubitusvorsorge haben und aufgrund des allgemeinen Präventionsauftrags nach SGB V und SGB XI auch haben müssen. Ein medizinisch indizierter zusätzlicher Hilfebedarf zur Dekubitusvorsorge ist aber grundsätzlich nach § 37 SGB V zu gewähren und als Behandlungspflege einzustufen". Und weiter zum Thema Stomaversorgung: "Die Stomaversorgung besteht schon dann, wenn kaum Komplikationen auftreten, wegen der Präventionsnotwendigkeiten häufig aus Anteilen der Grundpflege wie der Behandlungspflege. Liegt ein Krankheitsbild vor, ist eine aus medizinischer Sicht optimale Versorgung sehr wich-

men der Erhebung nicht möglich. Hieraus ergeben sich gewisse, wenn auch recht begrenzte Unschärfen bei der Darstellung des nach sozialrechtlichen Kriterien differenzierten Leistungsaufwands.

Insgesamt wurden bei der Leistungsdokumentation 33 Maßnahmen unterschieden, die Liste dieser Maßnahmen ist im Anhang aufgeführt. Darüber hinaus hatten die Mitarbeiter der Einrichtungen die Möglichkeit, bei Unsicherheiten in der Frage, wie eine Tätigkeit den vorgegebenen Maßnahmen zuzuordnen ist, diese Tätigkeit im Klartext aufzuführen. Außerdem war zu berücksichtigen, dass nicht alle der im Versorgungsalltag erbrachten Leistungen sich in die mit dem Erhebungsinstrumentarium vorgegebene Struktur einpassen lassen würden. Auch in diesem Fall sollte die Maßnahme im Klartext dokumentiert werden. Bei der späteren Codierung der Daten wurden diese Maßnahmen, soweit es möglich war, zusammenfassenden Kategorien zugeordnet ("sonstige Hilfen bei Alltagsverrichtungen" etc.). Im Verlauf der Erhebung hat sich allerdings erwiesen, dass die Liste der 33 vorgegebenen Maßnahmen bis auf seltene Ausnahmefälle ausreichend war, um pflegerische Tätigkeiten zuzuordnen und entsprechend zu dokumentieren.

An dieser Stelle ist noch auf eine weitere Besonderheit bei der Abgrenzung der Maßnahmen zu verweisen, die den Bereich der Ernährung betrifft. Während der Erprobung des Erhebungsinstrumentariums hatte sich erwiesen, dass das Reichen bzw. Verabreichen von Getränken vergleichsweise schlecht dokumentiert wurde. Dies erklärte sich daraus, dass Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme sehr häufig im Arbeitsalltag durchgeführt wurden, dabei allerdings nur einen sehr geringen Zeitaufwand je Maßnahme beanspruchten. Zudem erfolgen viele dieser Maßnahmen "nebenbei", so dass die Arbeit nicht jedes Mal unterbrochen werden konnte, um entsprechend zu dokumentieren. Aus diesem Grunde wurden Hilfen bei der Flüssigkeitsaufnahme zum Teil nicht unter der übergeordneten Maßnahme "Hilfe bei der Nahrungsaufnahme" erfasst, sondern gesondert dokumentiert, ohne hierbei die bei den anderen Maßnahmen erfassten Zusatzinformationen (Hilfeform, Dauer der Maßnahme etc.) zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen beschränkte sich allerdings auf Situationen, in denen der Zeitaufwand nicht mehr als zwei Minuten betrug. In anderen Fällen sollte das Reichen eines Getränkes bzw. die Unterstützung beim Trinken unter "Hilfe bei der Nahrungsaufnahme" mit all den im Regelfall erhobenen Zusatzinformationen dokumentiert werden⁴.

tig, so dass die Versorgung eher der Behandlungspflege zuzuordnen ist. Bei der Stomaversorgung ist im Ergebnis eine medizinisch orientierte Einzelfallbetrachtung vorzunehmen" (Igl 1995: 30f).

⁴ Dieses Vorgehen hat zur Konsequenz, dass bei der Datenauswertung der Zeitaufwand für diese nur grob dokumentierten Maßnahmen aufgrund von Annahmen errechnet werden muss und nicht unterschieden werden kann, ob dieser Aufwand während des Früh-, Spät- oder Nachtdienstes angefallen ist.

Ad 3) Unerwarteter Hilfebedarf

Im Rahmen der Erhebung wurde unerwartet auftretender Hilfebedarf definiert als ein Hilfebedarf, der zum gegebenen Zeitpunkt für die Pflegekräfte plötzlich und unerwartet auftrat, also ursprünglich nicht absehbar war. Die mit diesem Merkmal erhobenen Daten erwiesen sich allerdings schon während der Erhebung als unscharf. Sie blieben daher bei der Auswertung außer Betracht.

Ad 4) Hilfeformen

Informationen über die Art und Weise der Unterstützung bzw. Durchführung der Maßnahmen bieten Anhaltspunkte für bestimmte qualitative Merkmale des Pflegegeschehens (Stellenwert einer ressourcenorientierten Pflege, vgl. Kapitel 3). Im Rahmen der Erhebung wurden (analog zur Unterscheidung im SGB XI und in den Begutachtungs-Richtlinien) insgesamt fünf Hilfeformen unterschieden:

- *Vollständige Übernahme*: Die Pflegenden übernehmen alle bei der entsprechenden Alltagsverrichtung anfallenden Tätigkeiten.
- *Teilweise Übernahme*: Die Pflegenden übernehmen einen Teil der bei einer Verrichtung anfallenden Tätigkeiten, ein relevanter Teil wird vom Bewohner selbst durchgeführt.
- *Unterstützung*: Die Pflegekraft überlässt die Tätigkeiten weitgehend dem Bewohner, hilft ihm aber, indem sie im beispielsweise benötigte Utensilien anreicht bzw. bereit stellt.
- *Anleitung*: Die Pflegekraft konzentriert sich darauf, die Handlungen des Bewohners zu lenken, zu demonstrieren und/oder zu erklären, was er tun soll, und zu motivieren, wenn es erforderlich ist.
- *Beaufsichtigung*: Die Pflegekraft ist bei einer Alltagsverrichtung anwesend, interveniert jedoch nur dann, wenn sich eine Selbst- oder Fremdgefährdung anbahnt oder wenn sich eine unsachgemäße Ausführung der Tätigkeiten abzeichnet.

Bei dieser Unterscheidung ist zu berücksichtigen, dass die genannten Hilfeformen in der Praxis in aller Regel nicht in Reinform vorkommen. Pflegehandlungen bestehen meist aus einer Kombination unterschiedlicher Formen von Hilfe, eine Ausnahme bildet lediglich die vollständige Übernahme aller bei einer Verrichtung anfallenden Tätigkeiten. Die Mitarbeiter erhielten deshalb die Vorgabe, diejenige Form der Hilfeleistung zu vermerken, die im Vordergrund der Pflegehandlung stand.

Die Angabe der Hilfeform war nicht bei allen Maßnahmen erforderlich bzw. möglich. Sie hat nur dort eine Bedeutung, wo es um Hilfestellungen bei Verrichtungen geht, die der Bewohner ohne Einschränkung seiner Selbstversorgungsfähigkeiten auch selbst übernehmen könnte. Im Falle psychosozial ausgerichteter Pflegeinterventionen, etwa bei akuten Angstzuständen oder bei Weglauftendenzen, macht es keinen Sinn, Angaben zur Hilfeform zu erheben, weil der Bewohner zu der Leistung keinen aktiven Beitrag leisten kann.

Ad 5) Dauer der Maßnahmen

Für jede der dokumentierten Maßnahmen war der Zeitumfang in Form eines Minutenwertes anzugeben. Hierbei war festzulegen, was als Beginn und was als Ende einer Maßnahme gelten sollte. Diese Definition ist eine wichtige Grundsatzentscheidung, die Bedeutung für die Interpretation der Daten zum Zeitaufwand hat. Beginn und Ende einer Maßnahme wurden anhand der Frage definiert, wann der Kontakt zum Bewohner aufgenommen und wann er abgebrochen bzw. wann zu einer anderen Maßnahme übergegangen wird. Eine Maßnahme beginnt beispielsweise dann, wenn das Zimmer des Bewohners betreten wird. Als Ende der Maßnahme gilt entsprechend das Verlassen des Zimmers, sofern keine anderen Leistungen angeschlossen werden.

Hieraus resultiert, dass einige Zeiten der Vor- und Nachbereitung der Maßnahmen, sofern sie nicht im Kontakt mit dem Bewohner durchgeführt wurden, sowie Wegezeiten nicht erfasst wurden. Dies erschien unumgänglich, weil eine minutiöse Erfassung dieser Zeiten in Form der Selbstaufschreibung zur Überforderung der dokumentierenden Mitarbeiter geführt hätte⁵, und muss bei der Interpretation der Erhebungsergebnisse berücksichtigt werden⁶.

Ad 6) Anzahl der gleichzeitig versorgten Bewohner

Es gibt im Versorgungsalltag Situationen, in denen mehrere Bewohner gleichzeitig betreut werden. Hierzu gehören nicht nur organisierte Gruppenaktivitäten zur Ressourcenförderung oder zur Befriedigung kultureller Bedürfnisse, sondern beispielsweise auch die gemeinsame Einnahme einer Mahlzeit. Um solche Situationen bei der Auswertung der Daten berücksichtigen zu können (um also später Aussagen darüber machen zu können, wie viele der in einer Einrichtung vorgehaltenen zeitlichen Ressourcen vom einzelnen Bewohner "verbraucht" wurden), war es erforderlich, eine Information über die Anzahl der gleichzeitig betreuten Bewohner zu dokumentieren.

Ad 7) Handzeichen/Code der Pflegekräfte, die die Maßnahmen durchgeführt haben

Diese Information war aus zwei Gründen erforderlich. Jedem Handzeichen, das im Rahmen der Erhebung dokumentiert wurde, war eine entsprechende berufliche Qualifikation zugeordnet. Dadurch war es möglich, das Leistungsgeschehen nach den im Wohnbereich verfügba-

⁵ Zudem differieren Vorbereitungszeiten und Wegezeiten sehr stark zwischen Einrichtungen bzw. Wohnbereichen, in Abhängigkeit von den gegebenen räumlichen Verhältnissen und der Art der Arbeitsorganisation bzw. Arbeitsteilung, also unabhängig von den Problemlagen der Bewohner.

⁶ Wir gehen davon aus, dass die Wegezeiten stärker ins Gewicht fallen als die Vor- und Nachbereitung der Maßnahmen, weil letztere in vielen Fällen mit dem Erhebungsbogen für die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erfasst wurden.

ren Qualifikationen zu differenzieren, also beispielsweise Aussagen darüber zu machen, welcher Anteil an einer bestimmten psychosozialen Intervention von Pflegekräften mit dreijähriger Berufsausbildung übernommen wurde. Darüber hinaus hatte die Angabe eine wichtige Funktion im Hinblick auf die Ermittlung des für den Bewohner aufgewendeten Zeitaufwandes. Denn in einigen Fällen ist es erforderlich, dass Bewohner nicht von einer, sondern von zwei oder sogar von mehreren Pflegekräften gleichzeitig betreut werden. Als Regel galt, dass je Maßnahme alle Mitarbeiter ihr Handzeichen vermerken sollten, die während der dokumentierten Zeitdauer an der Maßnahme beteiligt waren. Dadurch ist es möglich (ähnlich wie im Falle der gleichzeitig von einer Pflegekraft betreuten Bewohner) zu ermitteln, wie hoch der "Verbrauch" zeitlicher Ressourcen in dieser speziellen Situation anzusetzen ist.

*

Grundsätzlich ist anzumerken, dass sicherlich nicht jeder Handgriff der Einrichtungsmitarbeiter, der möglicherweise als unmittelbar bewohnerbezogene Leistung definiert werden könnte, und auch nicht jede im Blick auf psychosoziale Problemlagen relevante Interaktion zwischen Mitarbeitern und Bewohnern mit der Dokumentation erfasst wurde. Für quantitativ ausgerichtete empirische Untersuchungen, die das Leistungsgeschehen nicht nur punktuell (für einige wenige Bewohner und/oder über einen sehr begrenzten Zeitraum) erfassen wollen, sind solche Begrenzungen unvermeidlich. Gemessen an der Zielsetzung, *Strukturen* des Leistungsgeschehens transparent zu machen und *Größenordnungen* des Versorgungsaufwandes zu beschreiben, haben diese Grenzen allerdings keine wesentliche Bedeutung.

Die Erhebung mittelbar bewohnerbezogener und sonstiger Leistungen

Alle Maßnahmen, die nicht in unmittelbarem Kontakt zum Bewohner durchgeführt wurden, wurden anhand eines gesonderten Erhebungsbogens erfasst. Er wurde von jedem Mitarbeiter, der zum Stammpersonal der einbezogenen Wohnbereiche gehörte, täglich ausgefüllt. Die Bögen waren mit einem Code versehen, der es gestattete, auch die hier dokumentierten Tätigkeiten nach den Qualifikationen der Mitarbeiter zu differenzieren.

Die Abgrenzung dieser Leistungen von den unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen erfolgte zwar vorwiegend unter sachlichen Gesichtspunkten, für die konkrete Zuordnung waren z.T. jedoch auch erhebungstechnische Begrenzungen zu berücksichtigen. Manche Maßnahmen, die man inhaltlich gesehen als auf den einzelnen Bewohner bezogen einstufen könnte, wurden aus der laufenden Leistungserfassung ausgespart, weil eine fallbezogene Dokumentation nicht praktikabel erschien. Dies betrifft beispielsweise das Stellen von Arzneimitteln, das in regelmäßigen Abständen für alle Bewohner einer Versorgungseinheit zumeist in einem einzigen Arbeitsgang durchgeführt wird. Theoretisch wäre es zwar möglich, hierbei Zeitanteile für die einzelnen Bewohner zu dokumentieren, doch würde dies zu einer Vielzahl von Unterbrechungen in diesem Arbeitsgang führen. Aus diesem rein pragmatischen Grunde wurde diese Tätigkeit (ebenso wie die Pflegeplanung und -dokumentation

sowie die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Laienhelfern) unabhängig von der bewohnerbezogenen Leistungsdokumentation erfasst.

Im einzelnen wurden mit dem Erhebungsbogen folgende Leistungen dokumentiert (es war jeweils der Zeitaufwand in Minuten pro Tag anzugeben)⁷:

1. *Pflegeplanung und -dokumentation*
2. *Arbeitsbesprechungen*: Unter diesem Titel waren interne Arbeitsbesprechungen jeder Art zu berücksichtigen, etwa Übergaben, Teambesprechungen oder die Einweisung von neuen Mitarbeitern.
3. *Kooperation mit Laienhelfern* (etwa Informationsgespräche, Anleitung)
4. *Kontakte zu Angehörigen*: Als Angehörige wurden die Bezugspersonen der Pflegebedürftigen definiert, auch wenn sie im Einzelfall in keinem direkten Verwandtschaftsverhältnis zu dem Bewohner standen. Kontakte zu Angehörigen umfassen nicht nur unmittelbare Gespräche oder Anleitung, sondern auch telefonische Auskünfte über den Bewohner oder telefonische Beratung.
5. *Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen*: Hierunter fällt vor allem die Begleitung/Mitwirkung bei Arztvisiten oder ärztlichen Maßnahmen und die Mitwirkung bei anderen therapeutischen Maßnahmen.
6. *Koordination, Organisation, Verwaltung*: Diese Position umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten. Die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben durch die Wohnbereichsleitung fällt ebenso hierunter wie Materialbestellungen und die Kooperation mit Mitarbeitern anderer Einrichtungen, beispielsweise bei der Aufnahme eines aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten oder die Abstimmung anlässlich eines geplanten Krankenhausaufenthaltes.
7. *Mahlzeitenversorgung*: Hier waren alle Tätigkeiten der Mitarbeiter zu berücksichtigen, die gemäß der oben beschriebenen Definition nicht unmittelbar im Kontakt mit dem einzelnen Bewohner durchgeführt wurden. Sie umfassen in erster Linie die Vorbereitung von

⁷ Im Unterschied zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wurde von den Einrichtungsmitarbeitern hier nicht jede einzelne Leistung dokumentiert, sondern jeweils die Summe des täglichen Zeitaufwandes. Zwar folgten die Mitarbeiter in der Regel unserer Empfehlung, sich während des Arbeitstages Notizen anzufertigen und als Gedächtnisstütze für das Ausfüllen des Erhebungsbogens zu verwenden, doch ändert dies nichts daran, dass bei diesen Daten grundsätzlich mit größeren Ungenauigkeiten zu rechnen ist als bei den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen. Allerdings ist das Risiko von Ungenauigkeiten je nach Tätigkeit unterschiedlich ausgeprägt: Es ist verhältnismäßig gering bei Tätigkeiten, denen in der Regel ein fester Platz im Ablauf des Arbeitstages zukommt und die von Tag zu Tag einen ähnlichen Zeitumfang aufweisen (z.B. Übergaben, Teambesprechungen, Mahlzeitenversorgung etc.). Höher liegt das Risiko bei Tätigkeiten, die eher unregelmäßig anfallen. Hierzu gehören Kontakte zu Angehörigen, Tätigkeiten im Bereich der Koordination, Organisation und Verwaltung und die Kooperation mit Laienhelfern.

Mahlzeiten (die z.T. auch von den Pflegekräften der Wohnbereiche vorgenommen wird) sowie das Verteilen der Mahlzeiten, ohne Hilfestellung beim Essen/Trinken zu leisten.

8. *Wäscheversorgung*: Als Wäscheversorgung wurde die Gesamtheit der Tätigkeiten definiert, die die Bereitstellung von Utensilien wie auch die Entsorgung von Schmutzwäsche oder Inkontinenzartikeln sowie die Reinigung von Wäsche betrafen. Eingeschlossen waren auch Tätigkeiten wie das Bettenmachen, sofern diese Maßnahme nicht im Zusammenhang mit einer Hilfe bei Alltagsverrichtungen (z.B. Aufstehen und Zubettgehen) durchgeführt wurde (routinemäßiges Bettenmachen).
9. *Arzneimittel stellen*
10. *Übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen*: Als übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden solche Tätigkeiten definiert, die nicht auf den einzelnen Bewohner bezogen waren, sondern einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung innerhalb des Wohnbereichs oder der Einrichtung insgesamt leisten sollten. Die Teilnahme an einem Qualitätszirkel fällt ebenso unter diese Kategorie wie die Mitarbeit bei der Erstellung eines Qualitätshandbuches u.ä.
11. *Fortbildung*: Sofern Mitarbeiter während des Erhebungszeitraumes stundenweise an einer Fortbildungsmaßnahme teilnahmen, war der entsprechende Zeitaufwand zu dokumentieren.
12. *Sonstiges*: Hierunter schließlich waren alle Maßnahmen zu berücksichtigen, die sich dem oben skizzierten Raster entziehen. Die Mitarbeiter wurden gebeten, auf dem Erhebungsbogen Hinweise zu vermerken, welche Tätigkeiten sie unter dieser Kategorie jeweils aufgeführt haben.

Der Erhebungsbogen war, wie bereits erwähnt, von allen Mitarbeitern auszufüllen, die dem Stammpersonal des Wohnbereichs zuzurechnen waren. Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen von wohnbereichsexternen Mitarbeitern wurden also nicht routinemäßig miterhoben, hier erfolgten nur exemplarische Erhebungen zu Kontrollzwecken. Es kam beispielsweise vor, dass infolge von Personalausfällen Pflegekräfte anderer Wohnbereiche zwischenzeitlich Leistungen für Bewohner jenes Wohnbereichs erbrachten, in dem die Erhebung stattfand. In diesen Fällen zu differenzieren, welche der an einem Tag anfallenden mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen für die Bewohner der Studienpopulation erbracht wurden und welche für andere Bewohner, war nicht möglich. Ähnliches gilt für Tätigkeiten des gruppenübergreifenden Dienstes bzw. generell für Mitarbeiter, die an der Versorgung beteiligt, jedoch wohngruppenübergreifend tätig sind (z.B. Nachtwachen).

Ein Teil der von diesen Mitarbeitern erbrachten, mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen konnte insofern nicht differenziert in die Berechnungen zum Zeitaufwand einfließen, da sich ihre Arbeitsleistung auf die Bewohner der untersuchten Wohnbereiche nicht umrechnen ließ.

Dies führt zu einer (wenn auch relativ geringen) *Unterschätzung* des Zeitaufwandes. Dem gegenüber stehen Leistungen, die vom Stammpersonal der einbezogenen Wohnbereiche für Bewohner anderer Bereiche erbracht wurden (vor allem Maßnahmen der Behandlungspflege und kurzzeitige Unterstützung bei akuten Personalengpässen), die von den Mitarbeitern der Kategorie "Sonstige" zuzuordnen waren. Ihre Berücksichtigung führt umgekehrt zu einer (ebenfalls relativ geringen) *Überschätzung* des Leistungsaufwandes für die Bewohner unserer Studienpopulation. Bei der Datenauswertung erschien es wenig sinnvoll, den zeitlichen Umfang dieser Unter- bzw. Überschätzung konkret zu berechnen, da hierzu - für jede Einrichtung und ihre spezifische Organisation gesondert - kaum begründbare Modellannahmen hätten formuliert werden müssen. Davon abgesehen bewegen sich die betreffenden Zeitwerte nach den vorliegenden Daten in beiden Fällen in einer Größenordnung von einigen wenigen Minuten je Bewohner: Die exemplarischen Dokumentationen der Mitarbeiter des Nachtdienstes und des gruppenübergreifenden Sozialdienstes und auch die Erfahrungen im Rahmen der nächtlichen Beobachtung in ausgewählten Einrichtungen lassen die Einschätzung, dass es sich im Gesamtergebnis um geringfügige Zeitwerte handelt, begründet erscheinen. Ähnliches gilt für Leistungen, die für andere Bewohner erbracht wurden. Aufgrund der Vermerke in den Erhebungsbögen und aufgrund der Beobachtungen der vor Ort tätigen Studienbegleiter kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei ebenfalls um ein im Durchschnitt geringfügiges Zeitvolumen von wenigen Minuten je Bewohner handelt. Vor diesem Hintergrund entschieden wir uns dafür, von einer eher fragwürdigen Verrechnung dieser Leistungszeiten abzusehen. Da es sich in dem einen Fall um eine Über-, im anderen um eine Unterschätzung des Zeitaufwandes handelt, bleibt die *Größenordnung* der letztlich ermittelten Minutenwerte hiervon weitgehend unberührt, und auch bei der Berechnung der Anteile der einzelnen mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen ist nicht von nennenswerten Unschärfen infolge der genannten Probleme auszugehen.

Die Erhebung pflegerischer Problemlagen und anderer Bewohnermerkmale

Eines der wichtigsten Standbeine der Untersuchung bildet die Erfassung der pflegerischen Problemlagen der Bewohner. Hierzu wurde ein methodisches Instrument entwickelt, mit dem unabhängig vom Leistungsgeschehen nähere Informationen über Pflegeprobleme und Ressourcen der Bewohner erhoben werden können. Es ist zu betonen, dass hier die Problemlagen der Bewohner, nicht der Pflegebedarf im engeren Sinne erfasst wurden: Da Pflegebedarf im Sinne von Leistungsbedarf stets, wie bereits ausgeführt, anhand normativer Kriterien zu ermitteln ist, hätte eine auf den Bedarf zielende Erhebung eher Qualitätsorientierungen und konzeptionelle Grundlagen in den betreffenden Einrichtungen abgebildet als die Merkmale, die die Pflegebedürftigkeit des Bewohners kennzeichnen. Dies war nicht das Ziel der Untersuchung und hätte auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den einzelnen Einrichtungen erschwert. Gefragt wurde also nach dem Grad der Selbständigkeit/Abhängigkeit der Bewohner bei ausgewählten Alltagsverrichtungen, nach körperlichen und kognitiven Fähigkeiten/Einschränkungen sowie nach Hinweisen auf psychiatrisch rele-

vante Problemlagen. Es wurden lediglich einige spezielle Versorgungsbedarfe in allgemeiner Form abgefragt (z.B. Erfordernis einer Sondenernährung oder Inkontinenzversorgung).

Bei der Entwicklung des Erhebungsbogens waren insbesondere zwei Anforderungen zu berücksichtigen:

- 1) Die Beurteilung erfolgte stets durch eine Pflegekraft, die den betreffenden Bewohner sehr gut kennt (z.B. Bezugspflegekraft). Das Instrument musste daher so aufgebaut sein, dass es ohne eine zeitaufwendige Schulung, für die im Rahmen des Projektes kein Raum bestand, unproblematisch verwendet werden konnte. Es musste also einfach gehalten sein und in seiner Struktur so weit wie möglich an Verfahrensweisen anknüpfen, die den Pflegekräften aus dem Kontext der Pflegeplanung vertraut sind.
- 2) Die einzelnen Items mussten so formuliert werden, dass später bei der Auswertung eine Verknüpfung mit den Ergebnissen der laufenden Leistungserfassung möglich war. Dies bedeutet beispielsweise, dass Hilfestellungen beim An- und Auskleiden, die bei der laufenden Leistungserfassung dokumentiert wurden, ihr Pendant in der Einschätzung der Problemlagen der Bewohner finden mussten (Selbständigkeit/Abhängigkeit bei dieser Alltagsverrichtung).

Bei der methodischen Vorbereitung wurde zunächst überprüft, inwieweit bereits verfügbare Instrumente zur Einschätzung von pflegerischen Problemlagen ganz oder in Teilen übernommen werden konnten. Einbezogen in die Vorüberlegungen wurden insbesondere:

- Das Resident Assessment Instrument (RAI, Minimum Data Set): RAI ist ein international anerkanntes Verfahren zur differenzierten Einschätzung pflegerischer Problemlagen und erfreut sich in den letzten Jahren einer zunehmenden Beliebtheit in Fachkreisen. Gemessen an den Zielsetzungen und Rahmenbedingungen unserer Erhebung hat es jedoch den Nachteil, dass es vergleichsweise kompliziert aufgebaut ist und nicht ohne eine umfassende Schulung verwendet werden kann (vgl. Garms-Homolová/Gilgen 1998, KDA 1996). Durch den hohen Grad der Differenziertheit, mit dem RAI Problemlagen von Pflegebedürftigen erfasst, wäre es auch nur schwer möglich gewesen, direkte Bezüge zur laufenden Leistungserfassung herzustellen, denn diese musste, wie schon erläutert, auf der Basis einer möglichst einfachen Systematik erfolgen.
- PLAISIR: Dieses aus Kanada stammende Instrument (vgl. EROS 1997) erwies sich in Teilbereichen als zu komplex, in Teilbereichen als zu undifferenziert, um es problemlos im Rahmen der Erhebung verwenden zu können. PLAISIR kann ähnlich wie RAI nur auf der Grundlage einer umfassenden Schulung eingesetzt werden. Es hat außerdem den Nachteil, dass es dem Stellenwert psychiatrischer Problemlagen wenig Aufmerksamkeit schenkt.
- Pflege-Personalregelung (PPR) und Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV): Auch die Kriterien zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, die der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde gelegt wurden, erwiesen sich vor dem Hintergrund der Zielsetzungen und Rahmenbedingungen unserer Untersuchung als wenig hilfreich. Im Falle der PPR wird das Schwergewicht zu sehr auf die Struktur der Pflegebedürftigkeit bei Krankenhauspatienten (also bei Akuterkrankungen) gelegt, und auch

im Falle der Psych-PV besteht eine starke Ausrichtung auf in psychiatrischen Kliniken oder Krankenhäusern behandelte Patienten. Zudem wird in beiden Fällen eher der Leistungsbedarf im engeren Sinne und weniger die Ausprägung pflegerisch relevanter Problemlagen fokussiert.

- Die Verwendung von Pflegediagnosen (Kim et al. 1999, Townsend 1998) schied von vornherein aus, weil sie ein spezifisches und zugleich umfangreiches Wissen voraussetzen, über das in Deutschland bislang nur sehr wenige Pflegende verfügen.
- Gängige Instrumente zur Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen bei Aktivitäten des täglichen Lebens: Neben den erwähnten Instrumenten wurden auch jene Verfahren in die Überlegungen einbezogen, die anhand gängiger ATL-Taxonomien Merkmale der Pflegebedürftigkeit erfassen (vgl. z.B. Roper et al. 1993). Gemessen an den Anforderungen unserer Untersuchung weisen jedoch solche Verfahren häufig den Nachteil auf, dass sie nicht bzw. nur zum Teil für ein standardisiertes Erhebungsverfahren vorgesehen sind. So ergibt sich beispielsweise bei den ATL "Für eine sichere Umgebung sorgen" oder "Essen und trinken" erst dann eine für die Pflegeplanung verwertbare Aussage, wenn die im Einzelfall vorliegenden Problemlagen des Pflegebedürftigen differenziert, d.h. nicht in standardisierter Form beschrieben werden. Verfahren, die anhand der ATL von vornherein auf eine standardisierte Einschätzung abzielen, kommen den Anforderungen unserer Erhebung näher als eher qualitativ ausgerichtete Instrumente. Dies gilt beispielsweise für das im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI bis Anfang 2000 verwendete Verfahren zur Einschätzung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (MDS 1997). Dieses Verfahren beschränkt sich allerdings auf relativ wenige Items und berücksichtigt zu wenig gerontopsychiatrische Problemlagen, die im Kontext unserer Untersuchung einen besonderen Stellenwert haben sollten. Ähnliches gilt für international anerkannte Verfahren auf der Basis von ADL- oder IADL-Indices (activities of daily living, instrumental activities of daily living). So ist beispielsweise der Barthel-Index (Barthel/Mahoney 1965) von seiner Grundstruktur her durchaus ein interessanter Ansatz im Kontext unserer Untersuchung, beschränkt sich jedoch gleichfalls auf zu wenige Merkmale und bietet darüber hinaus keine Möglichkeit, gerontopsychiatrisch bedingte Problemlagen differenziert zu erfassen.

Vor diesem Hintergrund war es notwendig, ein eigenes Instrument für die Erhebung der Problemlagen pflegebedürftiger Heimbewohner zu entwickeln, bei dem zwar in Teilen Anleihen bei den oben genannten Instrumenten gemacht werden konnten, das jedoch in seiner Gesamtstruktur an keine Vorbilder anknüpfen konnte. Im Folgenden wird der Aufbau des Instrumentes zusammenfassend beschrieben, die Gesamtheit der Merkmale, die erfasst wurden, ist im Anhang abgedruckt.

Der Erhebungsbogen umfasst sieben Merkmalsbereiche, mit denen insgesamt knapp 70 Merkmale erhoben wurden:

1) Allgemeine Personenmerkmale

Unabhängig von den konkreten Problemlagen und Merkmalen der Pflegebedürftigkeit wurden für alle Bewohner Alter, Geschlecht, Datum der Heimaufnahme sowie die Pflegestufe nach dem SGB XI (inklusive Härtefall) erfasst.

2) Beurteilung der Selbständigkeit bei ausgewählten Verrichtungen/Tätigkeiten

In diesem Bereich wurden insgesamt 15 Verrichtungen unterschieden. Überwiegend handelt es sich dabei um die Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI, ausgeblendet wurden allerdings Verrichtungen im hauswirtschaftlichen Bereich. Bei der Beurteilung konnte unter drei Antwortmöglichkeiten gewählt werden⁸:

- Der Bewohner kann die Verrichtung ohne Hilfe von anderen Personen durchführen.
- Der Bewohner kann die Verrichtung teilweise selbst durchführen, benötigt aber Hilfe.
- Der Bewohner kann die Verrichtung auch nicht teilweise selbständig durchführen.

Schließlich gab es noch die Möglichkeit anzugeben, dass eine Antwort entfällt (z.B. Einschätzung der Selbständigkeit beim "Verlassen/Wiederaufsuchen der Einrichtung", wenn Bewohner vollständig immobil sind). Maßgeblich für die Zuordnung war jeweils der *regelmäßig* zu beobachtende Grad der Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit. So können auch Bewohner, die bei einer Alltagsverrichtung *regelmäßig* keine Hilfe benötigen, *gelegentlich* auf Unterstützung angewiesen sein.

3) Körperliche und kognitive Einschränkungen

Anhand von 19 Merkmalen wurde in diesem Bereich eingeschätzt, ob die Bewohner unter "keinen", "mäßigen" oder "schweren" Einschränkungen leiden. Hierbei wurden nicht nur körperliche Fähigkeiten bzw. Funktionen berücksichtigt (wie z.B. "sich im Bett bewegen" oder Stuhl- und Harninkontinenz), sondern auch Fähigkeiten im kognitiven Bereich, insbesondere Einschränkungen im Bereich der Orientierung und des Gedächtnisses.

4) Spezielle Problemlagen

Angesichts des Stellenwertes gerontopsychiatrischer Problemlagen im Kontext der Heimversorgung erschien es besonders wichtig, neben den körperlichen und kognitiven Einschränkungen Verhaltensauffälligkeiten zu berücksichtigen. Ähnlich wie im Falle der Einschränkungen sollte in diesem Bereich anhand von 13 Merkmalen eingeschätzt werden, ob die jeweilige Problemlage bei den einzelnen Bewohnern nicht vorhanden ist bzw. "mäßig" oder "schwer" ausgeprägt ist. Zusätzlich wurde eine Information darüber erhoben, ob sich der Bewohner im Stadium des Sterbens befindet.

5) Spezielle Versorgungsbedarfe

Hier wurde anhand eines einfachen Schemas abgefragt, ob bei bestimmten Maßnahmen (insgesamt 12) ein Versorgungsbedarf vorliegt oder nicht. Hierbei handelt es sich z.T. um

⁸ Auf eine weitere, detaillierte Operationalisierung wurde aus Praktikabilitätsgründen verzichtet. Differenziertere Vorgaben hätten möglicherweise zu einer zeitlichen Überforderung geführt, und es wäre unsicher gewesen, inwieweit diesen Vorgaben angesichts fehlender Möglichkeiten zur Schulung der Pflegekräfte, die die Einschätzung vornehmen sollten, gefolgt worden wäre.

wichtige Zusatzinformationen, die über das Leistungsgeschehen, das im Rahmen der laufenden Leistungsdokumentation erfasst wurde, näher Auskunft geben.

6) *Bewusstseinslage*

Zur Einschätzung der Bewusstseinslage wurden die im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI verwendeten Kriterien herangezogen.

7) *Ärztliche Diagnosen*

Im Verlauf der methodischen Vorbereitung der Untersuchung hatte sich erwiesen, dass die in den Einrichtungen vorliegenden ärztlichen Diagnosen häufig unvollständig, veraltet oder sehr unspezifisch sind (vgl. zu diesem Problem auch Höft/Seyfarth 1999: 35), dass also auf der Basis der in den Einrichtungen verfügbaren Dokumentation keine verlässlichen Informationen über ärztliche Diagnosen zu erhalten waren. Aus diesem Grunde wurden sie nur in sehr allgemeiner Form erhoben: Anzugeben war, ob die vorliegenden Diagnosen Hinweise auf einen Apoplex, eine dementielle oder andere psychiatrische Erkrankung geben. Diese Information ist sehr weich und wird bei der Auswertung dementsprechend lediglich als Zusatzinformation verwendet; für die Einschätzung der *pflegerischen Problemlagen* (einschl. gerontopsychiatrischer Problemlagen) erschienen die oben beschriebenen Merkmale völlig ausreichend.

Weitere Erhebungsinstrumente

Neben dem beschriebenen Datenprofil, das gewissermaßen das Herzstück der Untersuchung ausmacht, wurden ergänzend weitere Daten erhoben, die strukturelle Rahmenbedingungen des Leistungsgeschehens beschreiben oder ergänzende Informationen liefern, die für die Interpretation des Datenmaterials zum Leistungsgeschehen relevant sind.

Hierzu gehört zunächst einmal ein Erhebungsbogen, mit dem *Strukturmerkmale und Leistungsprofile der an der Untersuchung beteiligten Einrichtungen und Wohnbereiche* erfasst wurden. Es handelt sich um einen teilstandardisierten Erhebungsbogen mit folgendem Datenprofil⁹:

- Informationen, die sich auf die Einrichtung insgesamt beziehen: Allgemeine Leistungsangebote, spezielle gerontopsychiatrische Angebote, Pflegesätze, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, räumliche Ausstattung.
- Merkmale der Bewohnerstruktur der Einrichtung: Soziodemographische Merkmale, durchschnittliche Verweildauer, Struktur der Pflegestufen nach dem SGB XI.
- Mitarbeiterbezogene Informationen (für die Einrichtung insgesamt wie auch für die betreffenden Wohnbereiche): Umfang der Personalressourcen, Qualifikationsstruktur, Arbeitsverhältnisse (Vollzeit, Teilzeit).

⁹ Eine genaue Beschreibung ist im Anhang nachzulesen.

- Wohnbereichsspezifische Daten: Pflegeorganisation, konzeptionelle Grundlagen der Pflege, räumliche Ausstattung.

Neben diesem Bogen zur Erfassung von Strukturmerkmalen und Leistungsprofilen der Einrichtungen bzw. Wohnbereiche gibt es noch andere Instrumente, mit denen einige für die Auswertung wichtige Zusatzinformationen erfasst wurden:

So wurde in jeder Einrichtung eine Liste erstellt, auf der alle am Leistungsgeschehen beteiligten Mitarbeiter mit einem entsprechenden Code sowie ihrer *Berufsqualifikation* aufgeführt waren. Anhand dieser Zuordnung war es bei der Auswertung möglich, jeder der erfassten Leistungen eine Mitarbeiterqualifikation zuzuordnen.

Darüber hinaus wurde in jeder Einrichtung ein "*Erhebungstagebuch*" geführt, in dem die Studienbegleiter laufend Informationen dokumentierten, die für die Interpretation des Datenmaterials von Bedeutung sein konnten. Dies war zum einen für die technische Aufbereitung der erhobenen Daten erforderlich. Wenn beispielsweise Bewohner während des Erhebungszeitraums in einem Krankenhaus aufgenommen wurden, so musste eine entsprechende Information verfügbar sein, um die dadurch verursachten "Dokumentationsausfälle" aufklären zu können. Es war auch nicht auszuschließen, dass es während der Erhebung zu erheblichen Personalengpässen in der Einrichtung kommen oder andere Ereignisse eintreten konnten, die sich entweder auf das Leistungsgeschehen oder auf die Leistungsdokumentation auswirken konnten. Solche Geschehnisse mussten bei der Auswertung berücksichtigt werden. Die Aufzeichnungen in den Tagebüchern ermöglichten außerdem einen Einblick in jene Elemente des Versorgungsalltags, die sich auf dem Wege einer quantitativ ausgerichteten Erhebung nicht beschreiben lassen. Hierzu gehört beispielsweise die Art und Weise, wie in den Wohnbereichen auf Krisensituationen reagiert wird (etwa infolge von Personalausfällen oder infolge krisenhafter Ereignisse im Zusammenhang mit der Versorgung einzelner Bewohner) und wie die Mitarbeiter mit zeitlichen Engpässen oder mit besonderen Versorgungsanforderungen umgehen. Schließlich gaben die Tagebücher auch einen gewissen Eindruck über die Ausprägung der Arbeitsbelastung, das Engagement der Einrichtungsmitarbeiter sowie zum Teil auch darüber, inwieweit sich allgemeine Leitlinien und Versorgungskonzepte in der Gestaltung der Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern niederschlagen. Die Aufzeichnungen haben nicht den Charakter einer methodisch kontrollierten Dokumentation und können insofern nur ergänzend in die Auswertung einfließen. Sie vermögen allerdings bestimmte Besonderheiten in den Einrichtungen, die sich letztlich auch wieder in der Struktur des Leistungsgeschehens widerspiegeln, aufklären.

Schließlich wurde ergänzend zu der quantitativen Leistungserfassung eine qualitativ ausgerichtete *nächtliche Beobachtung* in fünf Einrichtungen durchgeführt, jeweils über einen Zeitraum von vier oder fünf Nächten. Die mit der laufenden Leistungserfassung erhobenen Daten geben zwar Auskunft darüber, welche Maßnahmen während des Nachtdienstes erbracht wurden, reichen allerdings für eine konkrete Beschreibung der das nächtliche Versorgungsgeschehen prägenden Problemsituationen nicht aus. Mit der Beobachtung sollte u.a. in Er-

fahrung gebracht werden, inwieweit nachtaktive Bewohner den Versorgungsalltag prägen, welche Konsequenzen diese Nachtaktivität für Anforderungen an die Pflege nach sich zieht und schließlich auch, wie Einrichtungen auf diese Anforderungen und Problemsituationen reagieren.

Organisation der Erhebung

Die Leistungserhebung erfolgte je Einrichtung bzw. Wohnbereich im Regelfall über einen Zeitraum von drei Wochen (incl. Wochenenden). Vorgeschoben wurde jeweils eine meist dreitägige "Probephase", vor allem um das mit der Dokumentation betraute Einrichtungspersonal mit den Erhebungsinstrumenten vertraut zu machen (s.u.).

Um eine ordnungsgemäße Durchführung der Erhebung sicherzustellen, wurden die Pflegekräfte der Wohnbereiche, die einen Großteil der Dokumentation übernahmen, während der gesamten Erhebungsphase von Projektmitarbeitern ("Studienbegleiter") unterstützt. Es wurde angestrebt, eine kontinuierliche Begleitung während des Früh- und Spätdienstes¹⁰, auch an den Wochenenden, zu gewährleisten. Dies ist überwiegend gelungen: Es gab nur selten Tage, an denen der Früh- oder Spätdienst aufgrund von Personalengpässen bei den Studienbegleitern ohne deren Unterstützung auskommen musste.

Die Aufgabe der Studienbegleiter bestand in erster Linie darin,

- auf Vollständigkeit aller für die Datenauswertung benötigten Informationen zu achten (z.B. Erfassung sämtlicher Mitarbeiterqualifikationen),
- die Einrichtungsmitarbeiter im Umgang mit den Erhebungsinstrumenten zu unterstützen und bei Bedarf selbst einen Teil der laufenden Dokumentation zu übernehmen,
- die Qualität der Dokumentation vor Ort zu prüfen und ggf. Korrekturen einzuleiten,
- den Kontakt zur Projektleitung aufrecht zu erhalten, um offene Fragen (auch Detailfragen der Dokumentation) zu klären,
- Aufzeichnungen im "Erhebungstagebuch" vorzunehmen.

Zur Vorbereitung auf ihre Aufgaben erhielten die Studienbegleiter eine Schulung, mit der sie einerseits über den Umgang mit den Erhebungsinstrumenten und andererseits über die für sie geltenden Verhaltensregeln während der Erhebung aufgeklärt wurden. Es handelte sich um Personen, die über Praxiserfahrung in der Heimversorgung oder über pflegerische Berufserfahrung in anderen Bereichen und nach Möglichkeit über grundlegende Methodenkenntnisse im Bereich der empirischen Forschung verfügen sollten, vorzugsweise Absolventen oder Studenten der Pflegestudiengänge an Fachhochschulen Nordrhein-Westfalens oder anderer, auf Fragen der Gesundheitsversorgung ausgerichteter Studiengänge (z.B. Aufbaustudium Gesundheitswissenschaften).

¹⁰ In (seltenen) Ausnahmefällen wurde die Begleitung auch auf den Nachtdienst ausgedehnt, wenn von der Einrichtung signalisiert wurde, dass anderenfalls mit einer lückenhaften Dokumentation zu rechnen sei.

In Form einer ausführlichen Vorbesprechung wurden auch die an der Erhebung beteiligten Mitarbeiter der Wohnbereiche in die Verwendung der Erhebungsbögen und in Grundsätze der Dokumentation eingeführt. Sie fand jeweils ein oder zwei Tage vor Beginn der "Probeerhebung" statt.

Es war jedoch davon auszugehen, dass eine Vorbesprechung nicht ausreichen würde, um alle methodischen Einzelheiten der Leistungsdokumentation erschöpfend abzuklären, und sich zahlreiche Fragen für die Mitarbeiter der Einrichtungen erst in der Praxis ergeben würden. Wenngleich sich die Entwicklung des Erhebungsinstrumentariums bewusst am Kriterium der einfachen Handhabung orientierte und so weit wie möglich auf Kategorien und Zuordnungsregeln aufbaute, die den Mitarbeitern aus der routinemäßigen Pflegeplanung und -dokumentation vertraut sein mussten, erschien es im Interesse der Datenqualität angebracht, ausreichend Gelegenheit zur praktischen Auseinandersetzung mit den Erhebungsinstrumenten zu geben. Aus diesem Grunde wurde eine Erhebungsphase von meist drei Tagen vorangestellt, in der die Instrumente zwar in vollem Umfang eingesetzt wurden, deren Ergebnisse jedoch bei der Auswertung unberücksichtigt blieben. In dieser Zeit erfolgte auch eine intensive (telefonische) Abstimmung mit der Projektleitung.

Die Dokumentation der ersten Tage wurde einer gesonderten Prüfung unterzogen, mit dem Ziel, Schwachstellen zu identifizieren und über eine Rückmeldung an die beteiligten Mitarbeiter Korrekturen einzuleiten: Die Probeerhebung fand in aller Regel an Werktagen statt (z.B. Dienstag bis Donnerstag). Die ausgefüllten Erhebungsbögen wurden unverzüglich an das jeweils zuständige Institut weitergeleitet und dort direkt nach Eintreffen gesichtet bzw. geprüft, um bereits zu Beginn des ersten Tages der regulären Erhebungsphase (meist ein Montag) eine Rückmeldung mit Hinweisen auf Schwachstellen der Dokumentation geben zu können.

Die Erfahrung hat die Notwendigkeit dieser Vorkehrungen zur Sicherstellung einer zufriedenstellenden Dokumentationsqualität wiederholt unter Beweis gestellt. Sie zeigte außerdem, dass eine kontinuierliche Begleitung von Erhebungen dieser Art unverzichtbar ist. Dies gilt nicht nur für den korrekten Umgang mit dem Erhebungsinstrumentarium, sondern auch für die Bewältigung schwieriger Situationen im Alltag der Wohnbereiche, in denen es aufgrund von kurzfristigem Personalausfall oder aufgrund anderer Vorkommnisse zu einem erheblichen Belastungsanstieg kommt. In solchen Situationen steht die Leistungsdokumentation begrifflicherweise hinter dem Primat der Bewohnerversorgung zurück, so dass es ohne Unterstützung von Studienbegleitern mehr oder weniger zwangsläufig zu Dokumentationsausfällen gekommen wäre. Durch den Einsatz von Studienbegleitern konnten außerdem Daten, die während angespannter Arbeitssituationen erhoben worden sind, vor Ort unverzüglich kritisch geprüft werden, um Unklarheiten zu korrigieren und ggf. Informationslücken zu schließen oder zumindest aufzudecken, so dass sie bei der Datenaufbereitung berücksichtigt werden konnten.

Datenaufbereitung und Prüfung der Datenqualität

Zusätzlich zu den von den Studienbegleitern vor Ort durchgeführten Kontrollen wurde bei der Aufbereitung des Datenmaterials und nach deren Abschluss eine Reihe von Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Sie hatten vor allem zum Ziel, die innere Konsistenz der dokumentierten Leistungen und die Daten nach ihrer Vollständigkeit zu überprüfen:

- Die Vollständigkeit der Daten bezieht sich auf die Dokumentation der Leistungen in allen Schichten und an allen Erhebungstagen. Ausfälle in der Dokumentation bei einzelnen Schichten oder ganzen Tagen wurden identifiziert und durch Einträge in den "Tagebüchern" zu erklären versucht.
- Mit Konsistenz der Dokumentation ist gemeint, dass eine Übereinstimmung zwischen den erbrachten Leistungen und der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit der Bewohner zu erwarten ist; z.B. Bewohner, für die "Sondenernährung" als Versorgungsbedarf angegeben wurde, sollten diese auch täglich erhalten haben.

Erster Schritt der Plausibilitätskontrolle war die *Überprüfung der Vollständigkeit* der Dokumentation, indem die erhobenen Leistungen für alle Bewohner und alle Erhebungstage, nach Schichten getrennt, ausgewiesen wurden (Einzelfallprüfung). Dadurch konnten Lücken in der Dokumentation aufgedeckt und auch extreme Schwankungen in der Häufigkeit der dokumentierten Leistungen identifiziert werden. Wie damit verfahren wurde, richtete sich nach der Möglichkeit, diese Besonderheiten anhand der Einträge in den Erhebungstagebüchern aufzuklären. Beispielsweise traten gelegentlich Ausfälle in der Dokumentation aufgrund einer Einweisung des Bewohners in ein Krankenhaus auf, oder einzelne nicht dokumentierte Schichten konnten auf einen Ausflug des Bewohners zurückgeführt werden.

Anders stellte es sich dar, wenn keine Erklärungen für Dokumentationslücken in den Tagebüchern enthalten waren oder ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass die Dokumentation (z.B. aufgrund von außergewöhnlicher Arbeitsbelastung oder Personalmangel) nicht oder nur unvollständig erfolgte. In diesen Fällen war davon auszugehen, dass zwar Leistungen erbracht, aber nicht dokumentiert worden sind. Derartige Ausfälle hätten bei der Auswertung eine Unterschätzung des Leistungsvolumens zur Folge gehabt. Daher blieben in diesen Fällen ganze Erhebungstage unberücksichtigt. Falls sich Ausfälle in der Dokumentation systematisch für alle oder einen großen Teil der Bewohner eines Wohnbereichs abzeichneten, wurden die betreffenden Erhebungstage für den gesamten Wohnbereich aus dem Datensatz entfernt.

Die Bereinigung der Dokumentation um Erhebungstage mit Ausfällen hat zur Folge, dass sich entweder bei den betreffenden Einrichtungen die Anzahl der berücksichtigten Erhebungstage reduzierte oder dass bei einzelnen Bewohnern weniger Erhebungstage in die Auswertung eingingen, als Tage in dem Heim erhoben wurden. Da die Daten jedoch nahezu

ausschließlich als standardisierte Durchschnittsgrößen (Leistungsvolumen je Bewohner und Tag) ausgewertet wurden, hatte dies für die Auswertung keine weiteren Konsequenzen¹¹.

Als Sonderfall im Rahmen der Plausibilitätsprüfung erwiesen sich die Nachtschichten, da es durchaus plausibel ist, dass nicht bei jedem Bewohner regelmäßige Maßnahmen in der Nacht erforderlich sind. Erhebungstage wurden nur dann aufgrund von Ausfällen in der Nachtschicht herausgenommen, wenn diese Ausfälle bei mehreren oder allen Bewohnern eines Heimes an denselben Erhebungstagen auftraten, so dass mit einiger Sicherheit anzunehmen war, dass die Dokumentation während der betreffenden Nächte generell keine Vollständigkeit aufwies.

Die *Prüfung der Konsistenz der dokumentierten Leistungen* erfolgte anhand eines Vergleiches von dokumentierten Maßnahmen mit bestimmten Problemlagen des Bewohners. Diesem Vorgehen lag der Gedanke zugrunde, dass bei Vorhandensein bestimmter Bedarfe des Bewohners diese Bedarfe in Rechnung gestellt werden müssen und die entsprechenden Maßnahmen dokumentiert sein sollten. Eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Bedürftigkeit des Bewohners und den dokumentierten Leistungen wäre als Hinweis auf mögliche Schwachstellen der erhobenen Daten zu bewerten.

Die Prüfung der Konsistenz bezog sich auf ausgewählte Maßnahmen, für die explizite Einschätzungen zu Problemlagen der Bewohner erhoben wurden und bei denen unterstellt werden kann, dass sie, wenn ein Bedarf besteht, zwingend täglich durchgeführt werden müssen. In die Auswahl gingen die Maßnahmen *Aufstehen/Zubettgehen, Kleiden, Toilettengang, Waschen, Verabreichen von Medikamenten, Insulingabe, Hilfe bei Sondenernährung und Dekubitusbehandlung* ein, d.h. hinsichtlich der regelmäßigen Ausführung dieser Maßnahmen konnten Einschätzungen zu entsprechenden Merkmalen der Bewohner sinnvoll zugeordnet werden.

Geprüft wurde, ob bei Vorhandensein einer substantiellen Problemlage bzw. Einschränkung die entsprechende Maßnahme an jedem Erhebungstag bei dem betreffenden Bewohner dokumentiert worden ist. Bei deutlichen Abweichungen, in Fällen also, in denen die betrachtete Maßnahme trotz vorliegendem Hilfebedarf wiederholt nicht dokumentiert wurde, wurde anhand der Tagebücher und eines genaueren Vergleichs der Daten versucht, Gründe zu ermitteln und die Daten ggf. zu bereinigen. Geringfügige Abweichungen zwischen dem eingeschätzten Hilfebedarf und den dokumentierten Maßnahmen wurden nicht korrigiert.

Prinzipiell kommen für die Erklärung von Diskrepanzen zwei mögliche Fehlerquellen in Betracht: Einerseits konnte eine Diskrepanz durch eine fehlerhafte Leistungsdokumentation verursacht werden, andererseits konnte auch die Beurteilung der Problemlagen eines Bewohners unzutreffend sein. Sofern an allen oder an nahezu allen Erhebungstagen keine der

¹¹ Unterschiede der Erhebungsdauer müssen jedoch ohnehin bei der Auswertung berücksichtigt werden, da der Erhebungszeitraum bei einzelnen Heimen aus organisatorischen Gründen kürzer war als 21 Tage.

Maßnahmen dokumentiert ist, die nach den Angaben zu den Problemlagen des Bewohners erforderlich gewesen wären, wurde angenommen, dass die Beurteilung der Problemlagen und nicht die Leistungsdokumentation fehlerhaft ist. Die Angabe zu der betreffenden Problemlage wurde entsprechend umcodiert ("ungültige Angabe").

Insgesamt zeigte sich allerdings nur selten eine nicht aufzuklärende Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Problemlagen und den dokumentierten Leistungen. Nach den Ergebnissen der Konsistenzprüfung kann davon ausgegangen werden, dass bis auf ganze Erhebungstage, die generell Dokumentationsausfälle zeigen und auf dem Weg der Kontrolle der Vollständigkeit identifiziert werden konnten, Lücken in den Angaben zum Leistungsgeschehen wenig ins Gewicht fallen.

Eine abschließende Kontrolle der Daten erfolgte nach Beendigung der Erhebung auf der Grundlage erster Auswertungsergebnisse. Hierbei wurden Vergleiche zwischen den Einzelergebnissen für die jeweiligen Einrichtungen oder den ermittelten Zeitwerten der Bewohner durchgeführt, um z.B. über die Identifizierung von hohen oder niedrigen Extremwerten im Leistungsumfang Hinweise auf möglicherweise problematische Daten zu erhalten. Ergaben sich solche Hinweise, so wurde anhand der vorliegenden Informationen über die Wohnbereiche (z.B. Bewohnerstruktur, Personalstruktur, Besonderheiten einzelner Bewohner, aber auch andere bemerkenswerten Besonderheiten, die in den Tagebüchern festgehalten worden waren) versucht, diese aufzuklären (wie außergewöhnlich hoher durchschnittlicher Leistungsaufwand infolge eines hohen Anteils von Bewohnern mit der Pflegestufe III). Dabei zeigte sich beispielsweise, dass in einer der Einrichtungen - im Unterschied zu allen anderen - extrem häufig von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wurde, einen geringfügigen Zeitaufwand für das Reichen von Getränken zu dokumentieren (dies konnte, wie schon erwähnt, abweichend von den anderen Maßnahmen durch Ankreuzen geschehen). Da sich hierfür keine plausiblen Gründe finden ließen, mussten diese Angaben bei der Auswertung als ungültig klassifiziert werden. Im Gesamtbild ergaben sich bei der abschließenden, vergleichenden Datenprüfung jedoch nur wenige Hinweise auf Unstimmigkeiten der Daten, die nicht aufgeklärt werden konnten¹².

¹² So wurde beispielsweise bei einigen Bewohnern mit der Pflegestufe III ein Leistungsaufwand von weniger als durchschnittlich 20 Minuten pro Tag ermittelt, ohne diese Extremwerte in allen Fällen aufklären zu können. Über einen dieser Bewohner ist uns aus der Erhebungsdokumentation bekannt, dass es sich um einen psychiatrisch Erkrankten handelt, der sich trotz großer Unselbständigkeit bei Alltagsverrichtungen von Zeit zu Zeit - so auch während der Erhebungsphase - gegen Hilfen der Mitarbeiter strikt zur Wehr setzt und dessen Versorgung vor diesem Hintergrund auf ein absolutes Minimum reduziert wurde, in der Hoffnung, dass sich seine Haltung ändern würde, bevor Zwangsmaßnahmen zur Abwendung körperlicher Schädigungen erforderlich würden. In anderen Fällen konnten wir derartige Extremwerte allerdings nicht anhand der vorliegenden Informationen erklären.

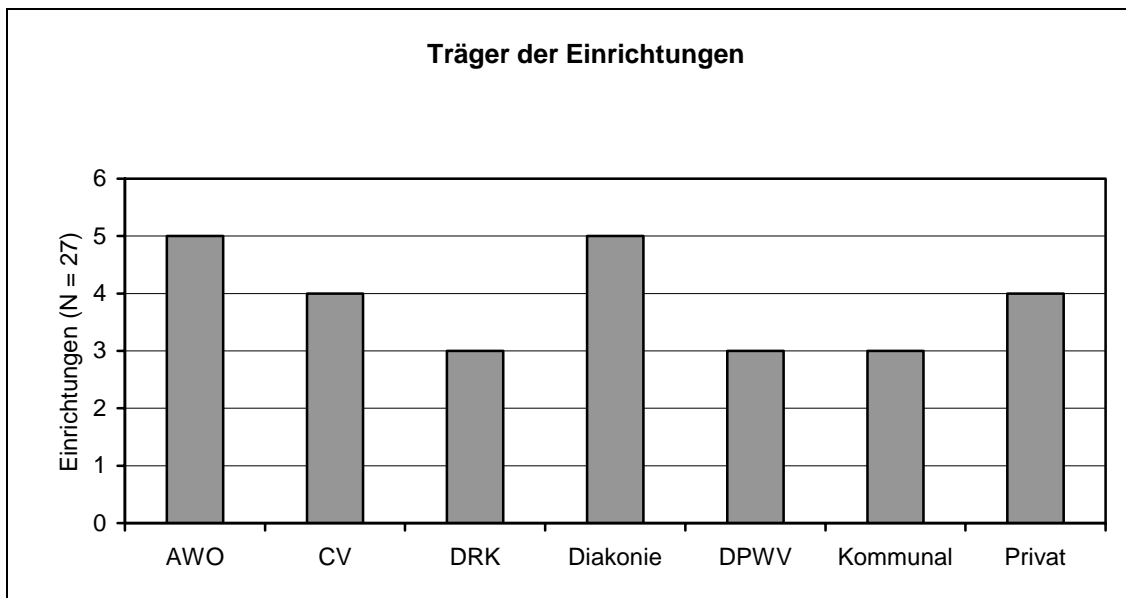
Charakterisierung der einbezogenen Einrichtungen und Wohnbereiche

E. Schnabel

Im Rahmen der Untersuchung wurden neben Daten zum Leistungsgeschehen und zu den individuellen Problemlagen der Bewohner auch einrichtungs- und wohnbereichsbezogene Informationen erhoben, die vorrangig einer generellen Charakterisierung der beteiligten Einrichtungen im Hinblick auf die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen die Pflegeleistungen erbracht werden, dienen. Damit liefern sie wesentliche Zusatzinformationen für die Interpretation des Datenmaterials zum Leistungsgeschehen.

Charakterisierung der Einrichtungen

Insgesamt wurden aus den Vorschlagslisten der beteiligten Trägerverbände, die aufgefordert waren, ihre Auswahl nach vorgegebenen Kriterien (vgl. Methodik) vorzunehmen, 27 Einrichtungen in die Untersuchung einbezogen. Die folgende Übersicht zeigt die Verteilung nach Trägerschaft.



- *Allgemeine Angebote für die Bewohner/innen*

In allen 27 Einrichtungen gehören über das Leistungsangebot im Hinblick auf die pflegerische Versorgung sowie Unterkunft und Verpflegung hinaus weitere Serviceleistungen, hier als allgemeine Angebote für die Bewohner bezeichnet, zum vorgehaltenen Angebot. 26 von 27 Einrichtungen machten Angaben zur inhaltlichen Ausgestaltung ihrer allgemeinen Angebotsstruktur für die Bewohner (Mehrfachnennungen).

Innerhäusliche soziale Aktivitäten für die Bewohner gehören demnach zum Standardrepertoire der vorgehaltenen Leistungen. Hierunter zu fassen sind überwiegend traditionelle Freizeitangebote, wie z.B. Gesellschaftsspiele, Fest- und Feiergusaltung, Kegeln etc. In wenigen Fällen finden sich darüber hinaus auch Angebote, wie etwa das ‚Nachtcafé‘, die auf spezifische Bedarfslagen von Bewohnern ausgerichtet sind und das Versorgungsangebot insbesondere vor dem Hintergrund gerontopsychiatrisch veränderter Bewohner sinnvoll erweitern.

Bei ca. drei Viertel der Einrichtungen bilden auch außerhäusliche Aktivitäten einen integralen Bestandteil des allgemeinen Versorgungsangebots. Die Nennungen beziehen sich hier überwiegend auf quartiersbezogene Aktivitäten wie etwa Spaziergänge, Marktbesuche, Begleitung beim Einkaufen. In einigen Fällen werden auch Angebote wie etwa Theaterbesuche oder auch Urlaubsfahrten angeboten.

Weniger als die Hälfte der Einrichtungen bieten eigenen Angaben zufolge auch kognitives Training an, wobei vornehmlich auf Angebote zum Gedächtnistraining rekurriert wird. Demgegenüber wird Formen des motorischen Trainings ein höherer Stellenwert beigemessen: drei Viertel der Einrichtungen geben an, diesbezügliche Angebote wie etwa Gymnastik, Bewegungsübungen oder auch Physiotherapie vorzuhalten.

- *Spezielle gerontopsychiatrische Angebote*

22 von 26 Einrichtungen geben an, spezielle gerontopsychiatrische Angebote vorzuhalten. Der Schwerpunkt liegt dabei auf innerhäuslichen Aktivitäten: 17 Einrichtungen verweisen dabei auf so unterschiedliche Aktivitäten wie ‚Frühstücks- und Morgengruppen‘, Lesekreise und Zeitungsgruppen sowie Fördergruppen im hauswirtschaftlichen Bereich. In der Regel wird zwischen einzel- und gruppenbezogenen Aktivitäten unterschieden. Außerhäusliche, speziell auf die Bedürfnisse gerontopsychiatrisch veränderter Bewohner ausgerichtete Angebote spielen nach eigenen Angaben kaum eine Rolle. Lediglich zwei von 26 Einrichtungen geben an, diese vorzuhalten, wobei jedoch keine inhaltliche Spezifizierung stattfand.

Kognitives Training, überwiegend ‚Gedächtnistraining‘ als spezielles Angebot bieten weniger als ein Drittel der Einrichtungen an. Dieses, wie auch schon bei den allgemeinen Angeboten vergleichsweise geringe Angebot, erstaunt zunächst vor dem Hintergrund des im folgenden noch darzustellenden hohen Anteils von Bewohnern mit Orientierungseinschränkungen sowie der eingangs formulierten Auswahlkriterien. Es mag somit als ein erster Hinweis auf die bislang generell mangelnde Ausrichtung der stationären Einrichtungen auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Bewohnergruppe gewertet werden.

Auch besondere therapeutische Angebote, wie etwa Sprachtraining, Snoezelen, Basale Stimulation oder auch Ergotherapie haben in der Angebotsstruktur der Einrichtungen einen nur

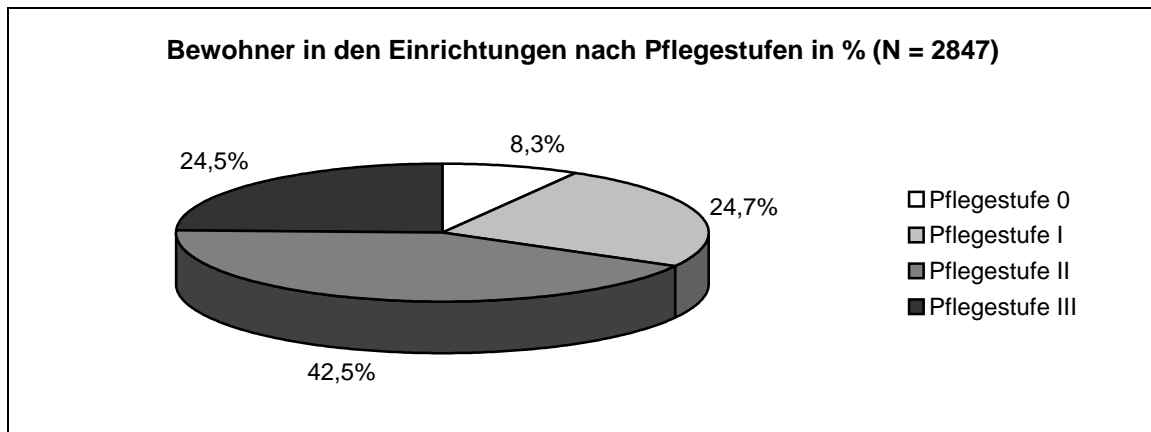
marginalen Stellenwert. Nur jede sechste Einrichtung verweist auf ein diesbezügliches Angebot.

Zwar verweisen 15 Einrichtungen auf ‚Sonstige Angebote‘, diese werden jedoch überwiegend inhaltlich nicht spezifiziert. In wenigen Fällen wird auf Angebote zur kreativen Gestaltung hingewiesen (etwa Maltherapie), die insbesondere für gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner vorgehalten werden.

- *Informationen zur Bewohnerstruktur*

Hochaltrigkeit bei Bewohnern ist das charakteristische Merkmal in vollstationären Pflegeeinrichtungen: das Durchschnittsalter in den ausgewählten Einrichtungen liegt eigenen Angaben zufolge bei 82,7 Jahren, die durchschnittliche Verweildauer bei 2,7 Jahren. Im Vergleich zur Infratest-Heimerhebung 1998 (Schneekloth & Müller 1999) liegt in der vorliegenden Erhebung das Durchschnittsalter etwas höher (Infratest: 81 Jahre), die durchschnittliche Verweildauer etwas niedriger (Infratest: 3 Jahre).

Bei 22 von 27 Einrichtungen liegen Angaben zur Pflegestufeneinteilung vor: demnach sind 8,3% der Bewohner der sog. Pflegestufe 0 zugeordnet. 24,7% der Heimbewohner sind in der Pflegestufe 1, knapp weniger als die Hälfte (42,5%) in der Pflegestufe 2 und 24,5% in der Pflegestufe 3 (vgl. nachfolgende Abb.).



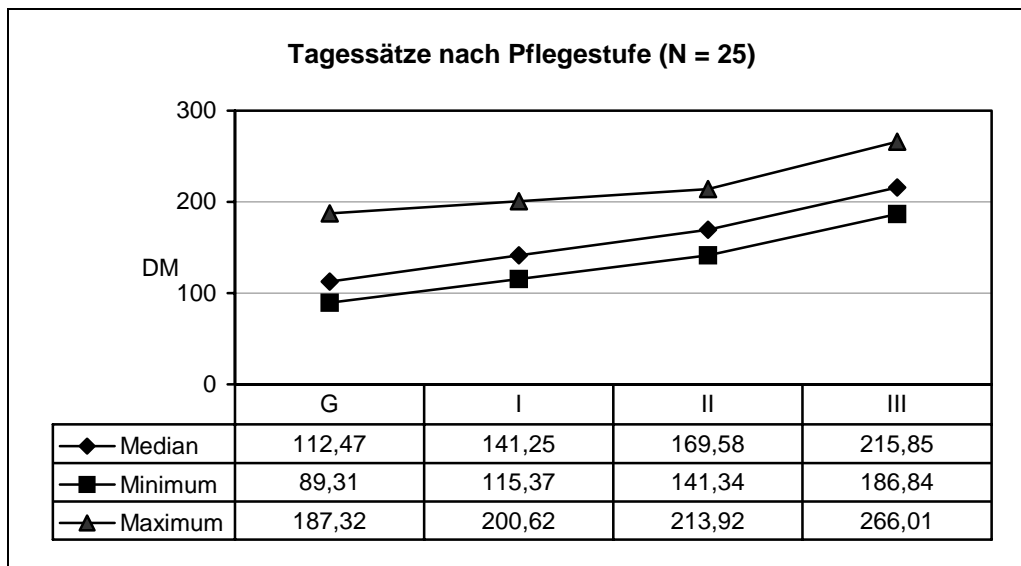
Auch diese Verteilung entspricht in etwa den Ergebnissen der Infratest-Heimerhebung von 1998¹, wobei die in die vorliegende Untersuchung einbezogenen Einrichtungen einen höheren Anteil der Pflegestufe 2 und einen etwas geringeren Anteil in der Stufe 0 aufweisen. Betrachtet man die Pflegestufenverteilung der letzten Jahre im Zeitverlauf, können diese Ab-

¹ Zum Vergleich: Stufe 0: 12%, I: 23%, II: 37%, III: 23%, Reine Wohnfälle: 5% (Schneekloth & Müller 1999, 133)

weichungen zum einen vor dem Hintergrund des aktuelleren Erhebungszeitraums als Trendfortsetzung interpretiert werden. Zum anderen sind sie in der vorliegenden Untersuchung in einem überdurchschnittlichen Anteil von Bewohnern der Pflegestufe 2 in einzelnen Einrichtungen begründet.

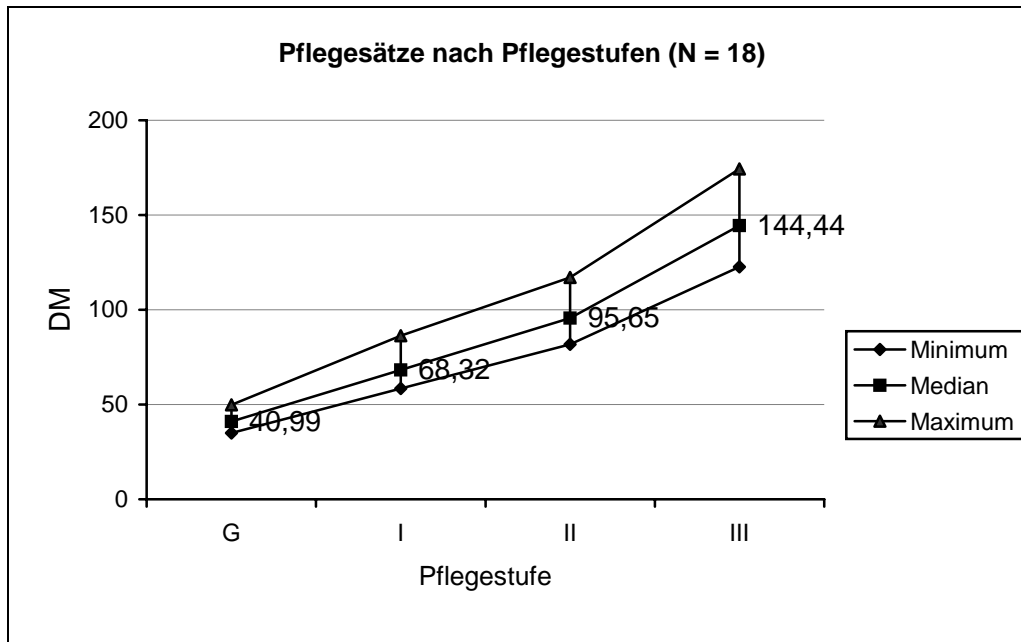
- *Tagessätze*

Die im folgenden dargestellten Angaben zu den Tagessätzen in den Einrichtungen beinhalten die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen (Pflegesätze), die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, sowie die Investitionskosten. Die Tagessätze der Einrichtungen weisen in allen Pflegestufen eine hohe Spannweite auf.



Ähnliches gilt für die isolierte Betrachtung der Pflegesätze²: auch hier sind deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen zu beobachten, wobei mit zunehmender Pflegestufe die Spannweiten größer ausfallen. In der Pflegestufe III etwa liegt diese zwischen 122,- DM und 174,- DM.

² Hierzu lagen lediglich Angaben von 18 Einrichtungen vor.



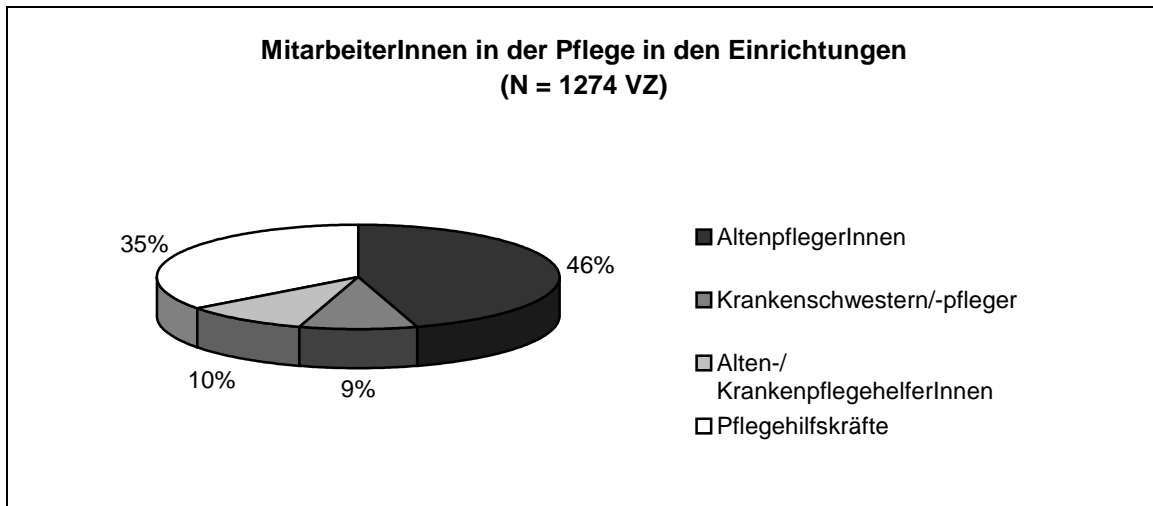
- *Zimmerangebot*

Der Anteil an Einbettzimmern wird heute übereinstimmend als wesentlicher Indikator für individuelle Gestaltungsspielräume der Bewohner in ihrer Lebensführung angesehen. Von insgesamt 26 Einrichtungen liegen Angaben zum Zimmerangebot vor. Demnach liegt der Anteil an Einzelzimmern bei 61,1%, der Anteil an Doppelzimmern bei 37,7%. Mehrbettzimmer finden sich in lediglich 2 von 26 Einrichtungen und machen damit einen geringfügigen Anteil von 1,2% aus.

Vergleicht man diese Zahlen mit jenen der Infratest-Heimerhebung, so wird deutlich, dass der Anteil an Einzelzimmern in den Einrichtungen der vorliegenden Erhebung um 10 Prozentpunkte höher liegt (Infratest: 51%, Westl. Bundesländer, vgl. Schneekloth & Müller 1999, 138).

- *Mitarbeiter und Qualifikationsstruktur*

Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung war die Frage nach der Qualifikationsstruktur in den Einrichtungen. Wie bereits ausgeführt, war eine der Voraussetzungen für die Teilnahme an der Untersuchung ein Fachkräfteanteil des Pflegepersonals von mehr als 50%. Betrachtet man die Verteilung aller Mitarbeiter im Pflegebereich (Altenpfleger, Krankenschwestern/-pfleger, Altenpflege-/Krankenpflegehelfer mit einjähriger Qualifikation, Pflegehilfskräfte) auf der Basis von insgesamt 1274 Stellen (Angaben umgerechnet auf Vollzeitstellen), so kann von einem Fachkräfteanteil von 55% ausgegangen werden. Erwartungsgemäß bilden Altenpfleger mit insgesamt 46% den größten Anteil an den Fachkräften.



- *Vollzeit /Teilzeit*

Eine Betrachtung der Anteile von Vollzeit- und Teilzeitstellen (Angaben umgerechnet auf Vollzeitstellen) nach den verschiedenen Qualifikationen der Mitarbeiter zeigt deutliche Unterschiede zwischen Fach- und Hilfskräften. Der Anteil der Vollbeschäftigten bei den Altenpflegern liegt bei 84%, bei den Hilfskräften bei 64%. Im hauswirtschaftlichen Bereich ist etwa jede zweite Kraft vollzeitbeschäftigt.

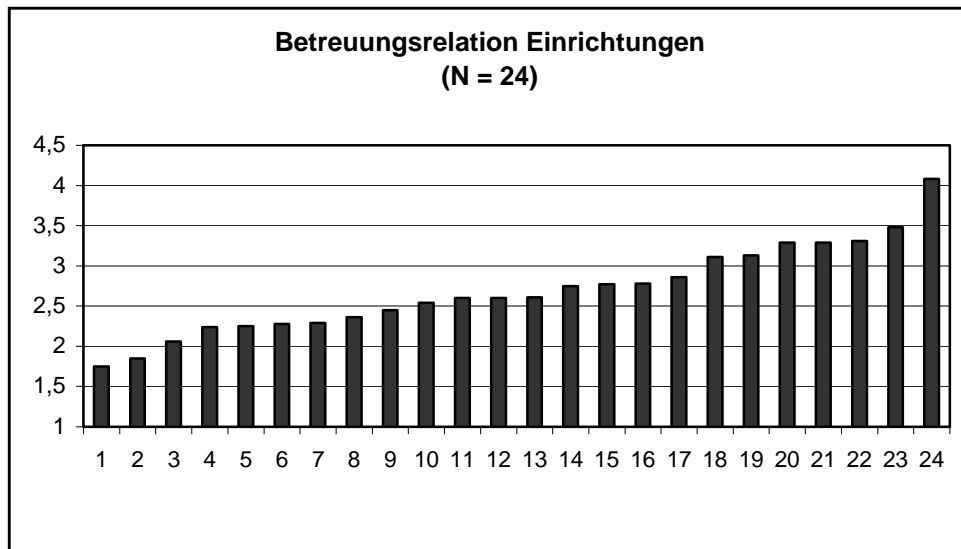
- *Betreuungsrelationen*

Als ein wichtiger Indikator für die Beurteilung der Pflege- und Betreuungsqualität ist neben der Fachkraftquote die Betreuungsrelation anzusehen. Als Referenz wird üblicherweise die ‚Zahl der Pflegebedürftigen je Betreuungskraft‘ herangezogen, wobei Betreuungskräfte die Summe aus Pflegekräften und therapeutischem Personal (ggf. inkl. Zivildienstleistenden) bilden. Auf der Basis der Angaben der Einrichtungen (n=24) ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung eine Betreuungsrelation von

- 2,7 Pflegebedürftigen (Stufe 0-III) je Betreuungskraft (umgerechnet auf Vollzeitstellen)
- 2,5 Pflegebedürftigen (Stufe 0-III) je Betreuungskraft (inkl. Zivildienstleistende)

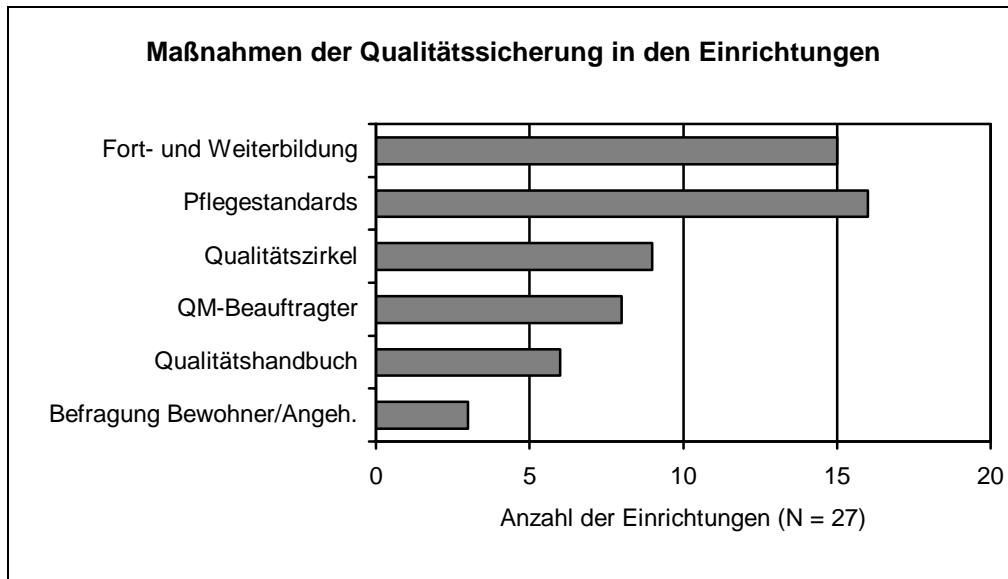
Die Relationen sind identisch mit den Ergebnissen der Infratest-Heimerhebung (vgl. Schneekloth & Müller 1999). Schneekloth und Müller weisen darauf hin, dass sich zwischen 1994 und 1998 diesbezüglich nur geringfügige Veränderungen ergeben haben. Die vorliegenden aktuelleren Ergebnisse, wenn auch auf der Basis von 26 Einrichtungen, bestätigen diesen Befund. Ungeachtet der durchschnittlichen Betreuungsrelation ist durchaus von einrich-

tungsspezifischen Unterschieden auszugehen. Folgende Abbildung illustriert diese Unterschiede.



- *Maßnahmen zur Qualitätssicherung*

Vor dem Hintergrund der Verpflichtung nach §80 SGB XI, geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen, wurde nach diesbezüglichen Aktivitäten der Einrichtungen gefragt. Der Schwerpunkt liegt den eigenen Angaben zufolge auf der Arbeit mit Pflegestandards (16 von 27 Einrichtungen) sowie Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung (15 von 27 Einrichtungen). Jede dritte Einrichtung gibt an, Qualitätszirkel eingerichtet zu haben. 8 von 26 Einrichtungen haben eigenen Angaben zufolge einen Qualitätsmanagementbeauftragten eingesetzt. Befragungen der Bewohner bzw. Angehörigen werden in 3 Einrichtungen durchgeführt.



Charakterisierung der Wohnbereiche

Neben einer allgemeinen Charakterisierung der Einrichtungen wurden auch Strukturinformationen der einbezogenen Wohnbereiche erhoben. Diese zusätzlichen Informationen waren insbesondere vor dem Hintergrund der Frage von Bedeutung, inwieweit sich mögliche Unterschiede, etwa im Hinblick auf Personalausstattung oder Qualifikationsstruktur, zu den Einrichtungen erkennen lassen. Daneben wurden auch zusätzliche Informationen insbesondere zur Pflegeorganisation in den Wohnbereichen erhoben.

Bei der Betrachtung der folgenden Strukturinformationen ist zu berücksichtigen, dass es sich bei 7 der 27 Wohnbereiche um gerontopsychiatrische Wohnbereiche handelt, bei denen z.T. von einer abweichenden Personalausstattung auszugehen ist. Dies ist insbesondere bei der Interpretation einrichtungsspezifischer Unterschiede zu berücksichtigen.

Die Anzahl der Bewohner in den Wohnbereichen liegt zwischen 19 und 50 Bewohnern³, der Mittelwert bei 27 Bewohnern je Wohnbereich.

- *Mitarbeiterstruktur*

Ein Blick auf die durchschnittliche Mitarbeiterstruktur in den Wohnbereichen zeigt zunächst keine nennenswerten Unterschiede zu den Angaben zu den Gesamteinrichtungen. Hervorhebenswert erscheint der Hinweis, dass sich unter den 137 Fachkräften lediglich 4 Pflegekräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation befinden.

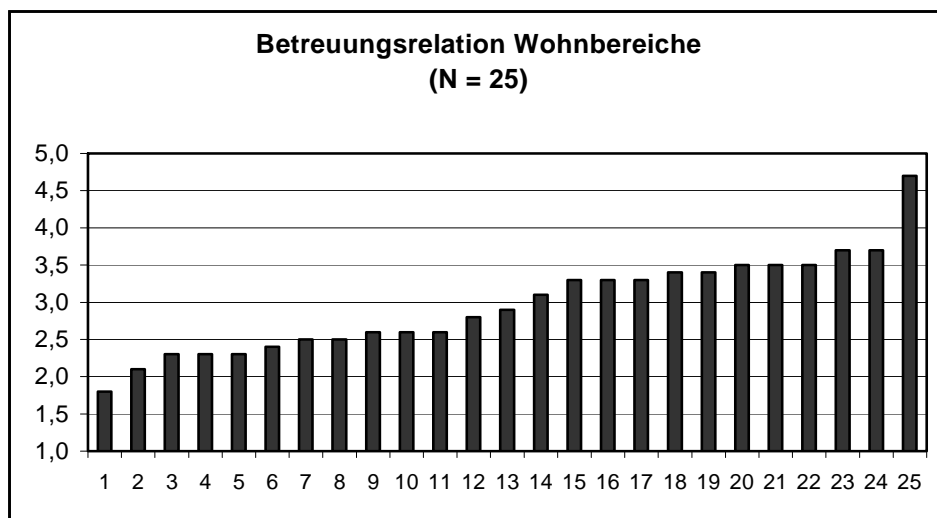
³ Bei dem Wohnbereich mit 50 Bewohnern handelt es sich zwar um zwei räumlich voneinander getrennte Bereiche, die jedoch, auch im Hinblick auf das Pflegepersonal, eine betriebsorganisatorische Einheit bilden.

Auch die durchschnittliche Fachkraftquote (nur Pflegepersonal) in den Wohnbereichen weist mit 55% keine Abweichungen zu den Gesamtangaben der Einrichtungen auf.

Eine weitere Einschätzung der personellen Ausstattung ermöglicht, wie auch im Hinblick auf die Einrichtungen, eine Betrachtung der Betreuungsrelation. Diese liegt in den Wohnbereichen bei durchschnittlich:

- 3,0 Pflegebedürftige je Betreuungskraft (ohne ZDL)
- 2,7 Pflegebedürftigen je Betreuungskraft (incl. ZDL).

Allerdings ist auch dabei, wie die folgende Abbildung zeigt, von einer großen Spannweite auszugehen, die zwischen 1:1,8 bis zu 1:4,7 Pflegebedürftigen je Betreuungskraft (ohne ZDL) liegt. Ein direkter Vergleich mit der Betreuungsrelation in den Einrichtungen erweist sich dabei insofern als unzulässig, da in den Wohnbereichen keine Berücksichtigung des therapeutischen Personals sowie der Mitarbeiter des Nachtdienstes, sondern nur des wohnbereichsbezogenen Stammpersonals stattfand.



Hinweise zur Bewertung der Fachkraftquote

Die Betrachtung der in der Regel herangezogenen Kriterien ‚Fachkraftquote‘ und ‚Betreuungsrelation‘ liefert erste, für eine eindeutigeren Einschätzung der Personalausstattung jedoch nicht ausreichende Hinweise. Eine eindeutigeren Bewertung muss daher neben den genannten Kriterien weitere Parameter einbeziehen. Zu nennen ist dabei neben dem Anteil ‚sonstiger Kräfte‘ (Zivildienstleistende, Praktikanten, Schüler, Hauswirtschaftskräfte) im Wohnbereich auch die Bewohnerstruktur (etwa Pflegestufenverteilung) als auch der Anteil der von

Orientierungseinschränkungen betroffenen Bewohner. Folgendes Beispiel mag die Notwendigkeit einer integrierten Betrachtung der verschiedenen Parameter illustrieren:

	Wohnbereich	
	A	B
Fachkraftquote	75%	56%
Betreuungsrelation (nur Pflegepersonal)	1:4,7	1:2,6
Betreuungsrelation (nur Fachkräfte)	1:6,3	1:4,6
Anteil ‚Sonstiger Kräfte‘	62%	8%
Anteil Bewohner Pflegestufe III	30%	40%
Anteil Bewohner ‚desorientiert‘	60%	57%
Tagessatz Stufe III	200,-	207,-
Durchschnittl. Tagessatz pro Bewohner	156,-	172,-

Im Vergleich der Wohnbereiche zeigt sich bei Wohnbereich A zwar eine deutlich höhere Fachkraftquote als bei Einrichtung B, jedoch eine schlechtere Betreuungsrelation, sowohl im Hinblick auf das Pflegepersonal als auch bei einer isolierten Betrachtung des Verhältnisses ‚Fachkräfte – Bewohner‘. Motiviert sind diese Unterschiede v.a. durch einen deutlich voneinander abweichenden Anteil ‚Sonstiger Kräfte‘ sowie einen erhöhten Anteil schwerstpflegebedürftiger in Einrichtung B. Der Anteil als ‚desorientiert‘ eingeschätzter Bewohner ist in beiden Einrichtungen in etwa gleich ausgeprägt.

Im Hinblick auf das zur Verfügung stehende Budget zeigt sich in Einrichtung B ein geringfügig höherer Tagessatz in der Pflegestufe III. Zur besseren Vergleichbarkeit wird zudem ein Durchschnittswert des pro Bewohner zur Verfügung stehenden Budgets abgebildet, das in Einrichtung B um 10% höher liegt als in Einrichtung A.

Das vorliegende Beispiel verdeutlicht, dass selbst bei moderat voneinander abweichenden Tagessätzen deutliche Unterschiede in der Personalausstattung zu verzeichnen sein können. Insbesondere der Anteil ‚Sonstiger Kräfte‘ verweist dabei auf unterschiedliche Modelle der Organisation von Pflege in den Einrichtungen – eine hohe Fachkraftquote kann, muss aber nicht identisch mit einer überdurchschnittlichen Betreuungsrelation ‚Fachkräfte- Bewohner‘ sein. Angesichts sich verändernder qualitativer Anforderungen im Pflege- und Betreuungsbedarf wird das Vorhandensein von Fachkräften als zentrale Voraussetzung für die Qualität pflegerischer Arbeit angesehen. Diese differiert in den vorliegenden Wohnbereichen zwischen 1:3,0 und 8,8. 12 von 25 Wohnbereichen liegen dabei über dem Gesamtdurchschnitt von 1:5,6.

Um die genannten Unterschiede auf der Basis aller einbezogenen Einrichtungen und Wohnbereiche zu illustrieren, werden in der folgenden Übersicht die 8 Wohnbereiche mit der besten Relation ‚Fachkräfte – Bewohner‘ den übrigen 17 Wohnbereichen gegenübergestellt. Deren durchschnittliche Betreuungsrelation ‚Fachkräfte – Bewohner‘ liegt bei 1:4,2. Bei einem vergleichbaren Anteil ‚Sonstiger Kräfte‘ zeigen sich in allen, im Hinblick auf eine Bewertung der Personalausstattung relevanten Parametern, deutlich bessere Werte. Eine Erklärung dafür liegt in einem deutlich höheren Anteil von Bewohnern der Pflegestufe III, was sich gleichsam in einem um knapp 16% höher liegenden durchschnittlichen Tagessatz (bezogen auf alle Bewohner) niederschlägt.

	Wohnbereiche mit der besten Relation ‚Fachkräfte-Bewohner‘ (n=8)	Sonstige Wohnbereiche (n=17)
Fachkraftquote	63%	52%
Betreuungsrelation (nur Pflegepersonal)	1:2,6	1:3,2
Betreuungsrelation (nur Fachkräfte)	1:4,2	1:6,3
Anteil ‚Sonstiger Kräfte‘	27%	24%
Anteil Bewohner Pflegestufe III	39%	21%
Anteil Bewohner ‚desorientiert‘	57%	50%
Durchschnittl. Tagessatz Stufe III	218,-	214,-
Durchschnittl. Tagessatz pro Bewohner	186,-	161,-

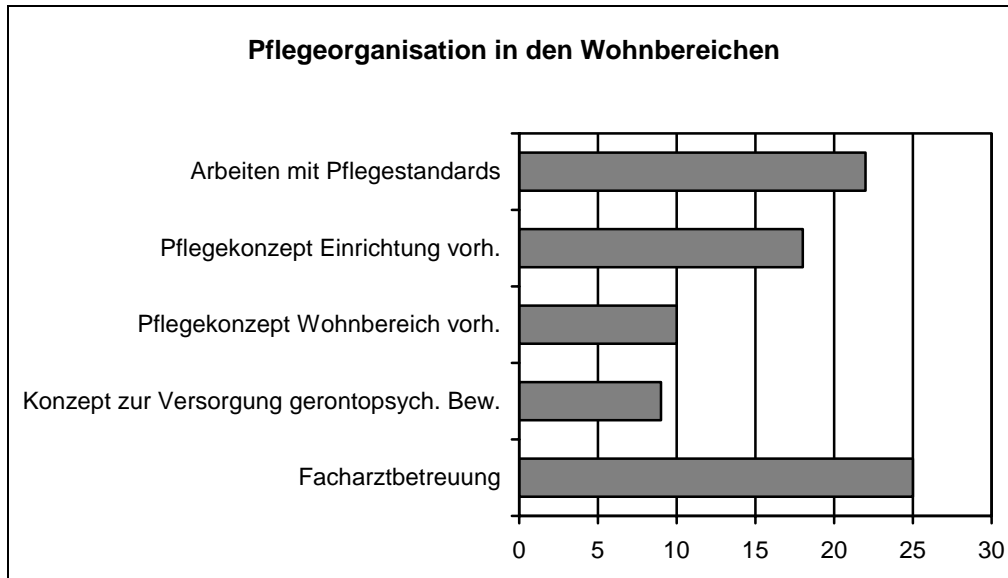
- **Pflegeorganisation**

Von allen Wohnbereichen liegen Angaben zum verwendeten Pflegedokumentationssystem vor. In den überwiegenden Fällen (19 Wohnbereiche) werden standardisierte Systeme verwendet. Jeweils 3 Einrichtungen verweisen auf ‚eigene‘ bzw. ‚sonstige‘ Systeme.

Über das Pflegesystem und die Pflegedokumentation hinaus liegen von 26 Wohnbereichen weitere Angaben zur Pflegeorganisation vor (Mehrfachnennungen). Von den insgesamt 26 Wohnbereichen arbeiten 22 Wohnbereiche mit Pflegestandards, ein wohnbereichsbezogenes Pflegekonzept liegt den Angaben zufolge in 10 Fällen vor. Ein Pflegekonzept, das auf die besonderen Bedarfslagen gerontopsychiatrischer Bewohner ausgerichtet ist, wird den Angaben zufolge von neun Wohnbereichen vorgehalten.

Eine fachärztliche Betreuung (von einem Facharzt der Psychiatrie/Neurologie) der gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern findet in 25 Wohnbereichen statt.

Gefragt wurde auch nach der Beteiligung der Ärzte an der Übernahme behandlungspflegerischer Leistungen. Den Angaben zufolge übernehmen die Ärzte in 18 Einrichtungen die Maßnahmen der Behandlungspflege teilweise. Für 7 Einrichtungen wird angegeben, dass eine diesbezügliche Beteiligung nicht stattfindet.



- *Räumliche Ausstattung*

Von 25 Wohnbereichen liegen zudem Angaben zur räumlichen Ausstattung vor. Demnach verfügen 24 Wohnbereiche über eine eigene Küche. In 22 Wohnbereichen werden wohngruppenbezogene Essensräume ebenso wie weitere Aufenthaltsräume vorgehalten. Selbstmöblierung (mindestens Teilmöblierung) ist in 23 Wohnbereichen möglich.

Fazit

Die Gesamtschau der für die Einrichtungen und Wohnbereiche vorliegenden Strukturinformationen zeigt, dass es sich um sehr heterogenes Einrichtungsspektrum handelt. Sowohl die Angaben zur Zusammensetzung der Bewohnerschaft, der Personal- und Qualifikationsstruktur als auch die Angaben zu den Heimentgelten verdeutlichen, dass die Erbringung der Pflege- und Betreuungsleistungen an z.T. sehr unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft ist.

Eine Einschätzung der strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen und Wohnbereiche muss dabei vor allen Dingen den personellen und qualifikatorischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen. Dabei wurde deutlich, dass die isolierte Betrachtung der Fachkraftquote für eine Einschätzung der Personalausstattung nicht hinreichend ist. Deutliche Unterschiede ergeben sich etwa im Hinblick auf die Betreuungsrelationen. Diese entspre-

chen zwar auf Einrichtungsebene dem Durchschnitt in den westlichen Bundesländern, eine einrichtungs- und wohnbereichsspezifische Betrachtung offenbart jedoch eine grosse Bandbreite. Eine eindeutigere Einschätzung der Personalausstattung wird erst möglich, wenn die verschiedenen Parameter ‚Fachkraftquote‘, ‚Betreuungsrelation‘, der Anteil ‚Sonstiger Kräfte‘ als auch Hinweise zur Bewohnerstruktur im Zusammenhang betrachtet werden.

Die Berücksichtigung weiterer einrichtungsspezifischer Besonderheiten weist ebenfalls darauf hin, dass insgesamt von einer sehr heterogenen Versorgungsstruktur ausgegangen werden muss. Die Orientierung an den für die Teilnahme an der Untersuchung formulierten Kriterien sollte dazu beitragen, eine Auswahl von Einrichtungen vorzunehmen, bei denen keine insuffiziente Versorgungssituation zu erwarten ist. Damit wurde das Anliegen verbunden, für die Durchführung der Untersuchung und damit für die Beantwortung der zentralen Fragestellungen geeignete Rahmenbedingungen in den Einrichtungen vorzufinden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Orientierung an den ausgewählten Kriterien noch keine Rückschlüsse auf das tatsächliche Qualitätsniveau in den Einrichtungen zulassen. Diesbezügliche Hinweise ergeben sich erst im Kontext der noch darzustellenden Analyse und Bewertung der Ergebnisse zum Leistungsgeschehen.

1. Pflegerische Problemlagen in vollstationären Einrichtungen

M. Getta / E. Schnabel

Seit einigen Jahren hat sich in den Alten- und Pflegeheimen ein deutlicher Strukturwandel vollzogen. Es werden kaum noch Plätze für „gesunde“ alte Menschen nachgefragt, sondern fast ausschließlich für hochaltrige, multimorbid körperlich oder psychisch kranke, meist dementiell erkrankte ältere Menschen. Stark verkürzt kann dieser Wandel als Entwicklung vom Wohn- und Altenheim mit Pflegestation hin zum Pflegeheim mit nur noch wenigen Altenheimplätzen beschrieben werden. Dieser Strukturwandel hat vielfältige Ursachen, „u.a. den Vorrang „ambulant vor stationär“ in der Planung und Finanzierung von Hilfen, die steigende Lebenserwartung, verbunden mit einem steigenden Risiko, an einer Demenz zu erkranken, oder die Reduzierung der Langzeitbereiche in den Landeskliniken“ (Höft & Paulus, 1996, S. 150f.). Konsens besteht dahingehend, daß die gerontopsychiatrische Versorgung in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe unzureichend ist und dringend verbessert werden muß: „Aufgrund des wachsenden Anteils schwerpflegebedürftiger und psychisch kranker Bewohner kommen auf die Einrichtungen medizinische und pflegerische Anforderungen zu, die unter den gegebenen Finanz-, Personal- und Organisationsstrukturen nur bedingt zu leisten sind“ (Zimmer, Schäufele & Weyerer, 1998, S. 239).

1.1 Problemlagen und Betreuungsanforderungen dementiell erkrankter Heimbewohner

Für die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung stellt die Demenz eine entscheidende Krankheitsgruppe dar, da diese in besonderem Maße zu einer Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen führt. Die Betroffenen sind in den fortgeschrittenen Stadien nicht mehr zur selbständigen Lebensführung in der Lage, die Abhängigkeit von den Pflege- und Betreuungspersonen nimmt mit fortschreitendem Krankheitsprozeß immer weiter zu. Die Demenz gilt als die quantitativ häufigste und folgenschwerste psychische Krankheit im Alter (Bickel, 1994, S. 640; Häfner, 1992, S. 156).

- **Epidemiologie der Demenzerkrankungen**

Die Ergebnisse der meisten epidemiologischen Feldstudien beziehen sich auf die Altersgruppe der 65jährigen und älteren Menschen⁴. Die Gesamtprävalenzrate⁵ aller mittelschwe-

⁴ Dementielle Erkrankungen bei unter 65jährigen Menschen treten selten auf. Die Gesamtprävalenzrate von Demenzen bei unter 65jährigen Menschen wird in der einschlägigen Literatur weitgehend übereinstimmend mit weniger als 0,1% bis maximal 0,2% beziffert (Bickel, 1995, S. 716f.)

⁵ Prävalenz bezeichnet die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

ren und schweren Demenzerkrankungen⁶ schwankt nach den in Deutschland und anderen Industrieländern durchgeführten Feldstudien zwischen 6,5 und 8,7% (Bickel, 1999). Dies entspricht gegenwärtig einer Gesamtzahl von 830.000 bis 1,1 Mio. Erkrankten unter den über 65-jährigen in Deutschland. Die vorliegenden Ergebnisse zur Häufigkeit leichterer dementieller Syndrome weisen dagegen eine größere Schwankungsbreite auf, was sich insbesondere durch die Schwierigkeit der diagnostischen Zuordnung erklärt. Bezieht man dennoch diese heterogene Gruppe in die Schätzung der Gesamtprävalenzrate mit ein, so liegt der Anteil aller in der Bundesrepublik von Demenzprozessen betroffenen 65jährigen und älteren Menschen in etwa zwischen 10 und 12% (Bickel, 1995, S. 717).

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Erkrankungen in Deutschland
65-69	1,2	50.000
70-74	2,8	94.000
75-79	6,0	136.000
80-84	13,3	225.000
85-89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
65 und älter	7,2	900.000

(nach Bickel 1999)

Die Prävalenzraten steigen im Altersbereich von 60 bis 90 Jahren deutlich an. Nach Bickel (1999) erhöht sich die Prävalenz von etwa 1% in der Altersgruppe der 65- 69jährigen auf in etwa 6% bei den 75-79 jährigen und auf knapp 25 % unter den 85-89jährigen. In der Altersgruppe der über 90jährigen leidet in etwa jeder Dritte an einer mittelschweren oder schweren Demenz.

Den Ergebnissen der Heimerhebung von Infratest zufolge leiden nach Angaben der Befragten ca. 50% der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen unter einer dementiellen Erkrankung oder sonstigen psychischen Störung (Schneekloth, 1999, S. 135).

In der Fachöffentlichkeit besteht Übereinstimmung dahingehend, daß in naher Zukunft dementielle Erkrankungen weiterhin der häufigste Anlaß zur langfristigen institutionellen pflegerischen Versorgung sein werden (Bergener, 1998, S. 97; Bruder, 1999a, S. 388).

⁶ Den einzelnen epidemiologischen Studien liegen unterschiedliche Definitionen einer "leichten", "mittelschweren" oder "schweren" Demenz zugrunde. Gemeinsam ist ihnen, daß bei einer "mittelschweren" oder "schweren" Demenz eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich ist, während bei einer "leichten Demenz die Bewältigung der alltäglichen Anforderung zwar erschwert ist, aber noch nicht zu einer Abhängigkeit von anderen führt (Bickel, 1995, S.717)

- **Medizinische Aspekte dementieller Erkrankungen**

Demenz als Oberbegriff umfaßt eine Reihe von Krankheitsbildern, deren Hauptmerkmal die Beeinträchtigung geistiger Fähigkeiten ist.

Üblicherweise wird zwischen den beiden ätiologischen Hauptgruppen der primären Demenzen und der sekundären Demenzen unterschieden (Grond, 1998, S. 11; Oesterreich, 1993, S. 28; Werner, 1997, S. 22).

Nach klinischen, neuropathologischen und epidemiologischen Studien macht die Demenz vom Alzheimer-Typ 50-60% aller dementiellen Erkrankungen aus. Weitere 15-20% entfallen auf die Demenz vom vaskulären Typ und auf den gemischt vaskulär-degenerativen Typ entfallen in etwa 15%. Der Anteil sekundärer Demenzformen liegt bei 5-15%. Der Anteil primär degenerativer Demenzen an den Gesamterkrankungen liegt somit bei etwa 90% (Deutscher Bundestag, 1996, S. 4).

Im Gegensatz zu den sekundären Formen der Demenzen, welche als Folgeerscheinungen anderer Grundkrankheiten kausal behandelbar oder sogar heilbar sind, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine kausale Therapie der primären degenerativen Demenzen nicht möglich (Bruder, 1998, S. 22; Deutscher Bundestag, 1996, S.4; Hirsch, 1999, S. 279).

Die klinische Symptomatik der Demenz vom Alzheimer-Typ, als der häufigsten dementiellen Erkrankung, gilt als vornehmlich geprägt durch eine Vielfalt an Symptomen vor allem im kognitiven und psychischen Bereich, aber auch im somatischen Bereich. Charakteristisch für den Krankheitsverlauf einer Demenz vom Alzheimer-Typ ist ein schleichender Beginn der Symptome und ein fortschreitender Verlauf (Bauer, 1994, S.16f.; Kurz, 1995, S.27ff.). Als Folge der Demenz kommt es zu einer zunehmenden Anpassungsstörung in sämtlichen Lebens- und Leistungsbereichen (Bruder, 1999a, S. 389).

Als besonders charakteristisch und bedeutsam für die Demenz vom Alzheimer-Typ gilt eine fortschreitende Gedächtnisstörung, welche zunächst das Kurzzeitgedächtnis und später auch das Langzeitgedächtnis betrifft (Bauer, 1994, S. 12ff.; Kurz, 1995, S. 27f. Müller, 1994, S. 29). Die Störungen des Gedächtnisses haben sowohl Auswirkungen auf die Orientierungsfähigkeit, es kommt zu einer Störung der zeitlichen und örtlichen Orientierung und im weiteren Fortschreiten der Erkrankung auch bezogen auf die Situation und die eigene Person, als auch Auswirkungen auf die Sprache und die Aktivitäten des täglichen Lebens (Müller, 1994, S.29f.).

Die Orientierungsstörungen äußern sich im stationären pflegerischen Alltag beispielsweise darin, daß die betroffenen Menschen nicht in der Lage sind, sich die Lage des eigenen Zimmers, bzw. der Toilette zu merken, häufig umherwandern und unter Umständen dadurch Konflikte mit anderen Bewohnern entstehen. Mit fortschreitender Erkrankung wird die sprachliche Kommunikation immer weniger möglich, was die Verständigung zwischen Pflegenden und Betroffenen erschwert. In den Handlungabläufen der alltäglichen Verrichtungen

zeigen sich ähnlich große Probleme. So werden beispielsweise die alltäglichen Verrichtungen der Körperpflege oder das Essen und Trinken für den betroffenen Menschen zu einer extrem komplizierten Handlung, die er nicht ohne Hilfestellung bewältigen kann.

Im Verlauf der Erkrankung treten auch ausgeprägte Symptome im psychischen Bereich (depressive Symptome, Wahn, Halluzinationen, Fehlidentifikationen, Angst, Antriebsstörungen und Aggressivität, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, Schlafstörungen) auf. Als Faktoren für die Verursachung der nicht-kognitiven Begleitsymptome spielen neben den neuropathologischen Veränderungen insbesondere auch psychische Vorgänge wie z.B. Enttäuschung oder Scham im Zusammenhang mit dem „eigenen Versagen“ eine Rolle (Ehrhardt & Plattner, 1999, S. 34ff.; Haupt, 1999, S. 159ff.).

Nicht-kognitive Begleitsymptome im Verlauf der Demenzerkrankung sind zwar für die Stellung der Diagnose von untergeordneter Bedeutung, gelten jedoch als bedeutsame Determinanten für Belastungen der Pflege- und Bezugspersonen und für eine Heimunterbringung (Ehrhardt & Plattner, 1999, S. 34; Haupt, 1999, S. 159; Stuhlmann, 1996, S. 87). Ehrhardt & Plattner (1999, S. 37) weisen darauf hin, daß insbesondere Antriebsstörungen (z.B. motorische Unruhezustände/“wandering“) eng mit einer frühzeitigen Institutionalisierung verknüpft sind und diese Verhaltensänderungen bei einer Heimunterbringung gehäuft auftreten. Auftretende Schlafstörungen sind im stationären Bereich von besonderer Bedeutung, diese haben nicht nur Auswirkungen auf den nächtlichen Hilfebedarf, sondern auch zur Folge, daß durch nächtliche Unruhe und Umherwandern unter Umständen auch der Schlaf der anderen Bewohner gestört wird.

- **Psychosoziale Aspekte dementieller Erkrankungen**

Eine Erklärung der dementiellen Symptomatik auf der Basis von Gehirnschädigungen und der damit einhergehenden Beschreibung der Demenz anhand klinischer Symptome und Verlaufsprozesse vernachlässigt die Einflußmöglichkeiten psychosozialer Bedingungen unter denen ein dementiell erkrankter Mensch lebt. Diese sehr starke Orientierung an einem biomedizinischen Erklärungsmodell, indem psychosoziale Kriterien eine untergeordnete Rolle spielen, wird dem betroffenen Menschen in seiner Gesamtpersönlichkeit nicht gerecht und führt zu einem weitgehendem therapeutischen Nihilismus (Domdey, 1996, S. 29; Gunzelmann, 1991, S. 25). Nach Werner (1997) zeigt der Stand der bisherigen Ursachenforschung “daß psychosoziale Bedingungen in theoretische Verursachungskonzepte einbezogen werden müssen, die Entwicklung einer dementiellen Erkrankung mithin als vorläufiger Endpunkt biopsychosozialer Prozesse betrachtet werden kann” (S. 141).

Die dementielle Erkrankung hat für den betroffenen älteren Menschen weitreichende Folgen, da die mit der Erkrankung einhergehenden Einbußen den Menschen in seiner Gesamtpersönlichkeit, d.h. in all seinen bio-psycho-sozialen Eigenschaften berührt und bedroht. Dieser Prozeß bedeutet für den dementiell erkrankten Menschen eine immer weiter zunehmende

Bedrohung seines Identitätsgefühls. Grond (1998) spricht in diesem Zusammenhang vom Verlust der "5-Identitätssäulen, d.h. er verliert Gesundheit, Leistungsfähigkeit, materielle Sicherheit, sein soziales Netz und Sinnorientierung" (S.20).

Aus diesen Erkenntnissen läßt sich als zentrales Ziel für die Pflege, Therapie und Begleitung dementiell erkrankter Menschen die Erhaltung einer möglichst selbständigen Lebensführung und damit verbunden die Wahrung und Sicherung der persönlichen und sozialen Identität ableiten. Pflegerische Maßnahmen sind vor diesem Hintergrund vorrangig als Hilfe zum selbständigen und selbstbestimmten Leben im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten zu begreifen. Psychosozialen Interventionsmaßnahmen kommt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Bedeutung zu.

- **Therapiemöglichkeiten**

Lange Zeit wurde mit dem Begriff der Demenz ausschließlich Irreversibilität, Chronizität und Progredienz verbunden. Mit diesen Annahmen eng verbunden dominierte ein therapeutischer Nihilismus, d.h. dementielle Erkrankungen galten als weder durch medikamentöse, noch durch psychotherapeutische Verfahren beeinflussbar. Die Spuren dieses tief verwurzelten therapeutischen Nihilismus sind bis in die heutige Zeit beobachtbar (Grond, 1998, S. 26; Müller, 1994, S. 72).

In den letzten Jahren haben die psychologische und interventionsgerontologische Forschung deutlich machen können, daß bei frühzeitiger Diagnostik einer Demenz durchaus Möglichkeiten bestehen, den Verlust kognitiver, als auch alltagspraktischer Kompetenz mittels geeigneter psychosozialer Interventionsmaßnahmen zu verlangsamen und die Lebensqualität zu stabilisieren. Darüber hinaus wurde erkannt, daß der Formulierung von Erfolgskriterien eine entscheidende Bedeutung zukommt, denn bereits kleine Verbesserungen beispielsweise der Mobilität pflegebedürftiger alter Menschen können einen höchst wünschenswerten Fortschritt bedeuten (Wahl & Tesch-Römer, 1998, S. 81).

In Veröffentlichungen aus dem Praxisbereich wird in diesem Zusammenhang betont, daß weniger ein zu forscher und falsche Hoffnungen weckender rehabilitativer Aktivismus die Entwicklung von geeigneten Maßnahmen bestimmen sollte, sondern vielmehr die Entwicklung einer veränderten menschlichen Haltung im Umgang mit der Demenz, was für die betroffenen älteren Menschen selbst, als auch für ihr gesamtes soziales Umfeld ein befriedigenderes Leben mit der dementiellen Erkrankung ermöglichen könnte. Demnach ist die Suche nach geeigneten Interventionsmaßnahmen charakterisiert als die Suche nach einem schmalen Grat verständnisvoller und behutsamer Förderung, welcher sich zwischen einer resignierenden Haltung gegenüber dem "Schicksal" der Demenz einerseits und den hochgesteckten Erwartungen an eine weitgehende Wiederherstellung verlorengegangener Kompetenzen andererseits, bewegt (Heinemann-Knoch, v. Kardorff & Klein-Lange, 1992, S.11).

1.2 Bewohnerstruktur und pflegerische Problemlagen im Überblick

In der vorliegenden Untersuchung bildet die Erfassung soziodemographischer Merkmale als auch pflegerischer Problemlagen bei insgesamt 731 Bewohnern in den Bereichen Selbständigkeit/Abhängigkeit von Hilfe bei ausgewählten Verrichtungen, körperliche und kognitive Einschränkungen, spezielle Problemlagen und ausgewählte Versorgungsbedarfe die Grundlage der folgenden Ergebnisse.

- **Allgemeine Personenmerkmale**

Wie nicht anders zu erwarten ist Hochaltrigkeit das zentrale Merkmal der Bewohner dieser Stichprobe. Annähernd zwei Drittel (67,5%) aller Bewohner sind 80 Jahre und älter. Der Anteil der Bewohner zwischen 80 und 89 Jahren liegt bei 44,9%, weitere 22,6% sind Hochbetagte über 89 Jahre. Der Anteil der Frauen ist mit 82,1% erwartungsgemäß weitaus höher als der Anteil der Männer (17,9%).

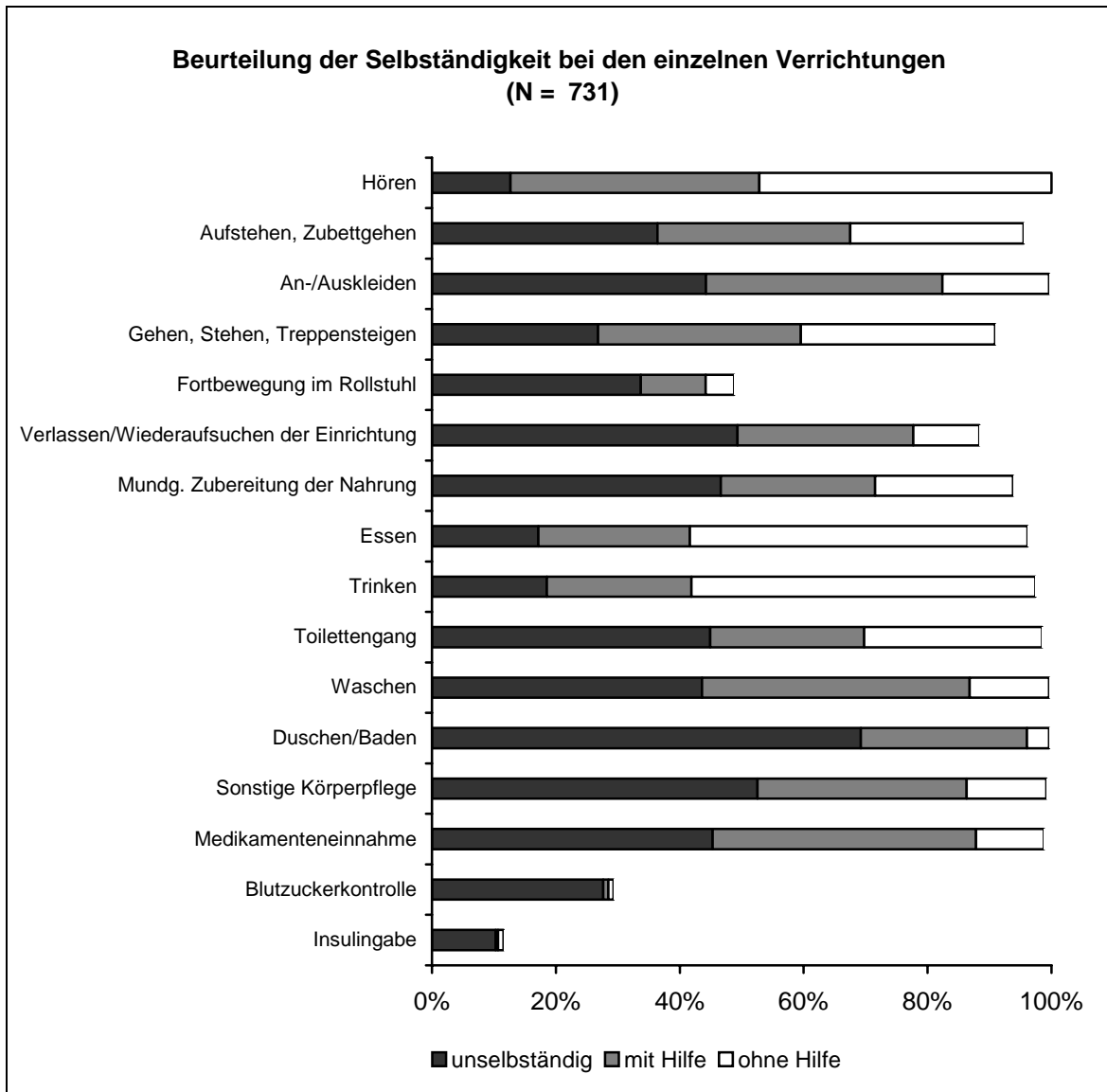
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Bewohner bis zum Erhebungszeitpunkt liegt bei 39 Monaten. Diese liegt deutlich unter der von Infratest errechneten querschnittsbezogenen Aufenthaltsdauer von 54 Monaten (vgl. Schneekloth/Müller 1999, 131).

Eine Betrachtung der Pflegestufenzuordnung zeigt folgendes Bild: Der größte Anteil der Bewohner ist der Pflegestufe 2 zugeordnet (44,5%). Die Bewohner der Pflegestufe 3 bilden die zweitgrößte Gruppe (26,6%) und 23% entfallen auf die Pflegestufe 1. Lediglich 5,9% beträgt der Anteil der Bewohner der Pflegestufe 0. Für sechs Bewohner findet die sogenannte „Härtefallregelung“ Anwendung.

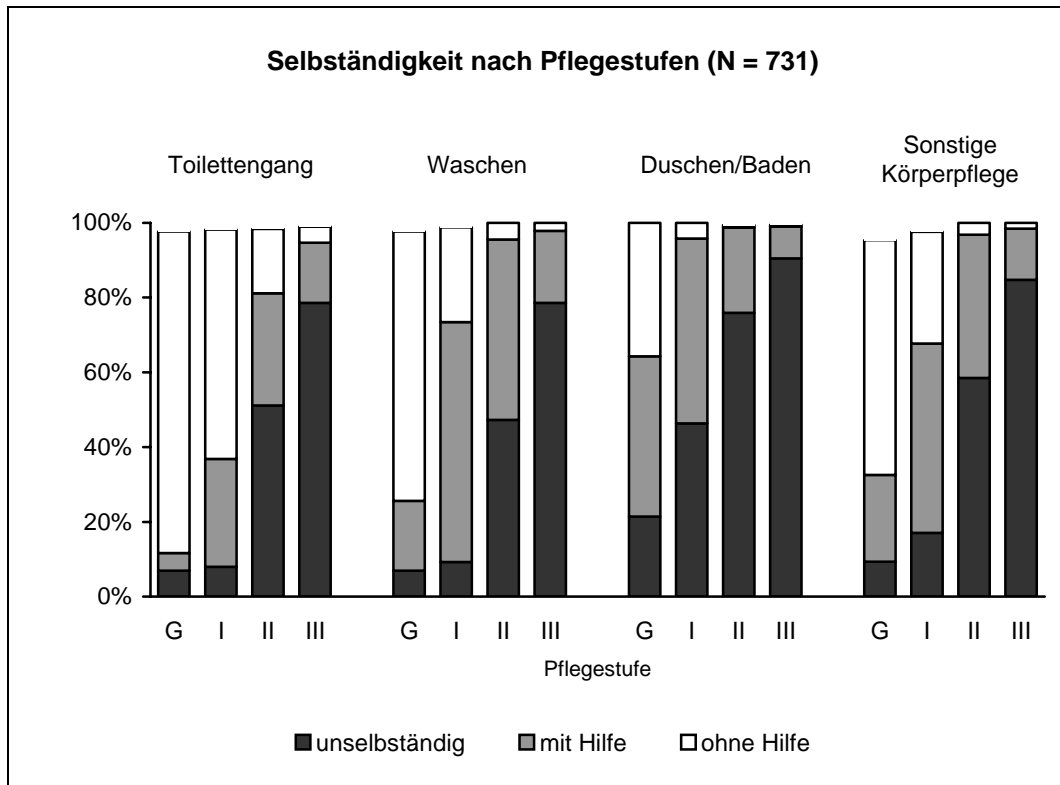
- **Selbständigkeit bei ausgewählten Verrichtungen**

Als ein wesentliches Charakteristikum der Bewohner sind die gehäuft auftretenden Einschränkungen insbesondere in den Bereichen der Körperpflege und der Mobilität festzuhalten. Im Vergleich zum Essen und Trinken ist ein weitaus größerer Teil aller Bewohner auf Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung angewiesen (vgl. nachfolgende Abbildung).⁷

⁷ Beurteilung der Selbständigkeit: "Ohne Hilfe" - Bewohner kann die Tätigkeit ohne Hilfe, ohne Beisein von anderen Personen durchführen. "Mit Hilfe" - Bewohner kann die Tätigkeit teilweise selbst durchführen, benötigt aber Hilfe. "Unselbständig" - Bewohner kann die Tätigkeit auch nicht teilweise selbst durchführen.

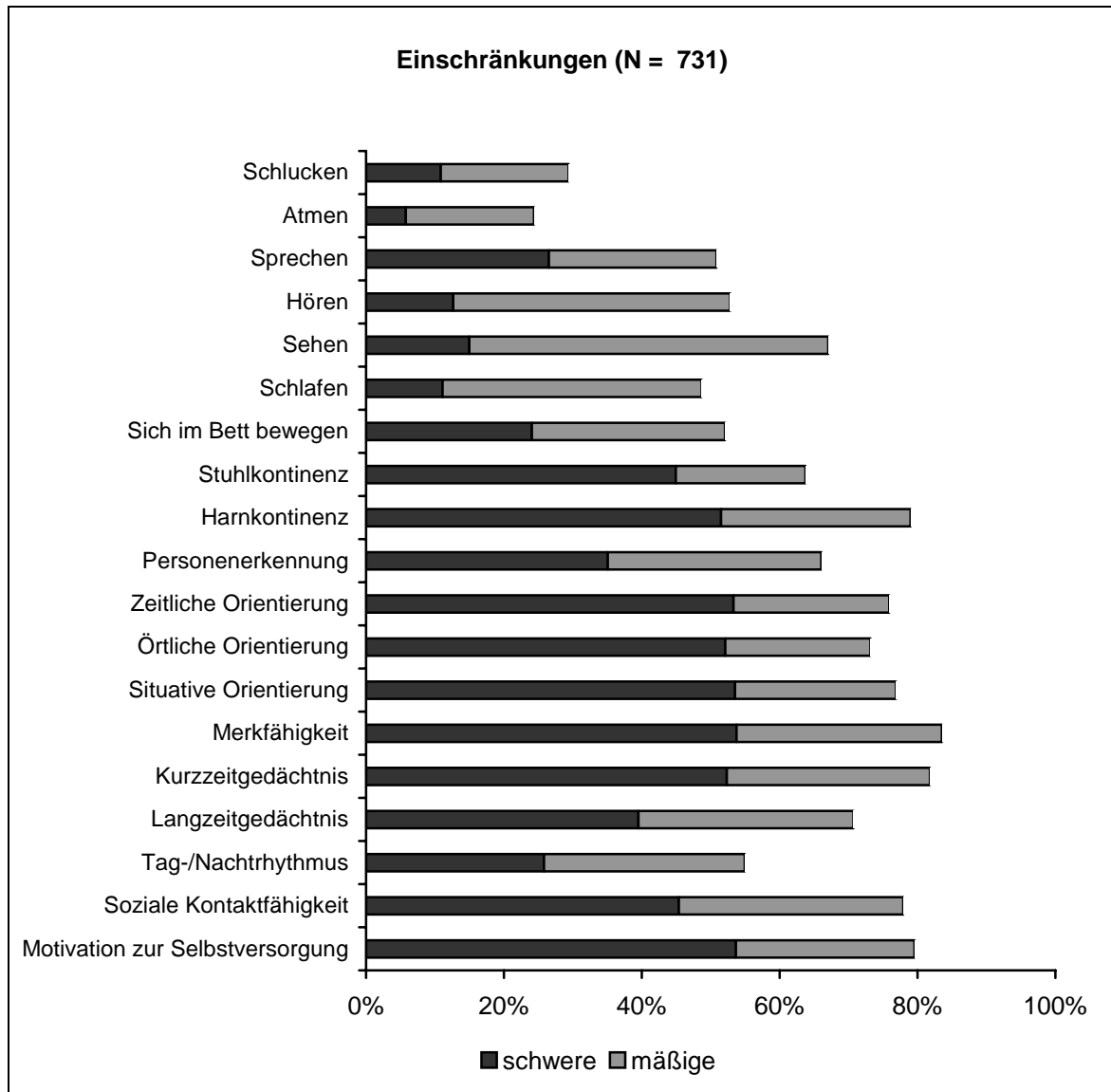


Während der Anteil der in ihrer Selbständigkeit eingeschränkten Bewohner der Pflegestufe 0 sich zunächst nur auf einige ausgewählte Verrichtungen bezieht, ist zu erkennen, daß sich mit zunehmender Pflegestufe die Einschränkungen der Selbständigkeit der Bewohner zunehmend auf weitere Verrichtungen ausweitet. Der Anteil der auf Hilfe angewiesenen Bewohner steigt zudem in allen Verrichtungen mit zunehmender Pflegestufe an. Der höchste Hilfebedarf zeigt sich in der Pflegestufe 3, hier sind fast alle Bewohner in allen Verrichtungen der Körperpflege, sowie in den meisten Verrichtungen der Mobilität regelmäßig auf Hilfe angewiesen. Kaum ein Unterschied zwischen den Pflegestufen 2 und 3 zeigt sich beim Duschen/Baden, der Sonstigen Körperpflege und beim Waschen, bezüglich dieser Verrichtungen sind bereits fast alle Bewohner der Pflegestufe 2 regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen. Zu erkennen ist zudem, daß mit zunehmender Pflegestufe die Ressourcen der Bewohner abnehmen, bereits bei den Bewohnern, die der Pflegestufe 2 zugeordnet sind, findet sich ein hoher Anteil unselbständiger Bewohner (vgl. nachfolgende Abbildung).



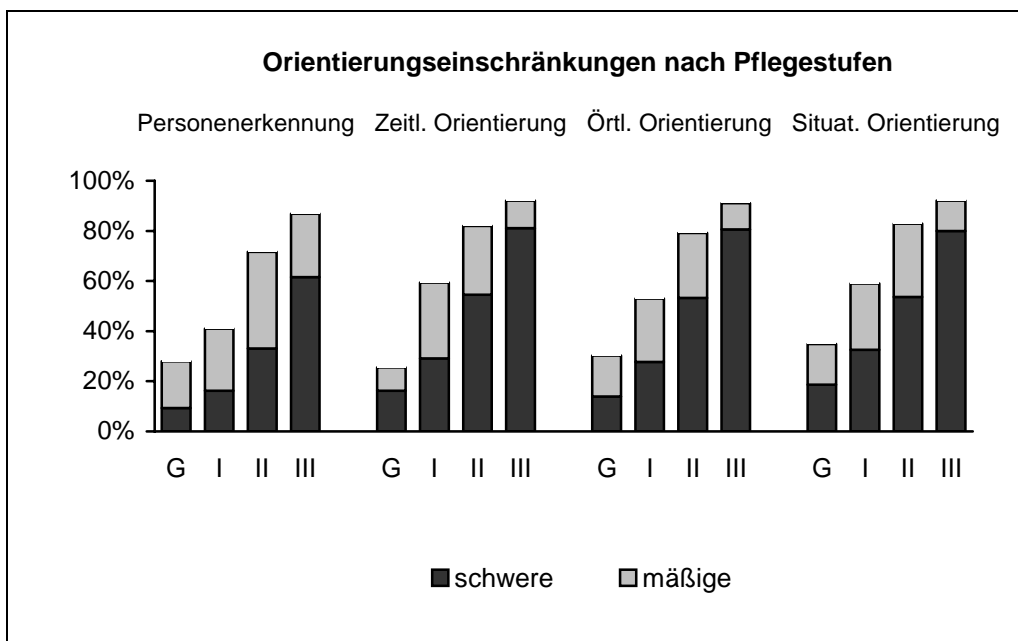
- **Körperliche und kognitive Einschränkungen**

Charakteristisch für die große Mehrheit der Bewohner sind die auftretenden Einschränkungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten, der Kontinenz, der Motivation zur Selbstversorgung und der Sozialen Kontaktfähigkeit (vgl. nachfolgende Abbildung).



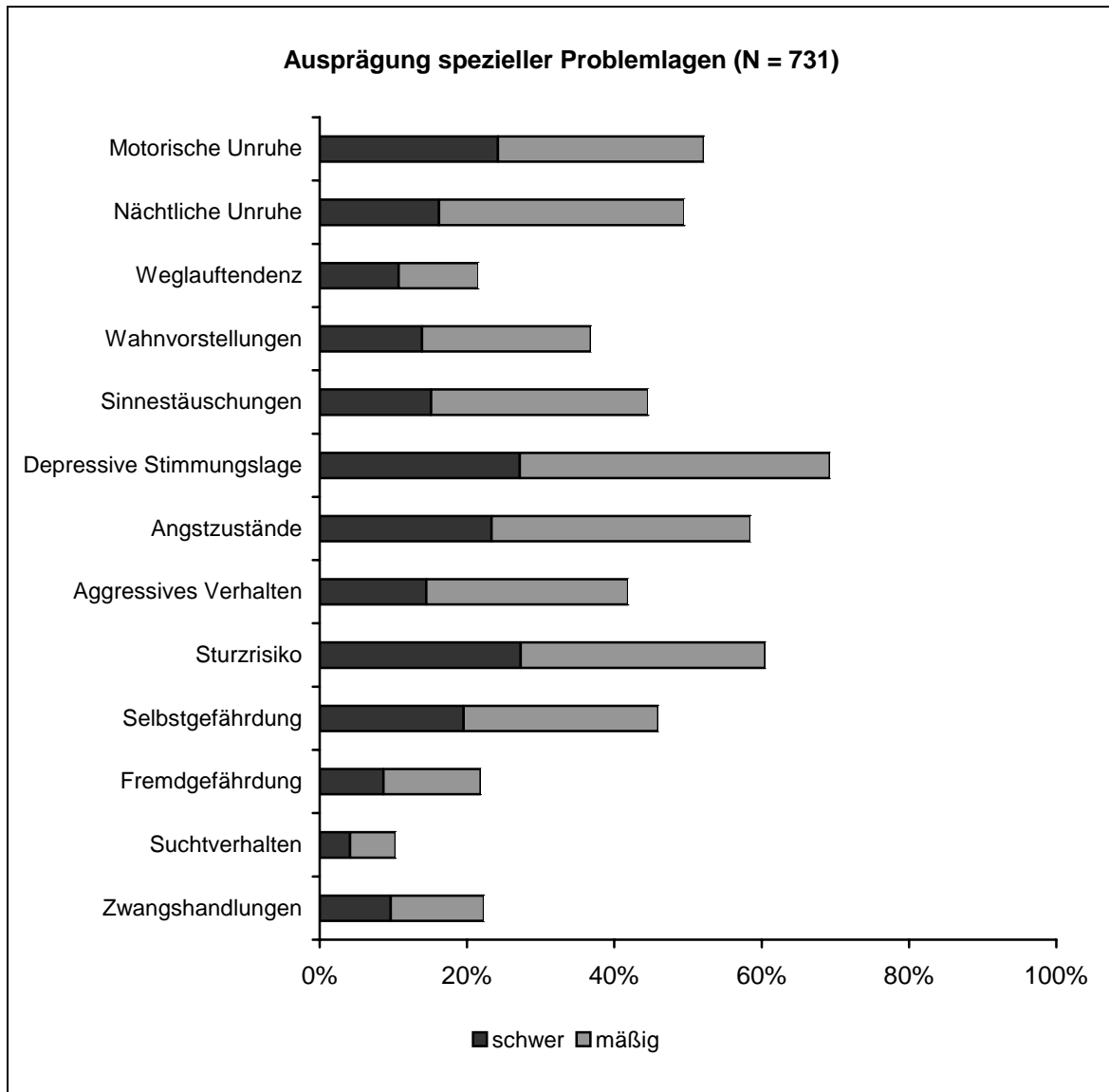
Eine Betrachtung nach Pflegestufen zeigt, daß der Anteil der Bewohner mit mäßigen oder schweren körperlichen oder kognitiven Einschränkungen zunimmt, wobei sowohl die Angaben zu den körperlichen, als auch zu den kognitiven Einschränkungen unterschiedlich stark in den Pflegestufen und nach den Pflegestufen varriieren. Für fast alle Bewohner der Pflegestufe 3 wurde beispielsweise eine mäßig oder schwer eingeschränkte Motivation zur Selbstversorgung und der Sozialen Kontaktfähigkeit angegeben. Nahezu drei Viertel der Bewohner der Pflegestufe 3 sind der vorliegenden Beurteilung gemäß von mäßig oder schwer ausgeprägten Einschränkungen des Tag-/Nachtrhythmus betroffen. Im körperlichen Bereich weisen nahezu alle Bewohner der Pflegestufe 3 mäßige oder schwere Einschränkungen der Kontinenz auf. Bezüglich der Einschränkungen in den meisten vorgenannten Fähigkeiten und Funktionen fällt auf, daß sich bei einem Vergleich zu den Bewohnern der Pflegestufe 2 nur geringe Unterschiede zeigen, hier liegt der Anteil mit jeweils ca. vier Fünftel mäßig oder schwer eingeschränkter Bewohner in den vorgenannten Verrichtungen bereits annähernd so hoch wie in der Pflegestufe 3. Insbesondere die häufig auftretenden Einschränkungen im Bereich der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung führen bekanntlich zu großen

Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, woraus nicht nur ein großer Bedarf an Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung in vielen Verrichtungen nach dem SGB XI resultiert, sondern insbesondere auch ein großer Bedarf an tagesstrukturierenden Maßnahmen, Milieugestaltung und kompetenzsichernden und –fördernden psychosozialen Interventionsmaßnahmen und speziellen psychiatrischen Pflegeinterventionen. Im Bereich der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung gilt den vorliegenden Ergebnissen zufolge bereits ca. die Hälfte der Bewohner der Pflegestufe 2 und in etwa vier Fünftel der Bewohner der Pflegestufe als schwer eingeschränkt (vgl. nachfolgende Abbildung).



- **Spezielle Problemlagen**

Neben den schon dargestellten Ergebnissen zu den kognitiven Einschränkungen unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse zu den speziellen Problemlagen die besondere Bedeutung des Hilfebedarfs aufgrund gerontopsychiatrischer Problemlagen. Faßt man die Schweregrade „mäßig“ und „schwer“ zusammen, so ist für etwas mehr als zwei Drittel der Bewohner eine depressive Stimmungslage charakteristisch. Etwas mehr als die Hälfte der Bewohner ist zudem regelmäßig von Angstzuständen, bzw. motorischen Unruhezuständen betroffen. Für knapp die Hälfte aller Bewohner werden nächtliche Unruhe, Selbstgefährdung, Sinnestäuschungen und aggressives Verhalten angegeben (vgl. nachfolgende Abbildung).



Eine Betrachtung der speziellen Problemlagen nach Pflegestufen zeigt folgendes Bild: Es fällt insbesondere auf, daß in allen Pflegestufen für einen großen Teil der Bewohner eine depressive Stimmungslage charakteristisch ist. In den Pflegestufen 1 bis 3 ist der jeweilige Anteil mit ca. zwei Drittel in etwa gleich groß. Die Problemlagen motorische Unruhe, nächtliche Unruhe und Angstzustände treten mit zunehmender Pflegestufe häufiger auf und sind in der Pflegestufe 3 am häufigsten zu finden, wobei die Unterschiede zur Pflegestufe 2 nur gering ausgeprägt sind. So wird beispielsweise für ca. die Hälfte der Bewohner der Pflegestufe 2 und 3 eine mäßig oder schwer ausgeprägte nächtliche Unruhe angegeben.

- **Spezielle Versorgungsbedarfe**

Im Vergleich zu den hohen Hilfebedarfen im Bereich der Alltagsverrichtungen und den besonderen Hilfebedarfen die sich aufgrund gerontopsychiatrischer Problemlagen ergeben, kommt den vorliegenden Ergebnissen gemäß den speziellen Versorgungsbedarfen eine ins-

gesamt eher untergeordnete Bedeutung zu. Hier zeichnet sich nur in wenigen Fällen ein hoher Versorgungsbedarf ab. Eine Ausnahme bildet allerdings der Versorgungsbedarf mit Windeln/Vorlagen, dieser trifft für ca. drei Viertel der Bewohner zu und ist in Zusammenhang mit der bei einem hohen Anteil der Bewohner anzutreffenden Kontinenzproblematik zu sehen. An nächster Stelle stehen mit einem Versorgungsbedarf bei ca. einem Viertel aller Bewohner die ‚Sonstige Wundversorgung‘ (ohne Dekubitusversorgung) und die ‚Spezielle Augen-/Ohren-/Nasenpflege.‘ Darüber hinaus ist jeder zehnte Bewohner regelmäßig auf die Versorgung mit Blasenkatheter, Stützverbänden, eine Dekubitusversorgung oder eine Sondenernährung angewiesen.

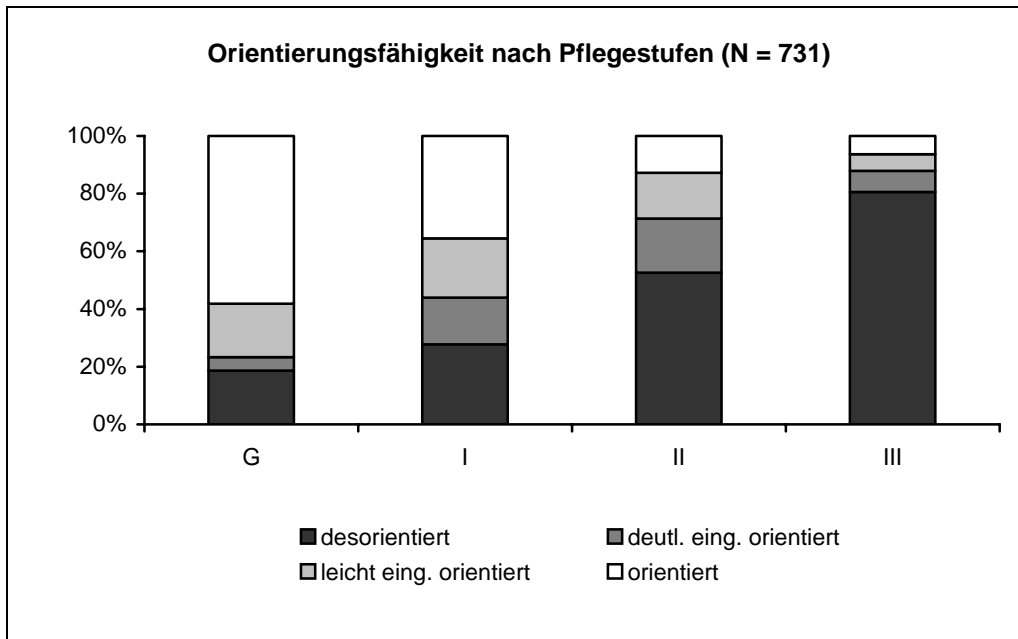
Betrachtet man die speziellen Versorgungsbedarfe nach Pflegestufen, so fällt lediglich ein mit zunehmender Pflegestufe stark zunehmender Versorgungsbedarf mit Windeln/Vorlagen auf. Bereits bei etwas mehr als der Hälfte aller Bewohner der Pflegestufe 1 zeichnet sich diesbezüglich ein Bedarf ab. In der Pflegestufe 2 sind vier Fünftel der Bewohner und in der Pflegestufe 3 sind fast alle Bewohner auf die Versorgung mit Windeln/Vorlagen angewiesen.

1.3 Pflegerische Problemlagen im Kontext charakteristischer Bewohnergruppen

Wie bereits dargestellt, lassen sich als charakteristische Merkmale für die Mehrheit der Bewohner Einschränkungen im Bereich der Mobilität und der Alltagsverrichtungen identifizieren. Als ein zweites wesentliches Profilvermerkmal lassen sich die gehäuft auftretenden Einschränkungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten/Orientierungsfähigkeiten festhalten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden zur weiteren Differenzierung von Bewohnergruppen im wesentlichen zwei Merkmale herangezogen: der Grad der Einschränkungen im Bereich der Orientierungsfähigkeiten und der Grad der Einschränkungen im Bereich der Mobilität.

- **Bewohner mit Einschränkungen im Bereich der Orientierung („Desorientierung“)**

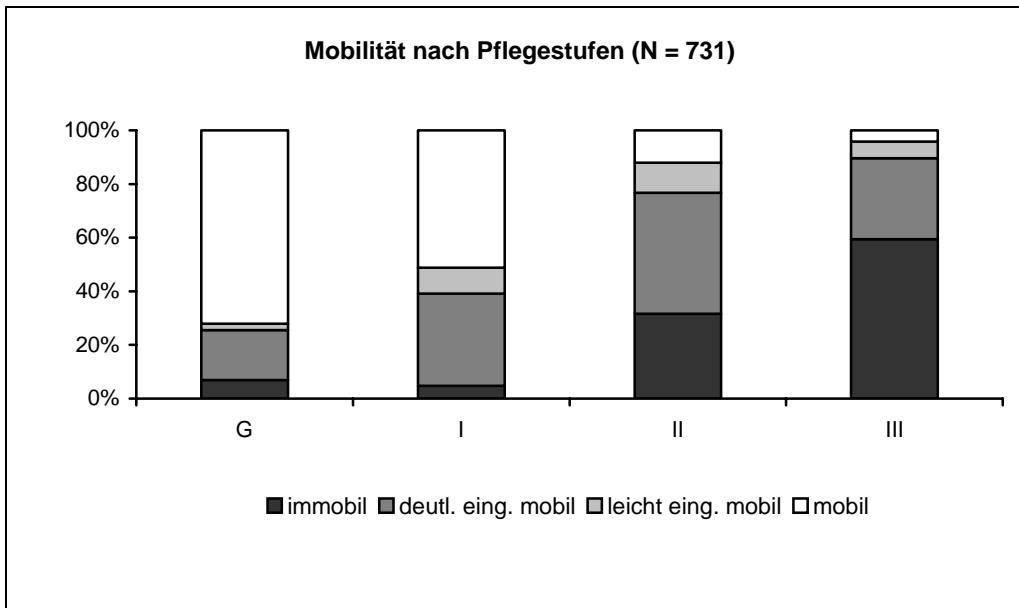
Auf der Grundlage der vorliegenden Angaben kann ca. die Hälfte der erfaßten Bewohner (52%) als ‚desorientiert‘ charakterisiert werden. Jeweils 1/6 der Bewohner werden als ‚leicht eingeschränkt bzw. ‚deutlich eingeschränkt‘ eingestuft und nur jeder fünfte Bewohner ist der vorliegenden Beurteilung gemäß ‚unbeeinträchtigt‘. Mit zunehmender Pflegestufe steigt der Anteil der als ‚desorientiert‘ charakterisierten Bewohner stark an: In der Pflegestufe 3 sind dies 80% der Bewohner (vgl. nachfolgende Abbildung).



Charakteristisch für die Gruppe der von Einschränkungen der Orientierung Betroffenen sind insbesondere gehäuft auftretende Problemlagen wie beispielsweise motorische Unruhe, nächtliche Unruhe, depressive Stimmungslagen oder Angstzustände. Bei nahezu vier Fünftel der als ‚desorientiert‘ charakterisierten Bewohner liegt mindestens eine schwer ausgeprägte Problemlage vor. Im Versorgungsalltag stellen diese bei ‚desorientierten‘ Bewohnern gehäuft auftretenden Problemlagen die Pflegekräfte vor besonders große Probleme, viele der Bewohner benötigen aufgrund dieser Problemlagen eine Beaufsichtigung „rund-um-die Uhr“.

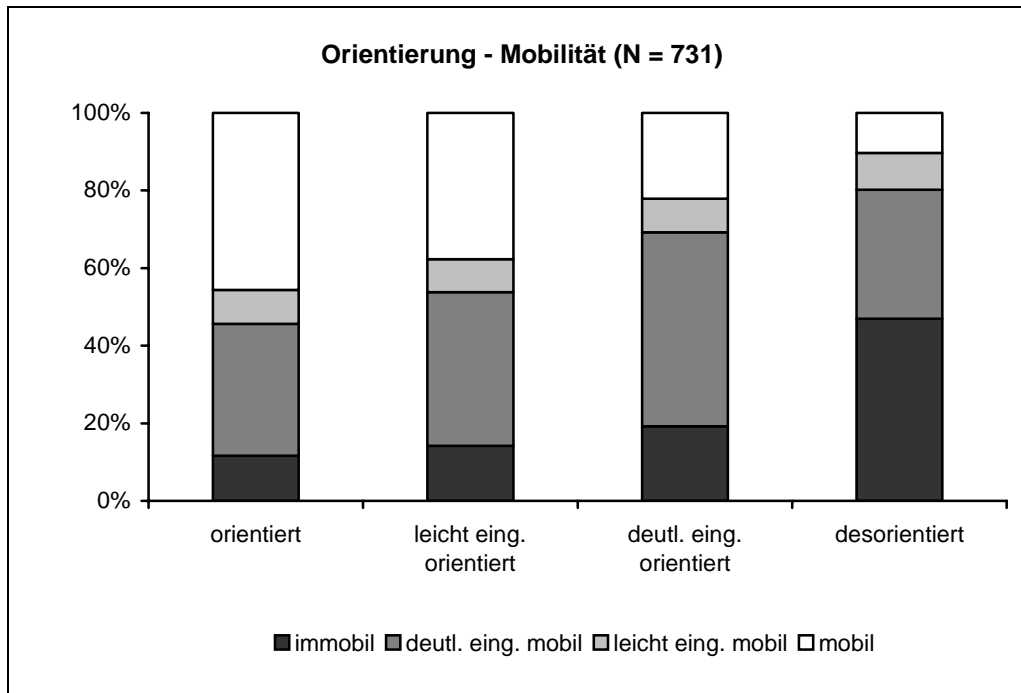
- **Bewohner mit Einschränkungen im Bereich der Mobilität („Immobilität“)**

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum für die Betrachtung des Hilfe- und Betreuungsaufwandes der Heimbewohner stellen die Einschränkungen der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität dar. Der Aspekt der Mobilität ist als ein Grundpfeiler von Handlungskompetenz und somit von Selbständigkeit im Alter zu betrachten (Skiba, 1998, S. 152). Bekanntlich hat die Fähigkeit, sich selbständig zu bewegen und fortzubewegen einen maßgeblichen Einfluß auf weitere Aktivitäten des täglichen Lebens (Köther & Gnam, 2000, S. 256ff.). Den vorliegenden Ergebnissen zufolge sind 31,6% aller Bewohner als ‚immobil‘ zu charakterisieren und knapp 46% als ‚leicht eingeschränkt‘ bzw. ‚eingeschränkt mobil‘. Lediglich jeder 5. Bewohner ist, zumindest bezogen auf die Mobilität innerhalb der Einrichtung, ‚unbeeinträchtigt‘ und benötigt diesbezüglich keinerlei Hilfe. Bezieht man das Kriterium ‚Verlassen und Wiederaufsuchen der Einrichtung‘ mit ein, kann nur noch knapp jeder 10. Bewohner als ‚mobil‘ eingeschätzt werden. Mit zunehmender Pflegestufe ist eine deutliche Verringerung des Anteils mobiler Bewohner zu beobachten (vgl. nachfolgende Abbildung).



Orientierung – Mobilität

Betrachtet man die nach dem Grad ihrer Orientierungsfähigkeit charakterisierten Bewohnergruppen zusätzlich nach dem Grad ihrer Selbständigkeit im Bereich der Mobilität, so fällt auf, daß in der Gruppe der ‚desorientierten Bewohner‘ nur noch ein sehr geringer Anteil ohne Einschränkungen im Bereich der Mobilität zu finden ist (vgl. nachfolgende Abbildung). Da bei der Beurteilung der Selbständigkeit auch Einschränkungen infolge psychischer Störungen mit berücksichtigt worden sind, verweisen diese Zahlen insbesondere bei der Gruppe der ‚desorientierten und eingeschränkt mobilen Bewohner‘ auf einen hohen Hilfebedarf im Rahmen von Anleitung und Beaufsichtigung. Diese Bewohner sind zwar, wenn auch eingeschränkt, möglicherweise körperlich in der Lage sich fortzubewegen, benötigen aber für eine zielgerichtete Fortbewegung außerhalb des eigenen Zimmers zumindest der Anleitung und/oder der Beaufsichtigung. Berücksichtigt man auch hier zusätzlich das Kriterium ‚Verlassen und Wiederaufsuchen der Einrichtung‘, so findet sich unter den als ‚eingeschränkt orientiert‘ und ‚desorientiert‘ charakterisierten Bewohnern kaum noch jemand ohne Beeinträchtigung.



- **Unterschiede in der Selbständigkeit/Abhängigkeit von Hilfe charakteristischer Bewohnergruppen**

Die vorliegenden Ergebnisse geben Hinweise darauf, daß für die Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen neben dem Grad der Mobilität insbesondere auch dem Grad der Orientierungsfähigkeiten entscheidende Bedeutung zukommt. Bei den Verrichtungen ‚Essen und Trinken‘ als auch bei den Verrichtungen der Körperpflege fällt auf, daß für die Gruppe der in dieser Untersuchung als ‚desorientiert und eingeschränkt mobil‘ charakterisierten Bewohner deutlich häufiger ein regelmäßiger Hilfebedarf angegeben wurde, als bei der Gruppe der als ‚orientiert und eingeschränkt mobil‘ charakterisierten Gruppe.

1.4 Fazit

Die vorstehenden Darstellungen zu den pflegerischen Problemlagen illustrieren den vielzitierten Strukturwandel in vollstationären Pflegeeinrichtungen: Altenpflegeheime sind v.a Lebensorte für ältere und hochaltrige Menschen, überwiegend Frauen, die von einer Vielzahl von Einschränkungen in allen Lebensbereichen betroffen sind. Bereits im Bereich der Alltagsverrichtungen wird deutlich, daß diese nur von einem geringen Teil der Bewohner selbstständig und ohne Hilfe bzw. Unterstützung bewältigt werden können.

Dies gilt insbesondere für die Bewohner der Pflegestufen II und III, die mittlerweile und mit zunehmender Tendenz den größten Anteil an der Bewohnerschaft in den Einrichtungen darstellen. Erschwerend kommen die für den überwiegenden Teil der Bewohner deutlich wer-

dende Einschränkungen der Orientierungsfähigkeit hinzu, die in ihrem Ausmaß als ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für den Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen angesehen werden können.

Die Vielschichtigkeit und das Ausmaß der vorzufindenden Problemlagen illustrieren zudem die hohen Anforderungen und das damit zusammenhängende Belastungspotential, mit denen Mitarbeiter in der stationären Pflege konfrontiert sind. Dabei stellt vor allem die Verknüpfung somatischer und psychischer Hilfebedarfe besondere Anforderungen an die Fachlichkeit des beschäftigten Personals. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zumindest des Erhalts von Fähigkeiten, der Förderung und des Anspruchs an Selbstbestimmung der Bewohner von besonderer Bedeutung. Eine individuelle Orientierung an den dem Bewohner verbleibenden Möglichkeiten und Ressourcen ist dabei an bestimmte und im folgenden noch zu präzisierende fachliche Anforderungen gebunden.

Zunächst soll der Blick jedoch auf das Leistungsgeschehen gerichtet werden und damit auf die Frage, wie den dargestellten Problemlagen im pflegerischen Alltag begegnet wird.

2. Versorgungsumfang und Struktur des Leistungsgeschehens

K. Wingenfeld

Eine wesentliche Zielsetzung des Projektes bestand darin, Umfang und Struktur der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen transparent zu machen. Im Folgenden werden die entsprechenden Daten bzw. Untersuchungsergebnisse zusammenfassend vorgestellt. Sie beruhen auf der Auswertung von Daten über insgesamt 719 Bewohner¹. Die Daten umfassen über 300.000 unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen und mehr als 4.000 Datensätze, die sonstige Leistungen abbilden und jeweils den Arbeitstag eines einzelnen Mitarbeiters der Wohnbereiche repräsentieren.

2.1 Umfang und Merkmale unmittelbar bewohnerbezogener Leistungen

Die wichtigsten Größen zur Beschreibung des Leistungsvolumens sind der durchschnittliche Zeitaufwand und die durchschnittliche Anzahl der Maßnahmen je Bewohner und Tag. Diese Größen wurden im Falle der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zunächst für jeden Bewohner individuell berechnet, also standardisiert und damit vergleichbar gemacht. Die im Folgenden präsentierten Zahlen sind auf der Grundlage dieser standardisierten Werte ermittelt worden. Für das Verständnis der Zeitwerte ist es außerdem wichtig zu wissen, dass sie den *Leistungsaufwand* und damit letztlich die eingesetzten personellen Ressourcen beschreiben, *nicht den Zeitumfang der Maßnahmen*. Beides kann, muss aber nicht identisch sein. Wird beispielsweise ein Bewohner von *zwei* Pflegekräften fünf Minuten lang versorgt, so beläuft sich der Zeitumfang der Maßnahme auf eben diese fünf Minuten. Aus der Perspektive der Einrichtung hingegen sind Leistungen im Umfang von zehn Minuten erbracht worden. Ähnlich ist zu unterscheiden, wenn mehrere Bewohner gleichzeitig von einer Pflegekraft versorgt werden. Typisch hierfür sind gemeinsame Mahlzeiten oder Gruppenangebote.

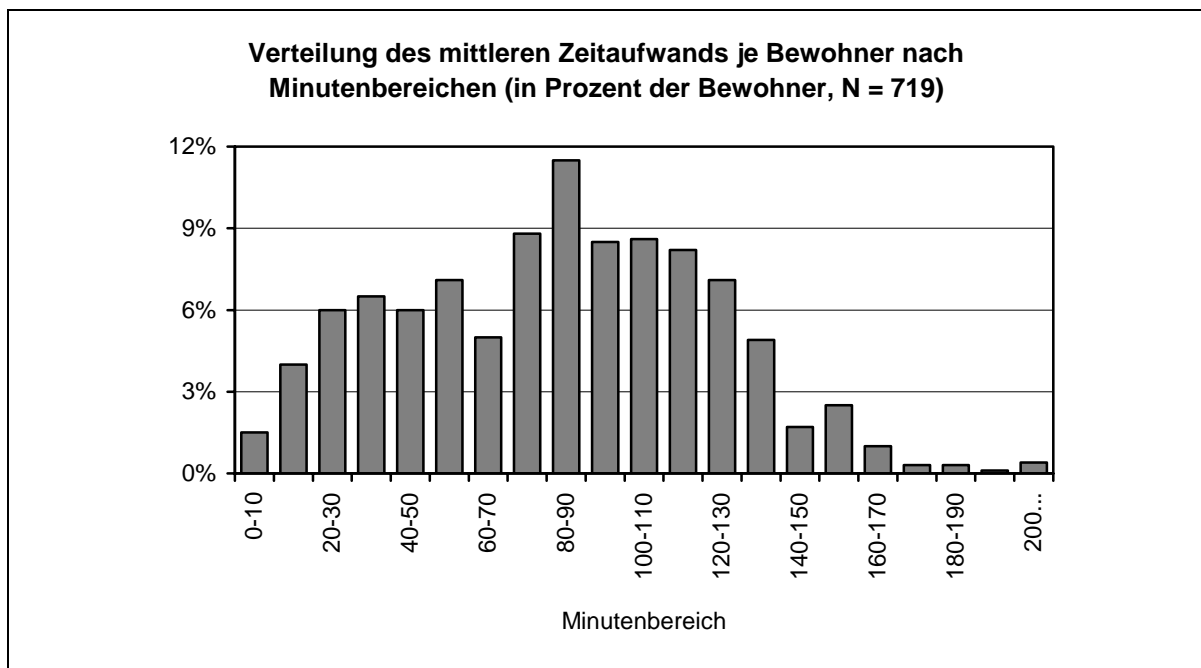
Der Leistungsaufwand für unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen beläuft sich nach den vorliegenden Daten auf annähernd 83 Minuten je Bewohner und Tag. Der entsprechende Mittelwert für die Anzahl der Maßnahmen liegt bei 22. Rein rechnerisch ergibt sich damit ein Zeitaufwand von im Schnitt knapp vier Minuten je Maßnahme.

Mittleres Leistungsvolumen je Bewohner und Tag	
Zeit in Minuten:	82,7
Maßnahmen:	21,9

¹ Die Differenz zur Summe der mit der Erhebung *insgesamt* erfassten Bewohner (731) erklärt sich daraus, dass die Anzahl der Tage, an denen Leistungen dokumentiert wurden bzw. die nach der Prüfung der Datenqualität berücksichtigt werden konnten, bei 12 Pflegebedürftigen zu niedrig lag, um aussagekräftige Werte zu ermitteln.

In diesen Zahlen drückt sich - mit nur wenigen, für das Gesamtergebnis relativ unbedeutenden Ausnahmen² - die Gesamtheit der Leistungen aus, die in unmittelbarem Kontakt zum Bewohner erbracht wurden. Es sind Versorgungsbeiträge verschiedenster Mitarbeitergruppen und Stellen innerhalb der Einrichtung vertreten. Leistungen, die nicht von Mitarbeitern der Einrichtungen erbracht wurden, blieben außer Betracht.

Die individuellen Zeitwerte der Bewohner weisen erwartungsgemäß eine erhebliche Spannweite auf. Sie reicht von vier Minuten bis mehr als vier Stunden pro Tag. Das folgende Diagramm verdeutlicht, wie der mittlere Zeitaufwand je Bewohner innerhalb der Studienpopulation streut. Auf der horizontalen Achse sind die Minutenbereiche aufgetragen, die der ausgewiesene Prozentanteil der 719 berücksichtigten Bewohnern aufweist (Beispiel: Bei etwas weniger als 12% der Bewohner beträgt der durchschnittliche Zeitaufwand zwischen 80 und 90 Minuten).



Da die Bewohnerstruktur in den einbezogenen Einrichtungen zum Teil recht unterschiedlich ausgeprägt ist, war zu erwarten, dass der durchschnittliche Zeitaufwand auch je nach Wohnbereich erheblich voneinander abweicht. Im Gesamtbild fallen diese Unterschiede jedoch vergleichsweise moderat aus: Die Werte bewegen sich in 19 der 27 erfassten Wohnbereiche

² Aus methodischen Gründen wurde darauf verzichtet, geringfügigen Zeitaufwand für das Reichen von Getränken bzw. andere Formen der Hilfe zur Flüssigkeitsaufnahme zu berücksichtigen. Ein Minutenwert für diese Maßnahmen lässt sich, da nur ihre Häufigkeit dokumentiert wurde, lediglich auf der Basis von Annahmen berechnen. Unterstellt man z.B., dass je Maßnahme ein Aufwand von etwa einer halben Minute zu veranschlagen ist, so ergibt sich ein Mittelwert von 2,3 Minuten je Bewohner und Tag. Das mittlere Leistungsvolumen insgesamt würde sich damit auf 85 Minuten je Bewohner und Tag erhöhen. Alle anderen nicht berücksichtigten Maßnahmen würden bei den oben angestellten Berechnungen erst ab der zweiten oder dritten Stelle hinter dem Komma ins Gewicht fallen.

innerhalb einer Spanne von 60 bis 90 Minuten. Die auffällig hohen (oder niedrigen) Werte einzelner Wohnbereiche hängen ganz offensichtlich mit der Ausprägung der Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Bewohner zusammen. So weist die Einrichtung mit dem höchsten Durchschnittswert auch den höchsten Anteil an Bewohnern mit der Pflegestufe III auf. Umgekehrt weist der Wohnbereich mit dem niedrigsten Durchschnittswert, im Unterschied zu allen anderen, kaum Bewohner mit der Pflegestufe II oder III auf.

Die mit der Erhebung erfassten Leistungen wurden von vornherein so definiert, dass auf der Basis des Datenmaterials Größenordnungen des Zeitaufwandes in den sozialrechtlich unterschiedenen Bereichen der "Grund- und Behandlungspflege" sowie im Bereich von Leistungen ermittelt werden können, die nicht auf körperliche Verrichtungen oder Funktionen bezogen sind. Wir unterscheiden bei den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen folgende Maßnahmebereiche³:

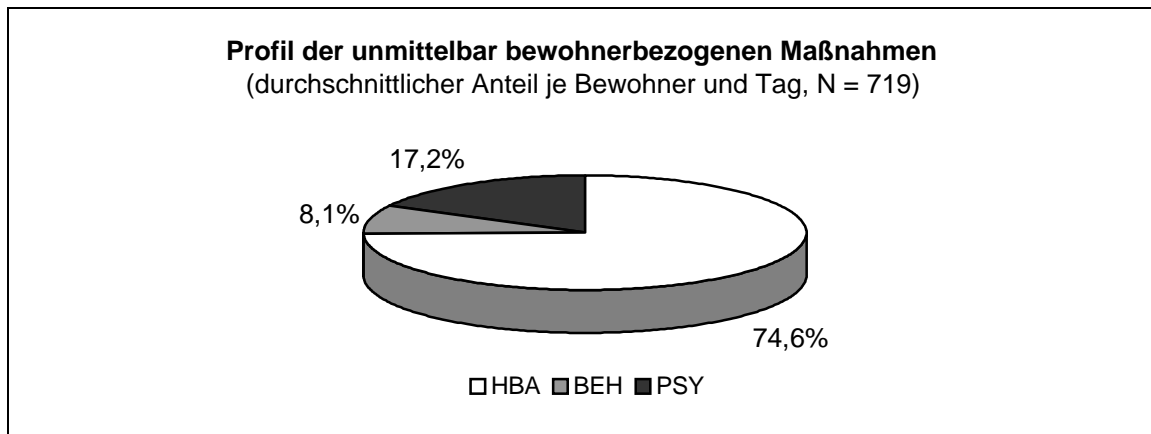
- *Hilfen bei Alltagsverrichtungen* (HBA): Diese Maßnahmen umfassen Hilfen bei den "gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens", wie sie in §14 Abs. 4 SGB XI näher bezeichnet sind (mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Versorgung).
- *Behandlungspflege* (BEH): Die Definition dieses Leistungsbereiches orientiert sich ebenfalls an sozialrechtlichen Kriterien.
- *Psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen* (PSY): Hiermit sind Leistungen angesprochen, die nicht den Charakter einer Hilfestellung bei Alltagsverrichtungen bzw. einer auf körperliche Funktionen abzielenden Pflegebehandlung haben. Sie richten sich vielmehr auf psychische und soziale Bedürfnisse bzw. Problemlagen der Bewohner.

Diese Unterscheidung, die sich aus den Fragestellungen des Projektes wie auch aus erhebungstechnisch bedingten Notwendigkeiten herleitete, bleibt aus pflegewissenschaftlicher Perspektive etwas unbefriedigend. Sie orientiert sich an äußerlichen, formalen Leistungsmerkmalen, nicht an Inhalten, qualitativen Merkmalen und Zielsetzungen von Maßnahmen, und führt daher zu einigen Begrenzungen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der psychiatrischen Pflege. So können beispielsweise Maßnahmen, die hier als Hilfen bei Alltagsverrichtung bezeichnet werden, den Charakter einer psychiatrischen Pflegeintervention tragen, wenn sie nicht nur oder nicht in erster Linie auf die Sicherstellung der betreffenden Verrichtungen, sondern auf die Beeinflussung psychischer Problemlagen abzielen und möglicherweise sogar nur Mittel zu diesem Zweck sind. Auch innerhalb des als "psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" bezeichneten Bereichs fällt die Abgrenzung schwer. Hier sind Maßnahmen angesprochen, die von sehr unterschiedlicher Ausrichtung sein und von Mitarbeitern unterschiedlichster Qualifikation durchgeführt werden können. Schließlich ist auch der Bereich der Behandlungspflege betroffen: Leistungen, die im Rahmen einer fachärztlichen, psychiatrischen Behandlung erbracht werden (vgl. Böker-

³ Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel "Untersuchungsdesign". Welche Leistungen in den einzelnen Maßnahmebereichen berücksichtigt sind, ist im Anhang näher ausgewiesen.

Scharnhölz et al. 2000), lassen sich kaum abgrenzen⁴. Solche und ähnliche Begrenzungen der Differenzierung sind allerdings im Rahmen quantitativ ausgerichteter Erhebungsverfahren generell unvermeidlich.

Schlüsselt man die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen nach den drei genannten Bereichen auf, so ergibt sich folgendes Bild:



Im Durchschnitt entfallen 61,7 Minuten je Bewohner und Tag auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen, deren Anteil damit nahezu drei Viertel des Gesamtzeitaufwandes ausmacht. Der Mittelwert für Maßnahmen, die dem Bereich der Behandlungspflege zugeordnet werden, liegt bei 6,7 Minuten, der entsprechende Wert für Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Betreuung/speziellen psychiatrischen Pflegeinterventionen bei 14,2 Minuten⁵.

Die drei folgenden Tabellen geben einen Überblick zum Profil der Leistungen in diesen drei Maßnahmebereichen. Die in ihnen ausgewiesenen Minutenwerte (je Bewohner und Tag) stellen jeweils den rechnerischen Durchschnitt über alle 719 berücksichtigten Bewohner dar⁶.

⁴ Es ist deshalb wichtig, den Leistungsbereich "psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" nicht mit (geronto)psychiatrischer Pflege gleichzusetzen.

⁵ Bei diesen Zahlen ist erneut zu beachten, dass geringfügige Zeiten für das Reichen von Getränken nicht in Rechnung gestellt sind. Nicht enthalten sind außerdem Zeiten für Maßnahmen, die zwar in engem Zusammenhang mit bestimmten unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen stehen, jedoch als "mittelbar bewohnerbezogene Leistungen" erfasst wurden. So ist beispielsweise der Zeitaufwand für das Stellen von Medikamenten nicht berücksichtigt worden. Ähnliches gilt für die Mahlzeitenversorgung (Mahlzeiten austeilen und ggf. mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, sofern dies nicht im Kontakt mit dem Bewohner erfolgt) und die Wäscheversorgung (z.B. im Anschluss an Maßnahmen der Körperhygiene: Entsorgung von Schmutzwäsche und Inkontinenzartikeln).

⁶ Hier ist zu beachten, dass nicht alle Bewohner die jeweiligen Leistungen erhalten bzw. benötigen. Unterstützung beim An-, Aus- oder Umkleiden erhielten beispielsweise 677 der insgesamt 719 Bewohner. Die in den Tabellen ausgewiesenen Zahlen geben also Auskunft über die *Struktur des Leistungsaufwands* in den Wohnbereichen; für eine nähere Untersuchung der *Versorgung* von Bewohnern mit einem entsprechenden Hilfebedarf wäre eine andere Berechnungsweise erforderlich (vgl. Kapitel 3).

Profil des Maßnahmebereichs "Hilfen bei Alltagsverrichtungen"		
<i>Hilfe bei Verrichtungen im Bereich ...</i>	<i>Minuten</i>	<i>Prozent</i>
Körperhygiene, Körperpflege	13,4	21,7
Ausscheidungen/Toilettengang	12,1	19,6
Nahrungsaufnahme	11,5	18,7
Aufstehen/Zubettgehen, Lagern/Betten	10,4	16,8
Kleiden	7,5	12,2
Fortbewegung, Stehen	6,7	10,9
Insgesamt	61,7	100,0

Profil des Maßnahmebereichs "Behandlungspflege"		
	<i>Minuten</i>	<i>Prozent</i>
Medikamente verabreichen (ohne Injektionen und äußerliche Anwendungen)	3,7	55,5
Spezielle Körperpflege unter Einsatz von Arzneimitteln, Bronchialtoilette etc.	1,2	18,4
Wundversorgung (incl. Dekubitusversorgung), Verbände, Wickel	0,9	13,5
Krankenbeobachtung (incl. Blut- und Urinzuckerkontrollen)	0,4	6,4
Injektionen	0,3	5,1
Sonstige	0,1	1,1
Insgesamt	6,7	100,0

Profil des Maßnahmebereichs "Psychosoziale Betreuung/ spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen"		
	Minuten	Prozent
Zielgerichtete Einzelgespräche ⁷	5,7	39,7
Spezielle Interventionen ⁸	2,5	17,6
Gruppenaktivitäten ⁹	2,4	16,7
Orientierungs-/Gedächtnisförderung	2,1	14,6
Unterstützung bei sozialen Kontakten	0,6	3,9
Intervention bei "Weglauftendenz"	0,5	3,6
Sonstige	0,6	4,0
	14,2	100,0

Zur weitergehenden Charakterisierung des Versorgungsgeschehens können neben Umfang und Inhalten der erbrachten Leistungen einige weitere Merkmale herangezogen werden, die insbesondere über die zeitliche und personelle Organisation sowie über die Formen der Hilfeleistungen Auskunft geben:

- *Einzelbetreuung, Betreuung im Gruppenzusammenhang:* Maßnahmen, bei denen ein einzelner Bewohner von einer einzelnen Mitarbeiterin versorgt wird, stehen im Vordergrund des Versorgungsalltags (knapp 84% des mittleren Zeitaufwandes). Der Anteil für Maßnahmen, bei denen zwei oder mehr Mitarbeiter einen einzelnen Bewohner versorgen, liegt bei rund 10%. Wie die vorliegenden Daten zeigen, stehen hier Maßnahmen im Vordergrund, die bei liegenden Bewohnern durchgeführt werden oder dem Bereich der Mobilisierung zuzuordnen sind. Der Zeitaufwand für die im Gruppenzusammenhang geleistete Versorgung (gleichzeitig Betreuung von mehreren Bewohnern bzw. Betreuung von Bewohnergruppen) beläuft sich auf 6,1% durchschnittlichen Gesamtzeitaufwandes je Bewohner. Dieser auf den ersten Blick geringe Wert entspricht aus der Perspektive des Bewohners einem Anteil von rund 25% der Zeit, während der er Leistungen erhält ("Betreuungszeit").
- Die *an Wochenenden geleistete Versorgung* weist einen geringeren Zeitumfang auf als die Versorgung an anderen Tagen. Sie liegt im Tagesdurchschnitt um etwa 10 Minuten unter dem durchschnittlichen Zeitwert, den die an den übrigen Wochentagen erbrachten

⁷ Beratung in persönlichen Angelegenheiten; Hilfen zur Alltagsbewältigung; ressourcenfördernde, entlastende, beratende Einzelgespräche.

⁸ Bei Wahn, Unruhezuständen, depressiver Stimmung etc.

⁹ Zur Befriedigung von religiösen, sozialen/kommunikativen, ästhetischen Bedürfnissen oder Bewegungsbedürfnissen.

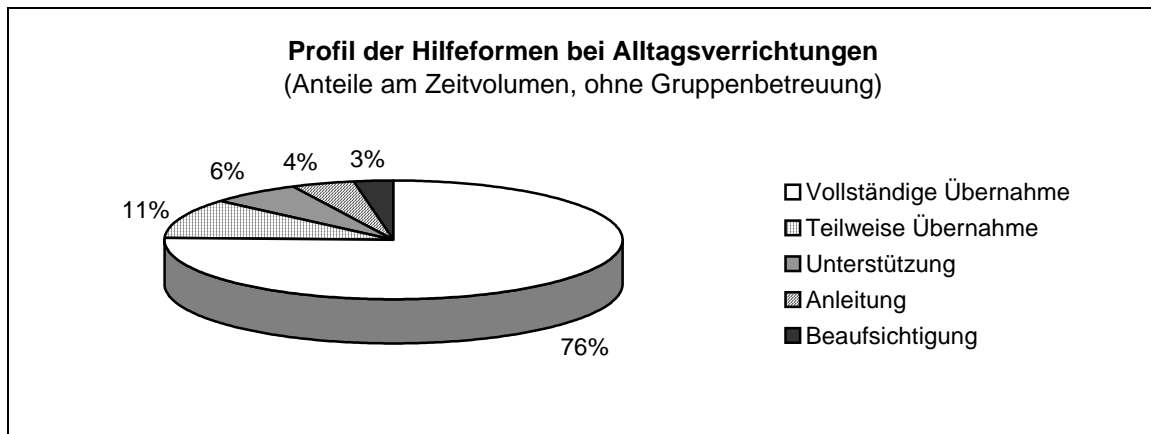
Leistungen aufweisen (75,0 gegenüber 85,4 Minuten). Dieser Unterschied dürfte sich in erster Linie aus einer reduzierten Personalbesetzung an Wochenenden erklären.

- *Verteilung der Leistungen auf die Dienste:* Auf den Frühdienst entfällt mit rund 52% erwartungsgemäß der höchste Anteil des täglich geleisteten Zeitaufwands (Spätdienst: 34%, Nachtdienst: 14%). Der Leistungsanteil der Pflegefachkräfte liegt im Nachtdienst mit knapp 55% am höchsten, im Frühdienst mit rund 44% am niedrigsten.
- Der *nächtliche Leistungsumfang* beträgt im rechnerischen Durchschnitt 3,6 Maßnahmen je Bewohner und Nacht. Für 43,5% der erfassten Bewohner wurden an jedem Erhebungstag nächtliche Leistungen erbracht, für weitere 32% beläuft sich der Anteil der Tage auf mindestens 70% (bei einem Erhebungszeitraum von 21 Tagen: mindestens 15 Nächte). Ein Großteil der Bewohner erhält also regelmäßig Leistungen während des Nachtdienstes (vgl. Kapitel 4).
- Der größte Anteil am Leistungsvolumen entfällt mit 46,8% auf Pflegekräfte mit dreijähriger Berufsausbildung. Weitere knapp 40% sind Pflegekräften mit einjähriger Ausbildung (21,6%) und angelernten Pflegekräften (18%) zuzuordnen. Mitarbeiter, die nicht dauerhaft in der Einrichtungen beschäftigt sind (z.B. Auszubildende, Zivildienstleistende, Praktikantinnen), sind im Durchschnitt mit immerhin fast 10% des Zeitaufwands beteiligt.

Durchschnittlicher Leistungsaufwand nach Mitarbeitergruppen (Minuten je Bewohner und Tag)		
	<i>Minutenwert</i>	<i>Prozent</i>
Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung	38,7	46,8
Pflegekräfte mit einjähriger Ausbildung	17,8	21,6
Angelernte Pflegekräfte	14,9	18,0
Schüler und Praktikanten	6,6	8,0
Sozialpädagogen, Erzieherinnen, Therapeuten	2,3	2,8
Zivildienstleistende, freiwilliges soz. Jahr	1,4	1,7
Mitarbeiter mit hauswirtschaftlicher Qualifikation	0,6	0,7
Sonstige/keine Angabe	0,4	0,5
<i>Zusammen</i>	<i>82,7</i>	<i>100,0</i>

- Im Bereich der *Hilfeformen bei Alltagsverrichtungen* ist ein absolutes Übergewicht der "vollständigen Übernahme" der zu einer Verrichtung erforderlichen Handlungen zu verzeichnen (76% des Zeitumfangs). Auf Leistungen in Form der Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung entfallen lediglich 13%. Dies deutet darauf hin, dass die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen vornehmlich am Ziel des Ausgleichs von Selbstversorgungsdefiziten ausgerichtet ist und der ressourcenfördernden Pflege ein vergleichsweise geringer Stellenwert zukommt. Weitergehende Rückschlüsse auf die Versor-

gungsqualität erfordern allerdings eine differenziertere Analyse unter Berücksichtigung der pflegerischen Problemlagen der Bewohner (vgl. Kapitel 3).



2.2 Zum Verhältnis zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufen

Eine der zentralen Aufgaben des Projektes bestand in der Untersuchung des Verhältnisses zwischen Leistungsaufwand und dem Grad der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Diskussion um die Frage, inwieweit die Kriterien zur Unterscheidung der Pflegestufen mit dem tatsächlichen Grad der Abhängigkeit von Fremdhilfe in Einklang stehen, nicht mehr abgebrochen. Hiermit sind vor allem zwei Problemkreise angesprochen:

- Die Einstufungskriterien berücksichtigen ausschließlich Einschränkungen der Selbständigkeit bei den im SGB XI genannten Alltagsverrichtungen. Die zur Lebensführung erforderlichen Hilfen, die nicht als solche Hilfen bei Alltagsverrichtungen gelten können, bleiben nach den für die Begutachtung maßgeblichen Richtlinien bei der Feststellung der Pflegestufe außer Betracht. Betroffen hiervon sind insbesondere gerontopsychiatrisch Erkrankte, die in ihrer gesamten Lebensführung auf umfassende Unterstützung und Anleitung angewiesen sind. Hieraus, so die Kritik, erwachse eine erhebliche Ungleichbehandlung der Versicherten, die gerade diejenigen benachteilige, die am meisten auf Hilfe angewiesen seien (vgl. z.B. Udsching 1997).
- Zum anderen stellt sich die Frage nach den Konsequenzen auf finanzieller Ebene. Da die Pflegestufenzuordnung bei der Differenzierung von Leistungsentgelten herangezogen wird, führen Diskrepanzen im Verhältnis zwischen Pflegestufen und tatsächlichem Leistungsaufwand möglicherweise zu Kostenstrukturen, die einen Teil der Pflegeeinrichtungen finanziell benachteiligen. Eine weitere mögliche Konsequenz ist die Ungleichbehandlung der Bewohner im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Kosten, Entlastung durch die Pflegeversicherung und erhaltenen Leistungen.

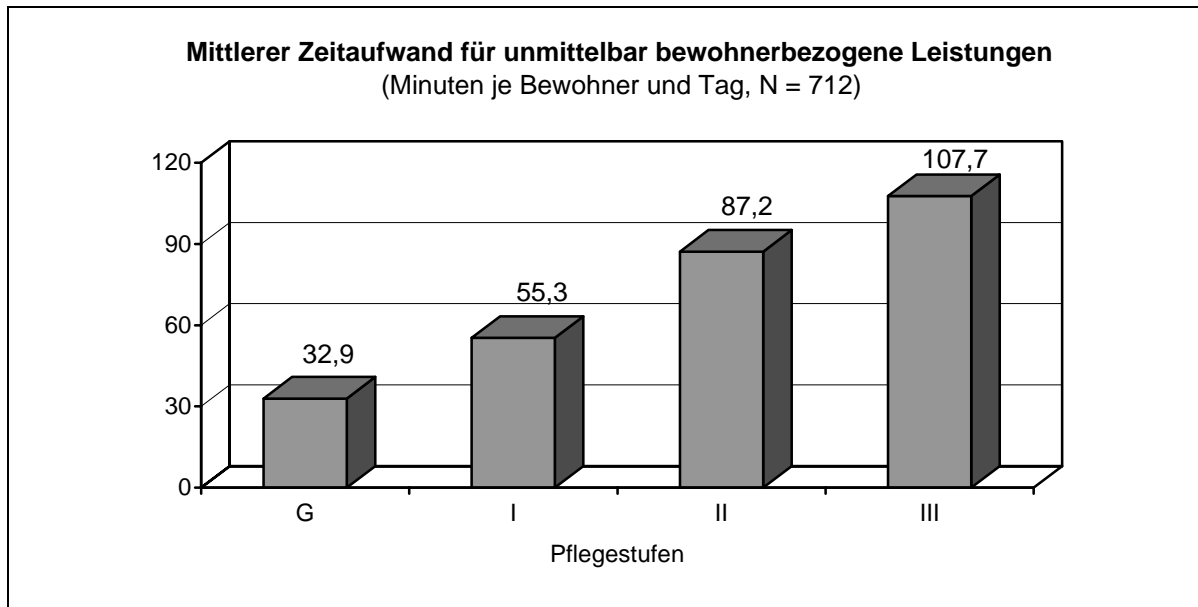
Die Untersuchung des Verhältnisses zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufe kann abschätzen helfen, inwieweit die angesprochenen Probleme in der vollstationären Pflege tat-

sächlich zum Tragen kommen. Bevor die entsprechenden Untersuchungsergebnisse vorgestellt werden, ist jedoch eine grundsätzliche Bemerkung zum Verhältnis zwischen den Zeitwerten, die bei der Begutachtung nach dem SGB XI zugrunde gelegt werden, und dem tatsächlichen Pflegeaufwand angebracht. Beide sind nur sehr bedingt vergleichbar. Das Sozialgesetzbuch XI schreibt ausdrücklich vor, dass bei der Pflegestufenzuordnung von dem Zeitaufwand ausgegangen werden soll, "den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt" (§15 Abs. 3 SGB XI). Mangels empirischer Daten, aber auch aus systematischen Gründen können bis heute keine verlässlichen Aussagen zum Verhältnis zwischen sog. Laienpflegezeiten und Zeiten einer professionell geleisteten Pflege gemacht werden. Dies gilt ganz besonders für stationäre Pflegeeinrichtungen, wo die Versorgung überwiegend von ausgebildeten Pflegekräften geleistet wird und unter Rahmenbedingungen stattfindet, die mit der häuslichen Umgebung kaum vergleichbar sind (Domscheit/Wingenfeld 1997).

Es fehlt zudem an anerkannten, operationalisierbaren Standards im Sinne einer *definierten Pflegequalität*, die eine für den Vergleich von Laienpflege und beruflicher Pflege erforderliche, gemeinsame Bezugsgröße darstellen könnte. So lässt sich die Frage, ob ausgebildete Pflegekräfte mehr oder weniger Zeit für die Versorgung benötigen als andere Pflegepersonen, nicht pauschal beantworten (vgl. Heine 1997, Wingenfeld 1998). Der Zeitaufwand in der beruflichen Pflege kann als geringer gelten, wenn unterstellt wird, dass in beiden Fällen keine ressourcenfördernde Pflege, sondern lediglich eine vollständige Übernahme der bei Alltagsverrichtungen anfallenden Tätigkeiten durch die Pflegepersonen erfolgt und ausgebildete, erfahrene Pflegekräfte Arbeitsroutinen entwickelt haben, die eine im Vergleich schnellere Erledigung dieser Tätigkeiten ermöglicht. Er wäre als höher einzustufen, wenn beispielsweise unterstellt wird, dass eine wirksame ressourcenfördernde Pflege eine qualifizierte Ausbildung voraussetzt, diese Art von Pflege in der Praxis auch tatsächlich geleistet wird und ressourcenfördernde Pflege - was inzwischen unstrittig ist - weit mehr Zeitaufwand erfordert als eine Pflege, bei der dem Pflegebedürftigen alle notwendigen Handlungen abgenommen werden.

Zwischen den Zeitwerten, die das SGB XI für die Zuordnung zu einer Pflegestufe definiert, und den im Rahmen unserer Untersuchung ermittelten Zeitwerten besteht also keine unmittelbare Vergleichbarkeit. Es wird sich beispielsweise zeigen, dass der tatsächliche Leistungsaufwand im Bereich der sog. Grundpflege beim größten Teil der Bewohner deutlich unter den zeitlichen Schwellenwerten liegt, mit denen die gesetzlichen Vorgaben die Pflegestufen voneinander abgrenzen (z.B. im Tagesdurchschnitt mindestens 45 Minuten Grundpflege in der Pflegestufe I). Allein anhand dieses Befundes zu folgern, eine bedarfsgerechte Pflege werde in den Einrichtungen heute nicht geleistet, wäre aus den genannten Gründen verfehlt.

Differenziert man das Leistungsvolumen nach Pflegestufen, so ergibt sich folgendes Bild¹⁰:



Wie die Grafik erkennen lässt, steigt der durchschnittliche Zeitaufwand mit höherer Pflegestufe relativ gleichmäßig an: Der Abstand zwischen Pflegestufe G¹¹ und I liegt ebenso wie der Abstand zwischen II und III bei etwa 20 Minuten; der Abstand zwischen den Stufen I und II fällt mit gut 30 Minuten zwar etwas aus dem Rahmen, ändert an der Gesamttendenz jedoch wenig.

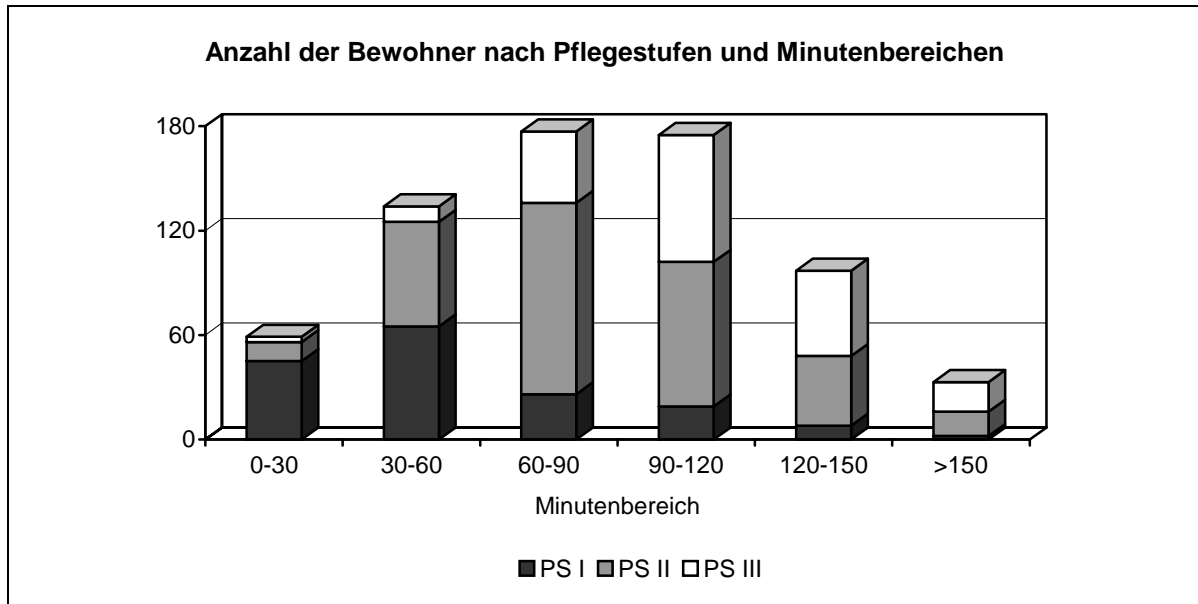
Dieser verhältnismäßig gleichförmige Anstieg darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass der individuelle Zeitaufwand je Bewohner innerhalb der Pflegestufen eine *starke Varianz* aufweist. Prinzipiell sind diese Varianzen nicht ungewöhnlich und aufgrund der Spannweite der Zeitwerte, die bei der Einstufung nach dem SGB XI zugrunde gelegt werden, auch zu erwarten gewesen. So kann sich etwa der Umfang der vom Gutachter festgestellten, erforderlichen Zeit für Hilfen bei Alltagsverrichtungen im Falle der Pflegestufe I auf einen Wert zwischen 45 und 120 Minuten belaufen und sich damit über eine Spanne von 75 Minuten erstrecken.

Dessen ungeachtet bleibt festzuhalten, dass eine relativ *geringe Trennschärfe* zwischen den Pflegestufen, insbesondere zwischen den Pflegestufen II und III besteht (vgl. folgende Abbildung). So sind Bewohner mit den Pflegestufen I und II in der Gruppe mit einem Leistungs-

¹⁰ Die Berechnungen beziehen 712 der 719 Bewohner ein, da in sieben Fällen keine Angabe zur Pflegestufe vorlag. Zu beachten ist ferner, dass geringfügige Zeiten für das Reichen von Getränken unberücksichtigt blieben.

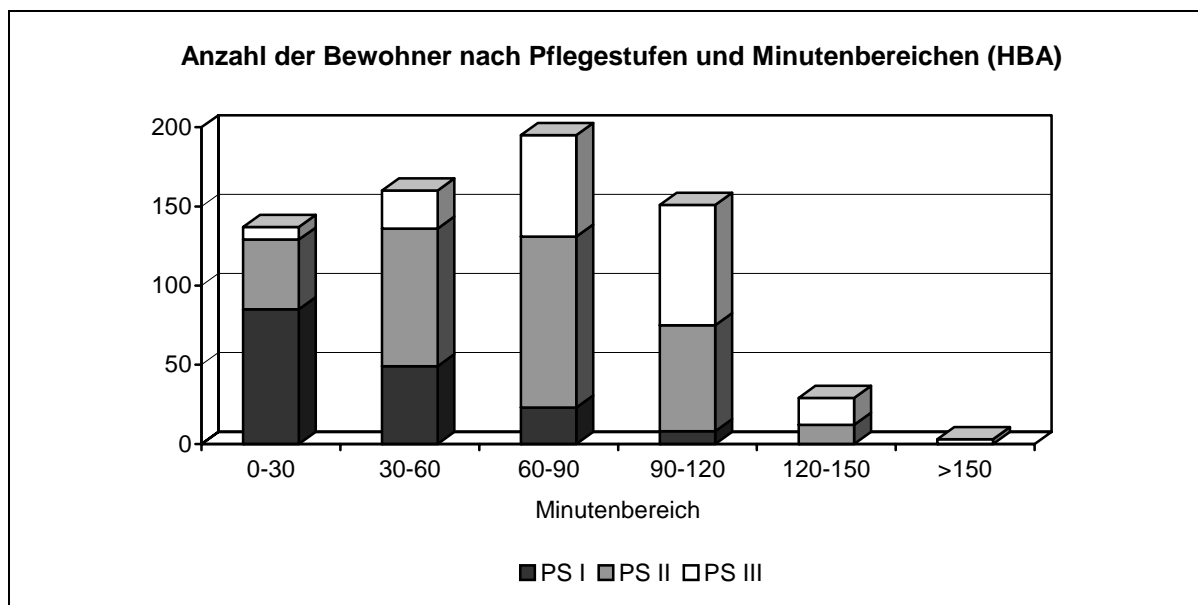
¹¹ Als Bewohner mit der Pflegestufe G ("geringfügig" Pflegebedürftige) werden hier und im Folgenden Personen bezeichnet, deren Hilfebedarf im Sinne des SGB XI unterhalb des Schwellenwertes liegt, der Voraussetzung für die Zuordnung der Pflegestufe I ("erhebliche Pflegebedürftigkeit") ist.

aufwand zwischen 30 und 60 Minuten in etwa gleich stark vertreten, gleiches gilt für die Pflegestufen II und III und den Bereich zwischen 90 und 150 Minuten.



Aufgrund dieser Verteilung und darauf bezogener statistischer Tests kann man das Fazit ziehen, dass zwar eine signifikante, aber nur mittelstark ausgeprägte Korrelation zwischen Zeitaufwand und Pflegestufe besteht.

Da die Einstufung nach dem SGB XI jedoch ausschließlich auf dem Hilfebedarf im Bereich der Alltagsverrichtungen beruht, ist es sinnvoll, den Zusammenhang zwischen Leistungsvolumen und Pflegestufen gesondert für diesen Maßnahmebereich zu betrachten:



Wie ersichtlich, bleibt der Zusammenhang zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufe auch dann relativ schwach, wenn man die Betrachtung auf die Hilfen bei Alltagsverrichtungen be-

schränkt. Dies lässt sich auch anhand der statistischen Korrelation zwischen Pflegestufen und Leistungsaufwand aufzeigen: Der Rangkorrelationskoeffizient "Spearman's Roh" liegt im Falle der Hilfen bei Alltagsverrichtungen mit 0.584 nur unwesentlich höher als bei der Gesamtheit der Leistungen (0.545). Zu berücksichtigen ist bei diesen Ergebnissen natürlich, dass die Korrelation je nach Wohnbereich unterschiedlich ausfällt. Die entsprechenden statistischen Maße liegen bei etwa der Hälfte der Wohnbereiche in der Größenordnung der Korrelation für die gesamte Studienpopulation (± 0.1); bessere und schlechtere Korrelationen sind in etwa gleich stark vertreten. Dies gilt sowohl für den Leistungsaufwand insgesamt wie auch für den Aufwand im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen.

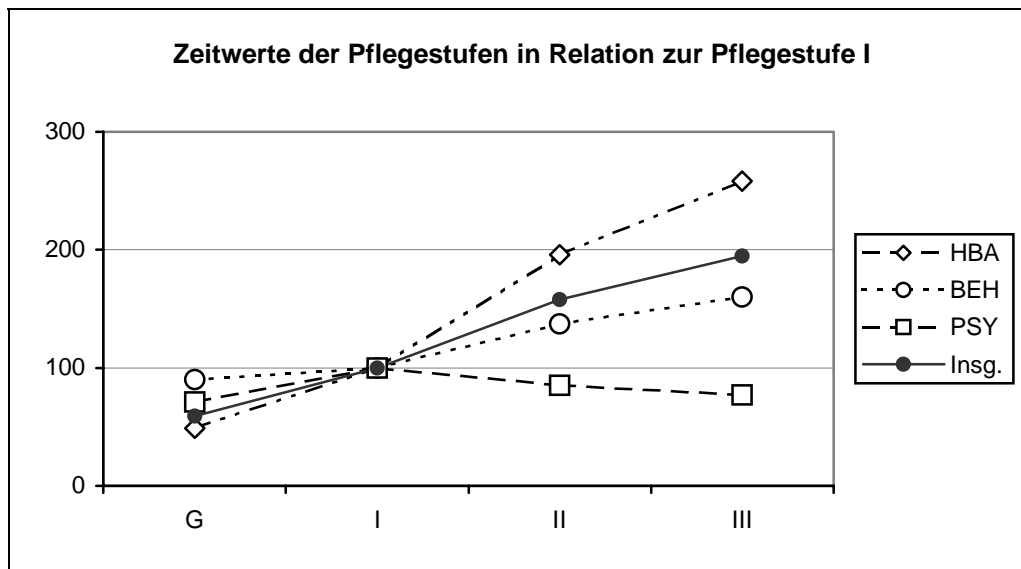
Eine nähere Aufschlüsselung der Daten zeigt des Weiteren, dass sich die nahezu lineare Tendenz der Steigerung des durchschnittlichen Leistungsaufwands in Abhängigkeit von der Pflegestufe keineswegs in allen Maßnahmebereichen wiederfindet:

Zeitaufwand für unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen (in Minuten je Bewohner und Tag)		
Pflegestufe G (N = 37)	Mittelwert	Prozent
Hilfen bei Alltagsverrichtungen	16,5	50,1
Behandlungspflege	4,6	13,9
Psychosoz. Betr./psychiatr. Pflegeint.	11,8	36,0
<i>Zusammen</i>	<i>32,9</i>	<i>100,0</i>
Pflegestufe I (N = 165)		
Hilfen bei Alltagsverrichtungen	33,6	60,8
Behandlungspflege	5,1	9,1
Psychosoz. Betr./psychiatr. Pflegeint.	16,6	30,1
<i>Zusammen</i>	<i>55,3</i>	<i>100,0</i>
Pflegestufe II (N = 318)		
Hilfen bei Alltagsverrichtungen	66,0	75,8
Behandlungspflege	6,9	8,0
Psychosoz. Betr./psychiatr. Pflegeint.	14,2	16,2
<i>Zusammen</i>	<i>87,2</i>	<i>100,0</i>
Pflegestufe III (N = 192)		
Hilfen bei Alltagsverrichtungen	86,8	80,6
Behandlungspflege	8,1	7,5
Psychosoz. Betr./psychiatr. Pflegeint.	12,7	11,8
<i>Zusammen</i>	<i>107,7</i>	<i>100,0</i>

Wie ersichtlich, verdoppelt sich der Leistungsaufwand für Hilfen bei Alltagsverrichtungen von Pflegestufe zu Pflegestufe, mit Ausnahme des Verhältnisses zwischen den Pflegestufen II und III. Im Vergleich dazu fällt die Zunahme im Bereich Behandlungspflege moderat aus, doch ist auch hier eine stetige Zunahme mit höherer Pflegestufe zu verzeichnen. Dagegen

weisen die Zahlen für den Bereich der psychosozialen Betreuung/psychiatrischen Pflegeinterventionen von der Pflegestufe I bis zur Pflegestufe III eine *fallende* Tendenz auf. Mit anderen Worten: Je niedriger die Pflegestufe bzw. je geringer die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI, desto höher ist der zeitliche Aufwand für psychosoziale Maßnahmen und spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen. Diese Tendenz kommt noch deutlicher im Anteil dieser Maßnahmen am Gesamtzeitaufwand zum Tragen: Er beträgt in der Pflegestufe III nur noch 11,8% und damit in etwa ein Drittel des Anteils, der in der Pflegestufe I zu verzeichnen ist.

Diese Zusammenhänge lassen sich noch besser veranschaulichen, wenn das relative Verhältnis zwischen den Zeitvolumina der Pflegestufen zugrunde gelegt wird. Die folgende Abbildung zeigt dieses Verhältnis; der jeweilige Zeitaufwand wird hier als Prozentanteil des Wertes der Pflegestufe I ausgedrückt (Beispiel: Der Zeitaufwand für Hilfen bei Alltagsverrichtungen in der Pflegestufe II entspricht 196% des Aufwandes in der Pflegestufe I).



Abstände der Zeitwerte in den Pflegestufen (Pflegestufe I = 100)				
	G	I	II	III
Hilfen bei Alltagsverrichtungen	49	100	196	258
Behandlungspflege	90	100	137	160
Psychosoz. Betr., psychiatr. Pflegeint.	71	100	85	77
<i>Zusammen</i>	<i>59</i>	<i>100</i>	<i>158</i>	<i>195</i>

Die Steigerungsraten im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen sind also deutlich höher als der Zuwachs des Gesamtvolumens, hier liegt der Wert für die Pflegestufe III etwa 2,5 mal so hoch wie in der Pflegestufe I (86,8 gegenüber 33,6 Minuten). Dieses Ergebnis ist plausibel bzw. zu erwarten gewesen, weil sich die Kriterien für die Pflegestufenzuordnung und die

mit unseren Daten abgebildeten Maßnahmen gleichermaßen auf die vom SGB XI berücksichtigten Alltagsverrichtungen beziehen. Die ermittelten Zeitwerte folgen zwar nicht den Zeitabständen zwischen den Schwellenwerten der einzelnen Pflegestufen, die bei der Begutachtung zugrunde gelegt werden, doch ist dies aufgrund der mangelnden Vergleichbarkeit von Leistungszeiten der beruflichen Pflege und Zeiten der Laienpflege nur schwer interpretierbar¹².

Die Pflegestufe erweist sich damit im Hinblick auf den Leistungsaufwand als ein insgesamt wenig trennscharfes Kriterium zur Unterscheidung von Bewohnergruppen; ihre Verwendung bei der Unterscheidung von Pflegesätzen kann daher in einer Einrichtung unter Umständen zu erheblichen Diskrepanzen im Verhältnis zwischen den für einen einzelnen Bewohner aufgewendeten finanziellen Ressourcen und den durch diesen Bewohner erzielten Einnahmen führen. Erklärungsbedürftig bleibt der mit höherer Pflegestufe tendenziell sinkende Leistungsumfang psychosozialer Betreuung/spezieller psychiatrischer Pflegeinterventionen, denn wie bereits in Kapitel 1 dargelegt wurde, sind Bewohner mit gerontopsychiatrischen Problemlagen und einem entsprechenden Versorgungsbedarf gerade in den Pflegestufen II und III stark vertreten (näheres hierzu in Kapitel 3.1).

2.3 Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

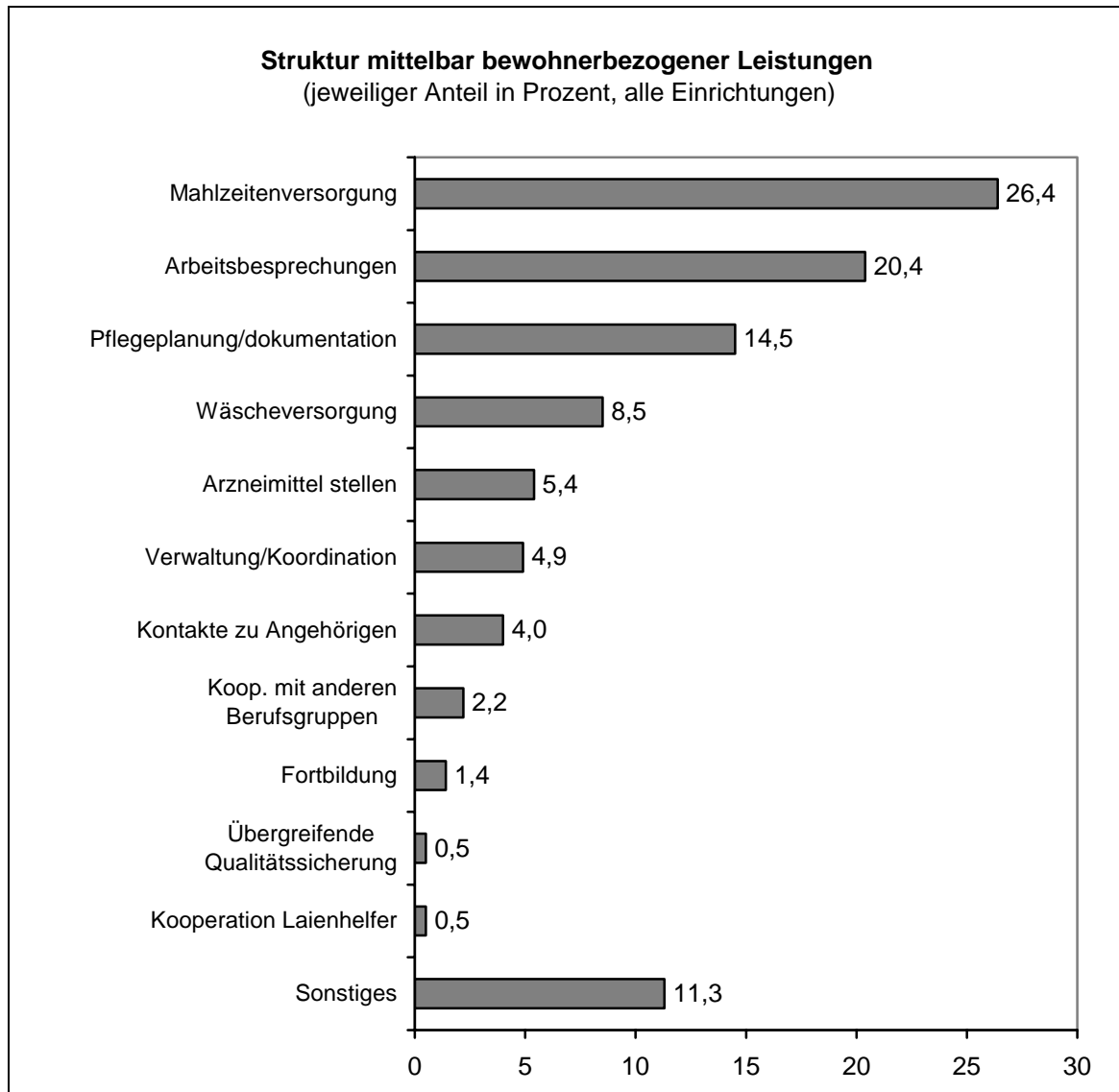
Die Leistungen, die im Rahmen unserer Erhebung als *mittelbar* bewohnerbezogen definiert wurden, weisen eine sehr heterogene Struktur auf. Ihre Unterscheidung von anderen Maßnahmen ergibt sich vornehmlich aus einem formalen/methodischen Kriterium: Es handelt sich um Leistungen, die *nicht in unmittelbarem Kontakt zum Bewohner* erbracht wurden und größtenteils in Arbeitssituationen eingebettet sind, in denen die Unterscheidung und/oder die Dokumentation der für einen bestimmten Bewohner aufgewendeten Zeit nicht möglich ist. Für das Verständnis der Erhebungsergebnisse ist außerdem von Bedeutung, dass die erhobenen Zeitwerte für diese Leistungen relativ grobe Schätzungen darstellen. Dies hängt zum einen mit der Art und Weise zusammen, wie diese Daten erhoben wurden, zum anderen mit der Schwierigkeit, Leistungen für Bewohner unserer Studienpopulation von Leistungen, die für andere Bewohner erbracht wurden, strikt zu unterscheiden (vgl. Kapitel "Untersuchungsdesign").

Auf der Basis der erhobenen Daten wurde für die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ein Durchschnittswert von 50 Minuten je Bewohner und Tag errechnet¹³. Zusammen mit dem mittleren Aufwand für unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen ergibt sich damit ein Ge-

¹² So liegt beispielsweise der Abstand der Schwellenwerte zwischen der Pflegestufe II und III bei 120 Minuten, d.h. ebenso hoch wie der Mindestzeitaufwand, der für die Zuordnung zur Pflegestufe II gegeben sein muss. Diese Abstände finden sich in den von uns errechneten Mittelwerten je Pflegestufe nicht einmal annähernd wieder.

¹³ In diese Berechnung sind die Anzahl der Fälle je Einrichtung in gewichteter Form eingegangen. Es handelt sich also um den Durchschnitt je Bewohner, nicht je Einrichtung. Letzterer weicht allerdings von dem oben angegebenen Wert nur geringfügig ab.

samtleistungsumfang von rund 133 Minuten¹⁴. Demnach entfällt auf die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ein Anteil von ca. 38% des Gesamtzeitumfangs. Diese Zahlen beruhen auf den Angaben *aller* Mitarbeiter, die während des Erhebungszeitpunktes dem Stammpersonal der einbezogenen Wohnbereiche zuzurechnen waren, berücksichtigen also z.B. auch Hauswirtschaftskräfte, Auszubildende und Praktikanten, wenn sie fest dem betreffenden Wohnbereich zugeordnet waren.



Danach entfällt allein auf die *Mahlzeitenversorgung*, d.h. auf Tätigkeiten wie Auf- und Abdecken, Vorbereitung und Austeilung der Mahlzeiten, Aufräumarbeiten etc., mehr als ein Viertel des Zeitaufwandes für mittelbar bewohnerbezogene Leistungen. Der Anteil variiert allerdings stark je nach Wohnbereich. Zum Teil streben diese an, dass Mahlzeiten nach Möglichkeiten gemeinschaftlich eingenommen werden, zum Teil steht eine Organisationsform im Vorder-

¹⁴ Wenn geringfügige Zeiten für das Reichen von Getränken in Rechnung gestellt werden: 135 Minuten.

grund, bei der die Mahlzeiten im Bewohnerzimmer eingenommen werden, und schließlich gibt es auch Mischformen. Je nach Arrangement sind daher die Zeitwerte für die Mahlzeitenversorgung (mittelbar bewohnerbezogen) und für "Hilfe bei der Nahrungsaufnahme" (unmittelbar bewohnerbezogen) in den einzelnen Wohnbereichen anders gewichtet. Hohe Werte bei der Mahlzeitenversorgung beispielsweise stehen relativ niedrigen Werten für die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme gegenüber, wenn die Mahlzeiten in einem Wohnbereich überwiegend gemeinschaftlich eingenommen werden.

An zweiter Stelle folgen *Arbeitsbesprechungen* (z.B. Übergabe, Fallbesprechungen, Teamkonferenzen, aber auch "ad-hoc-Besprechungen") mit einem Anteil von rund 20%, was einem Zeitumfang von etwa 10 Minuten je Bewohner und Tag entspricht. Dieser Wert erscheint auf den ersten Blick recht hoch, doch relativiert sich dieser Eindruck, wenn berücksichtigt wird, dass

- in einem Wohnbereich für gewöhnlich drei Übergaben täglich stattfinden¹⁵,
- dort, wo die Versorgung konsequent am System der Bezugspflege ausgerichtet ist, auch außerhalb der regulären Übergaben eine einzelfallbezogene Abstimmung zwischen der Bezugspflegeperson und anderen Mitarbeitern erfolgt,
- u.a. aufgrund des hohen Anteils von Bewohnern mit gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten ein entsprechend hoher Bedarf an intensivem Informationsaustausch und sorgfältiger Abstimmung des pflegerischen Vorgehens existiert und
- einzelne Wohnbereiche regelmäßige, vergleichsweise ausführliche Fallbesprechungen durchführen.

Tätigkeiten im Bereich der *Pflegeplanung/-dokumentation* machen mit täglich rund sieben Minuten je Bewohner 14,5% des Zeitaufwandes für mittelbar bewohnerbezogene Leistungen aus. Dieses Ergebnis näher einzuschätzen fällt schwer, da es an geeigneten Bezugsgrößen fehlt, die sich auf die Bewohnerstruktur und das Leistungsprofil vollstationärer Pflegeeinrichtungen beziehen und zugleich in Einklang mit der bei unserer Erhebung verwendeten Systematik stehen¹⁶. Stellt man jedoch u.a. in Rechnung, dass

- unter der Voraussetzung, dass alle im Rahmen der Erhebung dokumentierten Maßnahmen Eingang in die reguläre Pflegedokumentation fänden, täglich (Früh- und Spätdienst) durchschnittlich 18 Einzelmaßnahmen je Bewohner nachzuweisen wären,
- bei der Versorgung alter Menschen mit deutlich eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten eine Flüssigkeitsbilanz zum Standard der Dokumentation gehören sollte,

¹⁵ Mitunter auch mehr: In manchen Wohnbereichen sind sog. Zwischendienste eingerichtet, so dass gesonderte (wenn auch vergleichsweise kurze) Übergabegespräche mit den betreffenden Mitarbeitern erforderlich sind.

¹⁶ Die Psychiatrie-Personalverordnung von 1990 stellt beispielsweise für die Pflegeplanung/-dokumentation im Rahmen der Regelbehandlung gerontopsychiatrischer Patienten einen Zeitwert von etwas mehr als 8 Minuten in Rechnung. Da das Leistungsprofil der Psychiatrie jedoch insbesondere im therapeutischen Bereich und in der therapiebegleitenden Pflege nicht mit der vollstationären Pflege vergleichbar ist, kann die Psychiatrie-Personalverordnung auch nicht als Bezugspunkt zur Einschätzung der erhobenen Daten herangezogen werden.

- insbesondere bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Problemlagen eine inhaltsreiche, u.a. auf Verhaltensauffälligkeiten bezogene (und damit kaum standardisierbare) Dokumentation angezeigt ist,
- eine regelmäßige Überprüfung und ggf. Aktualisierung von individuellen Pflegeproblemen und Ressourcen, Pflegezielen und auch eine regelmäßige Einschätzung der Wirkung pflegerischer Maßnahmen erfolgen sollte¹⁷,

so wäre eher ein Zeitumfang zu erwarten gewesen, der höher liegt als die ermittelten sieben Minuten je Bewohner und Tag. Dieser Wert bezieht sich auf den Früh- und Spätdienst, und somit kann je Dienst ein Zeitumfang von drei bis vier Minuten je Bewohner veranschlagt werden. Es ist schwer vorstellbar, dass innerhalb dieser Zeitmarge allen der oben aufgeführten Anforderungen, die für eine fachlich anspruchsvolle Dokumentation kennzeichnend wären, nachgekommen werden kann.

Für die *Wäscheversorgung* (einschließlich Entsorgung von Inkontinenzartikeln) wurde auf der Basis der erhobenen Daten ein Zeitumfang von rund vier Minuten je Bewohner und Tag (8,5%) errechnet. Mahlzeiten- und Wäscheversorgung zusammengenommen, d.h. überwiegend hauswirtschaftliche Tätigkeiten, nehmen somit etwa ein Drittel des Zeitaufwandes für mittelbar bewohnerbezogene Aufgaben in Anspruch.

Die Vorbereitung von Arzneimitteln ("*Arzneimittel stellen*", 5,4%) ist vor allem im Hinblick auf die gesonderte Fragestellung des Projektes nach dem Anteil der Behandlungspflege am Leistungsvolumen insgesamt von Bedeutung (vgl. Kapitel 2.4).

Eher mäßig fällt der Zeitaufwand für *Kontakte zu Angehörigen* aus. Er beläuft sich umgerechnet auf zwei Minuten je Bewohner und Tag. Auch die *Kooperation mit anderen Berufsgruppen* nimmt, gemessen am Zeitaufwand, einen geringen Stellenwert ein; hier ergibt sich eine Größenordnung von nur einer Minute je Bewohner und Tag. Die *Kooperation mit Laienhelfern* schließlich fällt quantitativ nicht ins Gewicht.

Der Aufwand für Tätigkeiten im Kontext von *Koordination, Organisation und Verwaltung* bewegt sich in einer Größenordnung von zwei bis drei Minuten je Bewohner bzw. knapp 5%. Hier ist neben den Leitungsaufgaben der Wohnbereichsleitung und ihrer Stellvertretung sowie Tätigkeiten im Bereich von Materialverwaltung und Bestellwesen u.a. die Kommunikation mit anderen Institutionen berücksichtigt (vor allem Krankenhäuser, Kostenträger).

Fortbildungsmaßnahmen wurden im Rahmen der Erhebung nur dokumentiert, wenn es sich nicht um ganztägige Veranstaltungen handelte, die betreffenden Mitarbeiter also wenigstens stundenweise ihren regulären Dienst in der Einrichtung ableisteten. Insofern gibt der ermittelte Zeitumfang keine Auskunft über die Gesamtheit der Qualifizierungsmaßnahmen. Von Fortbildungen getrennt erfasst wurden sog. *übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen*,

¹⁷ Erneut ist darauf hinzuweisen, dass diese Erfordernisse insbesondere bei gerontopsychiatrisch Erkrankten zum Tragen kommen, da die für ihren Hilfebedarf maßgeblichen Problemlagen im Zeitverlauf oftmals stark schwanken.

d.h. Maßnahmen, die sich nicht auf einen einzelnen Bewohner, sondern das Versorgungsangebot eines Wohnbereichs oder einer Einrichtung insgesamt bezogen (z.B. Erarbeitung/Einführung von Pflegestandards, konzeptionelle Weiterentwicklungen, interne/externe Qualitätsprüfungen, Erstellung eines Qualitätshandbuches etc.). Der Umfang dieser übergreifenden Maßnahmen fällt nach den vorliegenden Daten nicht ins Gewicht. Dieses Ergebnis muss jedoch gleichfalls unter Vorbehalt betrachtet werden, da die hier in Betracht kommenden Tätigkeiten, ähnlich den Fortbildungsmaßnahmen, im Jahresverlauf ungleichmäßig anfallen. Darüber hinaus konnte während der Erhebung beobachtet werden, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung oder Qualitätsentwicklung vornehmlich von (oben nicht berücksichtigten) gruppenübergreifend tätigen Mitarbeitern initiiert und getragen werden, häufig von den Pflegedienstleitungen, zum Teil auch von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes. Dies dürfte auch erklären, weshalb die Pflegenden der Wohnbereiche nur selten entsprechende Zeiteinträge vornahmen¹⁸.

Die Kategorie "*Sonstiges*" (fünf bis sechs Minuten bzw. 11,3%) schließlich umfasst Zeiten, die sich keiner der genannten Tätigkeiten oder Tätigkeitsbereiche zuordnen ließen. Nach den Anmerkungen, die zu dieser Kategorie auf den Erhebungsbögen mitdokumentiert wurden, ist davon auszugehen, dass es sich vielfach um Reinigungs- und Aufräumarbeiten handelt. Eher selten wurde auf Tätigkeiten wie Einkäufe für die Einrichtung, kleine Reparaturen oder Botengänge hingewiesen.

Bemerkenswert ist, dass die dargestellten Ergebnisse manchen in der Fachdiskussion geäußerten Annahmen zum Profil der sog. indirekten Leistungen widersprechen. So trifft man häufig auf die Auffassung, die Arbeitsbelastung durch Aufgaben im Bereich der Verwaltung und Organisation, wozu oft auch die Pflegedokumentation gerechnet wird, habe in den letzten Jahren erheblich zugenommen und mache einen großen Teil der "bewohnerfernen" Tätigkeiten aus. Diese Annahmen können mit unseren Daten nicht bestätigt werden. Der Anteil der Pflegeplanung/-dokumentation am Gesamtleistungsvolumen (incl. unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen) beträgt rund 5%, der entsprechende Anteil für Tätigkeiten im Bereich von Koordination, Organisation und Verwaltung ca. 2%. Belastungen im Arbeitsalltag durch mittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten sind nach den vorliegenden Zahlen also an anderen Stellen zu verorten, vor allem im Bereich hauswirtschaftlicher Arbeiten¹⁹.

¹⁸ Einträge für übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen fanden sich lediglich bei knapp 9% der Mitarbeiter und 2% der insgesamt dokumentierten Tage.

¹⁹ Sehr wahrscheinlich trifft die These des gestiegenen Verwaltungs- und Koordinationsaufwandes nur für bestimmte Mitarbeitergruppen zu (Personal mit Leitungsverantwortung). Im Durchschnitt *aller* Mitarbeiter in der vollstationären Pflege fällt dies jedoch kaum ins Gewicht.

2.4 Zusammenfassende Betrachtung des Leistungsprofils

Um die bislang getrennt beschriebenen unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen im Zusammenhang zu betrachten und einen besseren Eindruck des Leistungsprofils insgesamt zu ermöglichen, erscheint es sinnvoll, die Erhebungsergebnisse zum Zeitaufwand stärker zusammenzufassen und unter inhaltlichen Gesichtspunkten neu zu gliedern. Unterschieden werden zu diesem Zweck folgende Leistungsbereiche:

- *Leistungen im Bereich der Alltagsverrichtungen:* Zusätzlich zu den Maßnahmen, die bei den in Kapitel 2.1 präsentierten Zahlen Berücksichtigung fanden, werden hier auch mittelbar bewohnerbezogene Leistungen der Mahlzeitenversorgung sowie geringfügige Zeiten für die Versorgung mit Getränken in Rechnung gestellt.
- *Psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen*
- *Leistungen im Bereich der Behandlungspflege:* Außer den unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen geht hier der Zeitaufwand für das Stellen von Medikamenten ein.
- *Indirekte Leistungen:* Als indirekte Leistungen werden folgende mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen berücksichtigt: Arbeitsbesprechungen, Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Laienhelfern, Kontakte zu Angehörigen, Tätigkeiten im Bereich Koordination/Organisation/Verwaltung sowie Pflegeplanung und -dokumentation.
- *Aufräum- und Reinigungstätigkeiten:* Neben der Wäscheversorgung werden 50% der als "Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen" dokumentierten Zeiten in Rechnung gestellt (bei diesem Anteil handelt es sich um eine geschätzte Größe²⁰).
- *Allgemeine Qualitätssicherung:* Hier gehen Zeiten für "übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen" und "Fortbildung" ein.
- *Nicht zuzuordnende Leistungen:* Hier finden sich die verbliebenen 50% der "sonstigen Leistungen" wieder.

Nach entsprechender Zuordnung der Daten stellt sich das Profil des mit der Erhebung erfassten Leistungsaufwands, ausgedrückt in Prozent am gesamten Zeitumfang (135 Minuten je Bewohner und Tag), folgendermaßen dar:

²⁰ Sie gründet auf den Hinweisen zum Inhalt der "Sonstigen Leistungen", die von den dokumentierenden Mitarbeitern auf den Erhebungsbögen vermerkt wurden.

Leistungen im Bereich der Alltagsverrichtungen	57,2%
Psychosoz. Betreuung, spezielle psych. Pflegeinterventionen	10,6%
Leistungen im Bereich der Behandlungspflege	7,0%
Indirekte Leistungen	17,2%
Aufräum- und Reinigungsarbeiten	5,2%
Allgemeine Qualitätssicherung	0,7%
Nicht zuzuordnende Leistungen	2,1%

Auf der Basis dieses Profils lässt sich u.a. die Frage beantworten, wie hoch die Größenordnung der im Zusammenhang mit der Behandlungspflege *insgesamt* erbrachten Leistungen zu veranschlagen ist: Neben dem oben aufgeführten Wert von 7% ist zu berücksichtigen, dass auch ein gewisser Anteil der indirekten Leistungen der Behandlungspflege zuzuordnen ist (z.B. Dokumentation, Arbeitsbesprechungen, Kooperation mit Ärzten etc.). Um ihn zu beziffern, kann der Anteil der Behandlungspflege am Zeitaufwand für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen (8,1%) oder ihr Anteil an der Anzahl dieser Maßnahmen (16,4%) herangezogen werden. Demnach dürfte es realistisch sein, den *Gesamtanteil des Leistungsaufwandes im Zusammenhang mit der Behandlungspflege in einer Größenordnung von 8 bis 10%* zu veranschlagen.

2.5 Bewertung des erhobenen Leistungsaufwands

Für die weitere Darstellung, aber auch für die generelle Einschätzung der Projektergebnisse und daraus abzuleitende Schlussfolgerungen ist die Frage, wie Umfang und Profil der mit den Daten abgebildeten Versorgung zu bewerten sind, von grundsätzlicher Bedeutung. Eine solche Bewertung muss darüber Auskunft geben, ob sich das empirisch erhobene *Leistungsvolumen* eher im unteren, mittleren oder oberen Bereich des in vollstationären Einrichtungen üblichen Versorgungsumfangs bewegt und inwieweit es sich um eine *den pflegerischen Problemlagen der Bewohner angemessene* Versorgung handelt. Der zweiten Frage wird im nächsten Abschnitt des vorliegenden Berichtes nachgegangen. An dieser Stelle soll zunächst eine Einschätzung des Leistungsvolumens und des Leistungsprofils erfolgen.

Für diese Einschätzung wäre es hilfreich, wenn die ermittelten Zeitwerte den Ergebnissen anderer Untersuchungen gegenübergestellt werden könnten, doch bräuchte ein entsprechender Vergleich aus systematischen Gründen keinen näheren Aufschluss. Vergleiche mit älteren Studien aus der Zeit vor der Einführung der Pflegeversicherung kommen von vornherein nicht in Betracht. Zwar sind auch in jüngerer Zeit einzelne empirische Studien zum Leistungsaufwand in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden (z.B. Düh-

ring/Claus 1999, Dürrmann 2000, Laaser et al. 2000, Neubauer/Schallermair 1998, Schneekloth/Müller 2000: 140ff), doch unterscheidet sich deren methodisches Design - soweit nachvollziehbar - in der Regel grundlegend von dem unserer eigenen Untersuchung, sowohl im Hinblick auf die Datenerhebung (berücksichtigte Leistungen) und die Datengenerierung (Berechnungsgrundsätze bei der Standardisierung) als auch in der Systematik der Leistungen (jeweilige Definition und Abgrenzung der Leistungen bzw. Leistungsbereiche). Zum Teil sind Erhebungsmethoden, Berechnungsmodelle und Leistungssystematik in den entsprechenden Forschungsberichten bzw. Publikationen auch nicht differenziert genug ausgewiesen, um wenigstens die *Vermutung* einer Vergleichbarkeit begründet erscheinen zu lassen. Es kommt hinzu, dass sich einige Untersuchungen auf eine recht schmale Studienpopulation beziehen und/oder einen nach unseren Erfahrungen zu kurzen Beobachtungszeitraum definierten.

Auch eine Gegenüberstellung mit Daten, die den *Zeitbedarf* in der vollstationären Pflege im Rahmen eines Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung²¹ darzustellen versuchen, erscheint in diesem Zusammenhang unangebracht. Ein Vergleich unserer Erhebungsergebnisse (tatsächlicher Leistungsumfang) mit Zeitwerten, die normative Größen ("Soll-Werte") darstellen, wäre zwar sicherlich von allgemeinem Interesse (insbesondere zur Einschätzung solcher Personalbedarfsermittlungssysteme und ihrer möglichen Konsequenzen), führt bei der Beantwortung der oben formulierten Frage jedoch nicht weiter. Es kommt hinzu, dass auch hier grundlegende systematische Probleme bestehen (abweichende Leistungssystematik) und die hinterlegten Modellannahmen, Bedarfskriterien und normativen Zeitgrößen zum Teil wenig transparent sind. Schließlich gibt es zur Zeit keinen Konsens darüber, inwieweit Bedarfsermittlungsverfahren wie PLAISIR, dessen Erprobung im Rahmen eines bundesweiten Modellversuchs vor kurzem abgeschlossen wurde, zumindest angemessene, wenn vielleicht auch nicht dem Stand der Pflegewissenschaft entsprechende Kriterien zur Definition erforderlicher Leistungen beinhalten (vgl. Bartholomeyczik 2000). Ohne einen solchen Konsens über die Angemessenheit normativer Größen ließen sich aus dem Vergleich mit einem empirisch erhobenen Versorgungsumfang und -profil keinerlei Bewertungen ableiten.

Zur Einschätzung des mit unserem Projekt ermittelten Leistungsumfangs muss daher ein anderer Weg beschritten werden, indem überprüft wird, wie sich die zur Sicherstellung dieses Leistungsumfangs erforderlichen Personalressourcen im Vergleich zur tatsächlichen Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen darstellen:

Nach den von Infratest im Jahr 1998 durchgeführten Repräsentativerhebungen belief sich die Betreuungsrelation in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu diesem Zeitpunkt auf 2,8 Bewohner je Betreuungskraft im Bundesdurchschnitt (Schneekloth/Müller 2000: 168). Als Betreuungskräfte sind dabei Pflegekräfte und therapeutisches Personal definiert worden. Um Vergleichbarkeit herzustellen, ist es daher notwendig, die von uns ermittelten Daten um die Leistungen anderer Mitarbeiter (Schüler, Zivildienstleistende, Hauswirtschaftskräfte etc.) zu

²¹ Etwa PERSYS oder PLAISIR, vgl. die vom KDA (1999) erstellte Synopse sowie Gennrich/Nakielski 2000 und Evangelische Heimstiftung e.V. Stuttgart 1999.

bereinigen. Danach reduziert sich der erhobene durchschnittliche Leistungsumfang auf rund 115 Minuten je Bewohner und Tag²².

Unterstellt man eine durchschnittliche Nettoarbeitszeit von 1545 Stunden pro Jahr (Vollzeitkräfte)²³, ergibt sich damit eine Betreuungsrelation von 1 : 2,2. Sie liegt damit deutlich besser als der von Infratest berechnete Bundesdurchschnitt von 1 : 2,8. Auch im Vergleich zu dem für die alten Bundesländer ermittelten Wert von 1 : 2,5 zeigt sich ein bemerkenswerter Abstand, wenngleich hier im Unterschied zu den eigenen Berechnungen auch Zivildienstleistende mit berücksichtigt wurden.

Dieses Ergebnis kann nicht, wie aus den vorliegenden Daten zu den einbezogenen Einrichtungen hervorgeht, mit einer überdurchschnittlichen Personalausstattung erklärt werden. Entscheidend sind vielmehr zwei andere Faktoren:

- Geringfügig Pflegebedürftige (Pflegestufe "Null") sind in den von Infratest berücksichtigten Einrichtungen stärker vertreten als in der eigenen Untersuchung, Bewohner mit der Pflegestufe II hingegen schwächer. Die Unterschiede sind jedoch nicht groß genug, um die Differenz der Betreuungsrelationen hinreichend zu erklären²⁴.
- Die *faktische* Betreuungsrelation, also das in einem Wohnbereich zu einem konkreten Zeitpunkt tatsächlich verfügbare Personal, unterliegt im Jahresverlauf kaum vermeidbaren Schwankungen, bedingt durch Ferien- bzw. Urlaubszeiten, Ausfälle infolge kurzfristiger Erkrankungen, umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen, Ausscheiden einzelner Mitarbeiter bzw. unbesetzte Stellen etc. Die Erhebungen wurden jedoch grundsätzlich zu einem Zeitpunkt durchgeführt, zu dem keine oder allenfalls nur geringfügige Personalengpässe aus diesen Gründen zu erwarten waren. Dies lag einerseits im Interesse des Projektes (Vermeidung der Erhebung einer reduzierten Versorgung) und war andererseits aus der Sicht der Heimleitungen Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung. Zwar kam es in mehreren Wohnbereichen zu kurzfristigen Personalausfällen infolge Krankheit, und auch unabhängig davon dokumentieren die Aufzeichnungen der vor Ort eingesetzten

²² Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass mit unserer Erhebung keine Wegezeiten erfasst wurden, die im Arbeitsalltag spürbar ins Gewicht fallen können. Gleiches gilt für die Vor- und Nachbereitung von Maßnahmen, die sich allerdings nur bei bestimmten Maßnahmen nennenswert niederschlagen und daher insgesamt weniger von Bedeutung sein dürften als die Wegezeiten. Beides führt tendenziell zu einer *Unterschätzung* des Zeitaufwandes. Auf der anderen Seite vermindert sich der Leistungsaufwand im Jahresdurchschnitt aufgrund von Krankenhausaufenthalten oder anderen Anlässen, die zur zeitlich befristeten Abwesenheit einzelner Bewohner führen. Nach den vorliegenden Daten bewegen sich solche Zeiten der Abwesenheit in einer Größenordnung von 4 bis 5%, was zu einer entsprechenden *Überschätzung* des regelmäßig anfallenden Zeitaufwandes führt. Vor diesem Hintergrund erscheint es gerechtfertigt, bei der Berechnung der Betreuungsrelation weiterhin ein mittleres Zeitvolumen von 115 Minuten als realistische Größenordnung zugrunde zu legen.

²³ Es handelt sich hierbei um eine geläufige Größe, die auch von der Infratest-Studie bei analogen Berechnungen verwendet wird. Je nach Bundesland finden sich leicht voneinander abweichende Orientierungswerte (z.B. Hamburg: rd. 1566 Std.). Bezogen auf die alten Bundesländer sind diese Abweichungen jedoch so gering, dass sie sich bei der Ermittlung der Betreuungsrelation nur marginal auswirken.

²⁴ Dies lässt sich nachweisen, indem die für die einzelnen Pflegestufen ermittelten Zeitwerte auf eine Bewohnergruppe umgerechnet werden, die eine der von Infratest erhobenen Pflegestufenverteilung aufweist.

Studienbegleiter oft genug angespannte Versorgungsphasen. Doch bleibt dessen ungeachtet festzuhalten, *dass die Erhebungen in Zeiten stattfanden, während derer die einbezogenen Wohnbereiche größtenteils eine für ihre Verhältnisse überdurchschnittliche Personalbesetzung aufwieser*²⁵.

Vor diesem Hintergrund lässt sich zu der Frage, ob sich das erhobene Leistungsvolumen eher im unteren, mittleren oder oberen Bereich des in vollstationären Einrichtungen üblichen Versorgungsumfangs bewegt, Folgendes feststellen:

Ein Leistungsumfang vergleichbarer Größenordnung lässt sich in Pflegeeinrichtungen bzw. Wohnbereichen mit einer Betreuungsrelation, die dem von Infratest errechneten Durchschnittswerten entspricht, nicht erreichen. *Insofern muss das ermittelte Leistungsvolumen als überdurchschnittlich hoch bewertet werden.* Es erklärt sich nicht aus einer besonders guten Ausstattung der untersuchten Wohnbereiche, sondern vor allem aus der Wahl des jeweiligen Erhebungszeitpunktes. Die einbezogenen Wohnbereiche können den ermittelten Versorgungsumfang mit der gegebenen Personalausstattung also nur phasenweise, keineswegs jedoch im Jahresdurchschnitt aufrechterhalten. Das bedeutet auch, dass hier eine weitergehende Ausschöpfung der verfügbaren Personalressourcen zur Erhöhung der Leistungszeiten weitgehend ausgeschlossen ist.

Im erhobenen Leistungsumfang drückt sich somit eine Versorgung aus, die, würde sie sich als Standard in der Praxis durchsetzen, rein quantitativ eine Verbesserung gegenüber der heutigen Versorgung in vollstationären Einrichtungen darstellen würde. Diese Feststellung wirft zugleich ein ernüchterndes Licht auf die gegenwärtige Heimversorgung; denn auch wenn der mit dem Projekt ermittelte Versorgungsumfang als überdurchschnittlich hoch gelten muss, zeigt sich in der nun folgenden näheren Analyse des Leistungsprofils und ausgewählter qualitativer Aspekte des Leistungsgeschehens, dass in diesem Rahmen durchaus nicht allen Anforderungen, die sich aus den pflegerischen Problemlagen der Bewohner und dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Pflege ergeben, in wünschenswerter Weise nachgekommen werden kann.

²⁵ Daraus erklärt sich auch, dass die auf der Grundlage des Leistungsumfangs modellhaft ermittelte Betreuungsrelation in der Regel besser ausfällt als die Betreuungsrelationen, die anhand der von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Angaben zur Personalbesetzung der Wohnbereiche errechnet wurden.

3. Qualitative Aspekte des Leistungsgeschehens

K. Wingenfeld

Das Projekt "Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen" bediente sich überwiegend quantitativer Methoden, doch sind dessen ungeachtet auf der Grundlage der erhobenen Daten einige Rückschlüsse auf qualitative Dimensionen des Leistungsgeschehens möglich. Zwar kann nicht der Anspruch erhoben werden, mit ihrer Hilfe eine *umfassende* Bewertung der Versorgungsqualität vorzunehmen, gleichwohl lassen sich bestimmte, unter Qualitätsgesichtspunkten wichtige Merkmale der Versorgung aufzeigen. Hierbei handelt es sich in erster Linie

- um das Verhältnis zwischen den pflegerischen Problemlagen und den Maßnahmen, mit denen auf sie reagiert wird,
- um den Grad der Realisierung einer ressourcenorientierten Pflege,
- um personelle Kontinuität in der Versorgung.

3.1 Zum Verhältnis zwischen pflegerischen Problemlagen und Leistungen

Da mit unserer Studie sowohl Leistungen als auch zahlreiche Merkmale der Pflegebedürftigkeit erfasst wurden, lässt sich durch die Gegenüberstellung beider beschreiben, wie im Versorgungsalltag auf einzelne pflegerische Problemlagen reagiert wird. Die folgenden Ausführungen beschränken sich allerdings auf die Maßnahmebereiche "Psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" und "Hilfen bei Alltagsverrichtungen". Eine analoge Untersuchung im Bereich der Behandlungspflege ist anhand der verfügbaren Daten nicht möglich.

Unselbständigkeit und Hilfen bei Alltagsverrichtungen

Das in Kapitel 2.1 vorgestellte Zeitprofil der Hilfen bei Alltagsverrichtungen basierte auf der Berechnung von Durchschnittswerten für die Gesamtheit der 719 Bewohner. Für die Untersuchung des Verhältnisses zwischen pflegerischen Problemlagen und Leistungsumfang muss jedoch anders vorgegangen werden, da nicht jeder Bewohner alle von uns definierten Leistungen erhielt bzw. benötigte. Darüber hinaus werden bestimmte Leistungen mitunter auch dann erbracht, wenn ein Bewohner *regelmäßig* keinen entsprechenden Hilfebedarf aufweist, sondern lediglich aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung oder anders bedingter Unpässlichkeit für eine begrenzte Zeitdauer nicht in der Lage war, die betreffende Verrichtung selbständig durchzuführen. Schließlich gibt es Bewohner, die im Hinblick auf eine Verrichtung *überwiegend* selbständig sind, bei denen es jedoch immer wieder zu Einbrüchen der Selbstversorgungsfähigkeit kommt und die daher nur *gelegentlich*, in mehr oder minder großen zeitlichen Abständen auf Hilfe angewiesen sind. Diese Bewohner waren nach den

erhebungsmethodischen Vorgaben als (regelmäßig) *selbständig* bei der jeweiligen Verrichtung einzustufen¹.

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse beziehen sich nur auf diejenigen Bewohner, die nach den erhobenen Daten bei den betreffenden Verrichtungen als *regelmäßig* hilfebedürftig ("teilweise selbständig" oder "unselbständig") eingeschätzt wurden. Auf diese Weise erhält man eine verlässliche Basis zur Beurteilung des Verhältnisses zwischen pflegerischen Problemlagen und Leistungsumfang.

Hilfen bei ausgewählten Alltagsverrichtungen: Anzahl der Maßnahmen und Zeitaufwand je Bewohner und Tag, nach Selbständigkeit				
<i>Hilfe bei(m) ...</i>	<i>teilweise selbständig</i>		<i>unselbständig</i>	
	<i>Anzahl</i>	<i>Minuten</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Minuten</i>
Aufstehen und Zubettgehen	2,0	5,4	1,9	6,0
An- und Auskleiden	1,9	8,2	2,0	9,1
Waschen	1,3	7,3	1,8	11,9
Nahrungsaufnahme*	2,9	14,1	3,8	26,8
Toilettengang	3,5	12,3	4,7	18,1
Duschen, Baden**	1,0	11,9	0,9	12,6

* Unterscheidung der Selbständigkeit anhand der Verrichtung "Essen"

** Anzahl und Zeitaufwand je Woche, eine Einrichtung nicht berücksichtigt

Für die nähere Bewertung der in der Tabelle ausgewiesenen Zahlen zu ausgewählten Alltagsverrichtungen kann leider auf keine Referenzwerte zurückgegriffen werden, die wissenschaftlich hinreichend belegt wären oder zumindest allgemeine Anerkennung genießen würden. Wie bereits angemerkt, können auch die in den Richtlinien zur Begutachtung nach dem SGB XI ausgewiesenen Zeitkorridore streng genommen nicht zu diesem Zweck herangezogen werden, da sie eine Pflege durch nicht ausgebildete Pflegepersonen unterstellen, aber auch weil die dort zugrunde gelegte Leistungssystematik von der unserer Erhebung zumindest in Teilbereichen abweicht².

Es stellt sich allerdings die Frage, ob im konkreten Fall der ausgewiesenen Zahlen konsensfähige oder wissenschaftlich belegte Referenzwerte unverzichtbar sind. Hier sind Alltagsverrichtungen angesprochen, die jeder Mensch aus eigener Erfahrung kennt, und dies gilt auch für die Häufigkeit, in der sie für gewöhnlich bei körperlich und psychisch unbeeinträchtigten Personen anfallen. Diese Erfahrung gestattet zwar keine differenzierte Einschätzung von

¹ Wie bereits dargelegt, entschieden wir uns aus pragmatischen Gründen für eine möglichst einfache, dreistufige Skala zur Einschätzung der Selbständigkeit, was sich natürlich zu Lasten der Möglichkeit einer Feindifferenzierung auswirkt.

² So würde eine Gegenüberstellung zwar erhebliche Diskrepanzen deutlich werden lassen, doch ließen sich diese aus denn genannten systematischen Gründen kaum interpretieren.

pflegerischen Erfordernissen bei Pflegebedürftigen, bietet bei der Betrachtung der in der Tabelle enthaltenen Daten jedoch sicherlich eine Orientierungshilfe. Wenn ein Pflegebedürftiger beispielsweise nicht in der Lage ist, sich aus eigener Kraft an- bzw. auszukleiden, so benötigt er mindestens zweimal täglich, nach dem morgendlichen Aufstehen und vor dem Zubettgehen, eine entsprechende Unterstützung (es sei denn, er kann das Bett nicht verlassen). Darüber hinaus kann es verschiedene Anlässe geben, Hauskleidung mit einer anderen, dem jeweiligen Anlass entsprechenden Kleidung zu wechseln oder sich verschmutzter Kleidung zu entledigen.

Die dargelegten Zahlen illustrieren eine Pflege, die im Hinblick auf Häufigkeit und Zeitumfang der Leistungen tendenziell auf das Notwendigste begrenzt ist. Zwar handelt es sich um Durchschnittszahlen, und insofern ist stets zu berücksichtigen, dass die Werte bei einem Teil der Bewohner höher liegen, bei einem anderen niedriger. Im Gesamtbild rechtfertigen sie jedoch die soeben formulierte Einschätzung: Hilfestellungen beim Kleiden beispielsweise erfolgen im Schnitt zweimal täglich je Bewohner; ein *Umkleiden* während des Tages dürfte demnach relativ selten geschehen. Auffällig gering liegt die Häufigkeit der "Hilfe beim Waschen" (jeweils deutlich unter 2,0)³, zumal wenn man bedenkt, dass im Durchschnitt 15% dieser Maßnahmen im Nachtdienst geleistet werden. Dies gilt auch für 9% der Hilfestellungen beim Aufstehen und Zubettgehen (vor allem nachtaktive Bewohner). Selbst die im Vergleich zu den anderen Maßnahmen eher oft durchgeführte "Hilfe beim Toilettengang" (incl. Inkontinenzversorgung) ist angesichts des hohen Anteils der Bewohner, die von Harn- und Stuhlinkontinenz betroffen sind (vgl. Kapitel 1), sicherlich nicht als besonders häufig zu bewerten; hier entfallen sogar 34% der Maßnahmen auf den Nachtdienst.

Innerhalb der Zeitmargen, die sich nach den ausgewiesenen Daten im Durchschnitt für die einzelnen Maßnahmen ergeben, bestehen i.d.R. nur sehr begrenzte Spielräume, individuell auf die Bewohner einzugehen - was um so schwerer wiegt, als diese zu einem erheblichen Anteil kognitive/psychische Problemlagen aufweisen, die bei der Durchführung der Verrichtungen das Zusammenwirken von Pflegenden und Pflegebedürftigen erschweren. Hohe Arbeitsgeschwindigkeit führt für die Bewohner außerdem teils unbefriedigende, teils regelrecht belastende Situationen herbei. Letzteres gilt insbesondere für dementiell Erkrankte mit erheblichen kognitiven Einbußen. Ihre Wahrnehmung/Einordnung von Ereignissen und ihre Reaktion darauf ist (mitunter erheblich) verlangsamt (Wagener et al. 1998, Höft 1999); sie benötigen also Zeit, um sich auf eine veränderte Situation und die damit verbundenen Anforderungen (Befolgen von Aufforderungen, Zulassen körperlicher Berührungen etc.) einzustellen. Unvermittelt eingeleitete Pflegemaßnahmen hingegen lösen, wie u.a. im Rahmen der nächtlichen teilnehmenden Beobachtung mehrfach festgestellt werden konnte (vgl. Kapitel 4), Unsicherheit und Angst aus, die wiederum nicht selten Abwehrreaktionen (auch in Form körperlicher Aggression) hervorrufen und ohne problemangemessenes Verhalten der Pflegenden leicht zur Eskalation führen können.

³ Zur Vermeidung von Missverständnissen sei hier angemerkt, dass z.B. Hilfestellungen beim Händewaschen oder anderen Körperreinigungen im Zusammenhang mit dem Toilettengang nicht gesondert von der "Hilfe beim Toilettengang" dokumentiert werden sollten.

Die in den untersuchten Wohnbereichen geleistete Pflege kann also, im Hinblick auf Häufigkeit und Zeitumfang der Maßnahmen, im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen als eine Versorgung charakterisiert werden, die offenbar nicht oder allenfalls wenig über das Mindestmaß an Unterstützung hinaus geht, das zur Sicherstellung dieser Verrichtungen unbedingt erforderlich ist. Bei dieser Einschätzung wäre sicherlich zwischen den einbezogenen Einrichtungen noch einmal genauer zu differenzieren, doch ungeachtet dessen erscheint sie *im Gesamtbild* gerechtfertigt. Dieses Fazit ist auch insofern bemerkenswert, als der erhobene Leistungsumfang, wie in Kapitel 2.5 aufgezeigt wurde, innerhalb der vollstationären pflegerischen Versorgung in Deutschland als überdurchschnittlich hoch gelten muss.

Psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen

Die bislang präsentierten Untersuchungsergebnisse ließen u.a. erkennen, dass der Leistungsumfang nicht in allen Maßnahmenbereichen mit dem Grad der Pflegedürftigkeit (Pflegestufen nach dem SGB XI) wächst: In den Bereichen "Hilfen bei Alltagsverrichtungen" und "Behandlungspflege" ist im Durchschnitt eine stetige Zunahme über die Pflegestufen G bis III zu beobachten, während im Bereich "Psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" eine fallende Tendenz auszumachen ist. Da Bewohner mit gerontopsychiatrisch bedingten Problemlagen oder Auffälligkeiten und dem daraus resultierenden Hilfebedarf in diesem Leistungsbereich eine umfangreichere Versorgung benötigen als andere, könnte diese fallende Tendenz darauf zurückzuführen sein, dass diese Bewohner in den niedrigeren Pflegestufen überproportional vertreten sind. Wie die folgende Tabelle erkennen lässt, trifft jedoch das Gegenteil zu: Je höher die Pflegestufe, desto größer ist auch der Anteil der Bewohner, die nach den hier zugrunde gelegten Kriterien⁴ als weitgehend desorientiert gelten können.

Einschränkung der Orientierungsfähigkeit nach Pflegestufen (in Prozent der Bewohner innerhalb der jeweiligen Pflegestufe)				
Pflegestufe	Grad der Orientierungseinschränkung			
	0	1	2	3
G	54,1	21,6	5,4	18,9
I	35,2	20,6	16,4	27,9
II	12,3	16,1	18,3	53,3
III	6,3	5,8	7,4	80,5

0 = vollständig orientiert

1 = leicht eingeschränkt orientiert

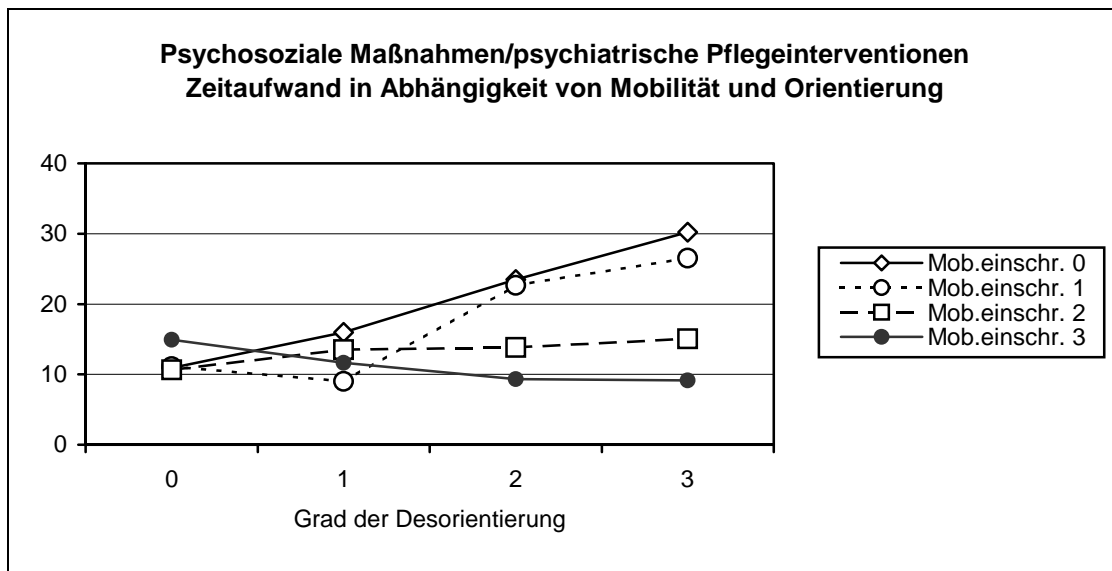
2 = deutlich eingeschränkt orientiert

3 = weitgehend desorientiert

⁴ Zur Gruppeneinteilung beim Merkmal Orientierungsfähigkeit wurde ein Punktesystem (Score) verwendet, das die Fähigkeit zur Personenerkennung sowie zur zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung berücksichtigt.

Wie ist zu erklären, dass Leistungen im Bereich "Psychosoziale Maßnahmen, spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" ausgerechnet in jenen Pflegestufen einen geringeren Umfang aufweisen, in denen Bewohner mit Problemlagen, die einen entsprechenden Hilfebedarf auslösen, besonders stark vertreten sind? Es stellt sich damit u.a. die Frage, ob hier ein Hilfebedarf vorliegt, auf den nicht oder nur unzureichend reagiert wird.

Zur Aufklärung dieser Fragen muss zunächst einmal ein weiteres Merkmal einbezogen werden, das nach unseren Daten mit ausschlaggebend ist für den Umfang der Leistungen: die Mobilität bzw. Mobilitätseinschränkungen der Bewohner. Hiernach zeigt sich: *Je stärker die Mobilität eingeschränkt ist, desto geringer sind die Leistungszeiten im Bereich der psychosozialen Betreuung/psychiatrischen Pflege.* Berücksichtigt man also die Einschränkungen der Mobilität bei der Untersuchung der Beziehung zwischen gerontopsychiatrischen Problemlagen und dem Leistungsvolumen im Bereich psychosoziale Maßnahmen/psychiatrische Pflege, ergibt sich folgendes Bild⁵:



Dieser Grafik liegt eine Einteilung der Bewohner in 16 Gruppen zugrunde, zu deren Unterscheidung das Ausmaß an Einschränkungen der Mobilität und der Orientierung herangezogen wurde. Die einzelnen Linien bezeichnen die in vier Grade differenzierte Mobilität (von 0: ohne Einschränkungen, bis 3: immobil), während auf der horizontalen Achse die vier Grade der Orientierungseinschränkungen aufgetragen sind. Der unterste rechte Datenpunkt drückt

⁵ Die Ausprägung des Merkmals Mobilität (0 bis 3) wurde ähnlich wie im Falle der Orientierungsfähigkeit anhand mehrerer Problemlagen generiert, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind. Die Ausprägungen bedeuten: Wert 0: Mobile Bewohner, die nach den vorliegenden Daten ohne Hilfe aufstehen und zu Bett gehen können und auch das Gehen, Stehen und Treppensteigen ohne Hilfe bewältigen können; Wert 1: Bewohner mit leichten Einschränkungen der Mobilität, die zwar auf Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen angewiesen sind, sich ansonsten jedoch weitgehend ohne Hilfe bewegen können; Wert 2: Bewohner mit deutlichen Einschränkungen der Mobilität, die auf Hilfe beim Gehen, Stehen und Treppensteigen angewiesen sind, aber nicht als bettlägerig bezeichnet werden können; Wert 3: Bewohner, die beim Aufstehen und Zubettgehen sowie beim Gehen, Stehen und Treppensteigen vollständig auf Fremdhilfe angewiesen sind. In dieser Gruppe finden sich somit Bewohner, die als weitgehend immobil gelten können.

beispielsweise den durchschnittlichen Zeitwert von Bewohnern aus, die als immobil und zugleich weitgehend desorientiert eingestuft wurden (9,2 Minuten pro Tag), der Datenpunkt rechts oben den Wert von ebenfalls desorientierten, aber mobilen Bewohnern (30,2).

Das Leistungsvolumen ist also mit zunehmender Orientierungseinschränkung um so größer, je geringer die Mobilität eingeschränkt ist. Bei Bewohnern, die als weitgehend immobil gelten können, ist mit zunehmender Einschränkung der Orientierung sogar ein abnehmendes Leistungsvolumen zu verzeichnen.

Dieses Ergebnis werten wir als *Ausdruck für eine Versorgung, die in erster Linie auf akuten Hilfebedarf reagiert* bzw. die ihre Aufmerksamkeit auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich erscheint⁶. Je weniger mobil die Bewohner sind, um so begrenzter ist ihr Aktionsradius und um so weniger sind ihre gerontopsychiatrischen Problemlagen im Wohnbereichsalltag präsent.

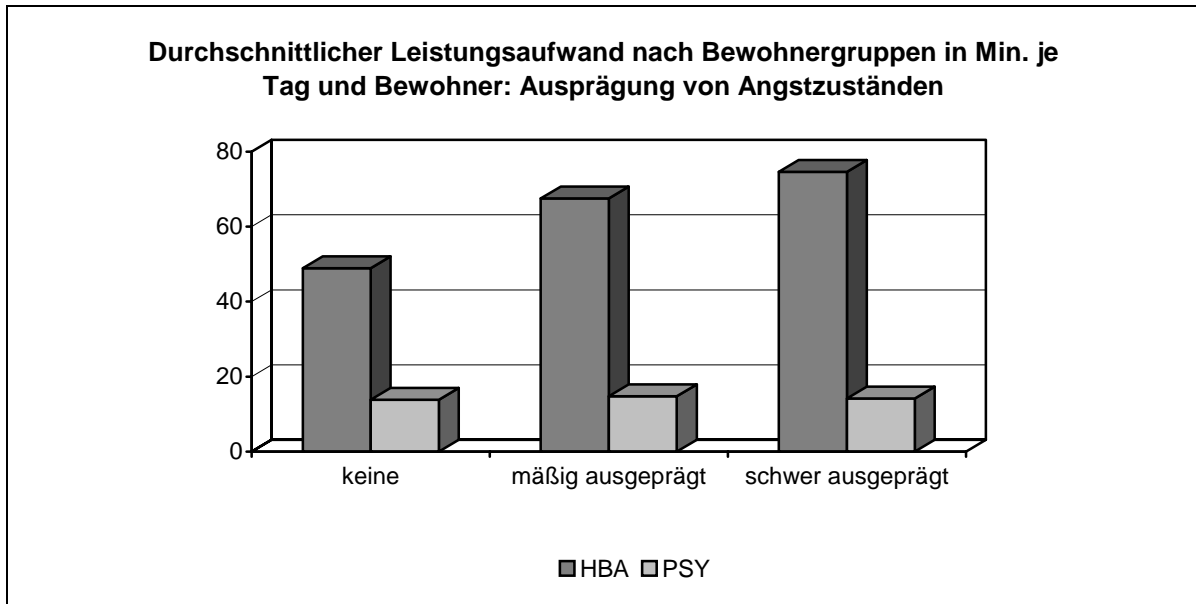
Es ist zu vermuten, dass sich die Konzentration auf akuten Hilfebedarf aus dem Zusammenwirken dreier Faktoren ergibt. Erstens liegt es aus der Perspektive der Pflegenden generell nahe, im Arbeitsalltag vor allem auf Situationen oder Personen einzugehen, die unmittelbar wahrgenommen werden. Zweitens führt hohe Arbeitsbelastung oftmals zur Notwendigkeit, Prioritäten zu setzen, und auch hier kann die direkte Konfrontation mit Handlungsbedarf die Bewertung von Dringlichkeit stärker beeinflussen als eine Problemlage, die zum gegebenen Zeitpunkt nicht im Blickfeld der Pflegenden liegt. Und schließlich zeigen andere empirische Studien, dass Pflegekräfte zum Teil dazu tendieren, die Interaktion mit desorientierten, stark kommunikationseingeschränkten oder verhaltensauffälligen Bewohnern zumindest nicht aktiv zu suchen, mitunter sogar regelrecht zu vermeiden, oder so rasch wie möglich zu beenden (Ekman et al. 1994).

Aus den oben dargestellten Ergebnissen lässt sich folgern, dass die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen verhältnismäßig wenig an der individuellen Ausprägung gerontopsychiatrischer Problemlagen ausgerichtet ist, sofern sich diese außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen bemerkbar machen. Dass diese Einschätzung tatsächlich zutrifft, kann anhand des Verhältnisses zwischen Leistungsumfang und der Ausprägung einzelner Problemlagen aufgezeigt werden, im Folgenden exemplarisch anhand der Ausprägung von Angstzuständen (ganz ähnliche Zusammenhänge zeigen sich auch bei Problemlagen wie aggressivem Verhalten, Selbstgefährdung oder depressiver Stimmungslage):

Leidet ein Bewohner bekanntermaßen unter Angstzuständen, so wäre es wünschenswert, dass er auch unabhängig von der Unterstützung bei Alltagsverrichtungen Hilfe zur Bewältigung seiner Ängste erhält. Die folgende Abbildung gibt den durchschnittlichen Zeitaufwand

⁶ Nach den vorliegenden Daten kann dagegen die Annahme, mobilitätseingeschränkte Bewohner könnten seltener als andere im Rahmen von Gruppenaktivitäten betreut werden, nur wenig zur Aufklärung beitragen. Der hierbei anfallende Leistungsaufwand fällt insgesamt nur wenig ins Gewicht.

für Bewohner wieder, die in dieser Hinsicht keine, eine mäßig oder eine schwer ausgeprägte Problemlage aufweisen.



Wie sich zeigt, bewegt sich der Umfang der Leistungen im Bereich der psychosozialen Betreuung/psychiatrischen Pflegeinterventionen (PSY) unabhängig von der Ausprägung dieser Problemlage in der gleichen Größenordnung.

In der folgenden Tabelle sind die Zeitwerte für Bewohner mit schwer ausgeprägten Angstzuständen ausgewiesen, diesmal differenziert nach dem Grad der Mobilität.

Bewohner mit schwer ausgeprägten Angstzuständen: Zeitaufwand in Abhängigkeit von Mobilitätseinschränkungen (N = 167)		
Mob.einschränkung	PSY	HBA
0	20,8	25,1
1	20,6	54,7
2	15,9	69,8
3	9,9	94,3

Diese Werte lassen erkennen, wie sehr der Leistungsumfang von der Mobilität abhängig ist, und bestätigen damit noch einmal die oben formulierte Einschätzung.

Die Gegenüberstellung mit den Zeiten im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen ergibt allerdings noch einen Hinweis, der eine Präzisierung erforderlich macht: Psychische Problemlagen - z.B. Angstzustände - führen dazu, dass während der Unterstützung bei Alltagsverrichtungen ggf. intensiv auf den Bewohner eingegangen werden muss, um ihre Durchführung überhaupt erst zu ermöglichen. Insofern werden sie auch bei der Versorgung von immobilen Bewohnern sicherlich nicht ignoriert, aber in einem anderen Kontext aufgegriffen.

Oftmals, dies legen auch unsere Beobachtungen vor Ort nahe, dürfte es dann nicht so sehr um die Beeinflussung von Angstzuständen als eigenständigem Pflegeproblem gehen als eher um die Herstellung der Voraussetzungen für die rasche Durchführung der Alltagsverrichtung (vgl. Ausführungen oben). Zudem darf nicht übersehen werden, dass Hilfen bei Alltagsverrichtungen trotz ihres verhältnismäßig hohen Umfangs auf einen eher engen Zeitrahmen begrenzt bleiben. Die überwiegende Zeit des Tages bleiben die Bewohner zwangsläufig auf sich allein gestellt, möglicherweise unter Beobachtung des Pflegepersonals, jedoch ohne direkte Unterstützung. Um die entsprechenden zeitlichen Dimensionen zu illustrieren, wurden die durchschnittlichen Betreuungszeiten⁷ während des Früh- und Spätdienstes errechnet. Diese Zeiten stellen sich, differenziert nach ausgewählten Problemlagen der Bewohner, folgendermaßen dar:

Durchschnittliche Betreuungszeit je Bewohner und Tag während des Früh- und Spätdienstes			
<i>Problemlage</i>	<i>keine</i>	<i>mäßig</i>	<i>schwer</i>
Depressive Stimmungslage	85	82	96
Angstzustände	75	95	96
Aggressives Verhalten	84	92	90
Selbstgefährdung	80	88	105
Fremdgefährdung	86	90	95
"Weglauffendenzen"	79	99	129

Die mittlere Betreuungszeit über alle Bewohner liegt bei 87 Minuten, dies entspricht einem Anteil von rund 10% eines 14 bis 15 Stunden umfassenden Tagesdienstes (Früh- und Spätdienst). Die nach Problemlagen differenzierten Zeitwerte lassen erkennen, dass die Betreuungszeiten mit zunehmender Ausprägung der jeweiligen Problemlage ansteigen, allerdings in einem insgesamt eher moderaten Ausmaß. Im Durchschnitt bleiben auch die Bewohner mit schwer ausgeprägten Problemlagen während des Tagesdienstes mindestens 12 Stunden lang ohne direkte Einbindung in eine Einzel- oder Gruppenbetreuung durch Einrichtungsmitarbeiter. Daraus lässt sich zwar nicht schließen, dass sie während dieser Zeit völlig auf sich allein gestellt sind; so gibt es im Rahmen von tagesstrukturierenden Maßnahmen immer wieder Phasen, in denen sich die Bewohner auf Initiative der Mitarbeiter und unter Beobachtung selbst beschäftigen. Andererseits ist es insbesondere bei Bewohnern mit schwer ausgeprägten gerontopsychiatrischen Problemlagen fraglich, inwieweit sie ohne *direkte* Unterstützung hierzu noch in der Lage sind. Zudem zeigte bereits die Auswertung des Leistungsumfangs, dass die verfügbaren zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter weitgehend ausgeschöpft sind, was sich auch durch die Beobachtungen der Studienbegleiter vor Ort bestätigen lässt; die Anleitung zu selbständiger Beschäftigung bzw. die Beobachtung kann mit an-

⁷ Gemeint ist hier nicht der Leistungsaufwand, sondern die Zeitdauer, während der die Bewohner einzeln oder in Gruppen tatsächlich Versorgung erhalten. Während beispielsweise im Falle einer einstündigen Gruppenaktivität mit sechs Bewohnern nur 10 Minuten Leistungsaufwand je Bewohner berücksichtigt wurden, bezieht die Berechnung der Betreuungszeiten die vollen 60 Minuten je Bewohner ein.

deren Worten außerhalb der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, also während des größten Teils des Tages, nur "nebenbei" erfolgen.

Dies verdeutlicht noch einmal, dass die Vorstellung, die auf psychiatrische Problemlagen gerichtete Versorgung könnte, gewissermaßen "in einem Aufwasch", während der Hilfen bei Alltagsverrichtungen in ausreichendem Maße geleistet werden, eine Fehleinschätzung darstellt. Auch eine psychosoziale Betreuung bzw. spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen können, wenn sich der Zeitumfang wie im Falle des erhobenen Leistungsprofils auf durchschnittlich 14 Minuten je Bewohner und Tag (Früh- und Spätdienst: rund 12 Minuten) beläuft, angesichts des hohen Anteils von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Problemlagen schwerlich als angemessen bewertet werden. Dies sei abschließend noch einmal anhand der Betreuungszeit bei orientierungs-/gedächtnisfördernden Maßnahmen im Wochendurchschnitt aufgezeigt:

Orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen: Mittlere wöchentliche Betreuungszeit (N = 715)					
Mittlere wöchentliche Betreuungszeit	Anzahl der Bewohner nach Grad der Orientierungseinschränkung				Zusammen
	0	1	2	3	
Keine*	66	35	24	68	193
Bis unter 10 Min.	47	39	24	114	224
10 bis unter 20 Min.	3	12	20	67	102
20 bis unter 30 Min.	3	8	8	36	55
30 Min. und mehr	10	12	26	93	141

*Einschl. Bewohner mit einem Mittelwert zwischen 0 und 1 Minute/Woche (28 Fälle).

Danach erhielten 193 oder 27% der Bewohner während des Erhebungszeitraumes keine (bzw. keine nennenswerten) orientierungs-/gedächtnisfördernden Maßnahmen, wenngleich zwei Drittel von ihnen Orientierungseinschränkungen aufwiesen. Die Zahlen lassen des weiteren erkennen, dass nur eine Minderheit der orientierungseingeschränkten Bewohner regelmäßig in eine entsprechend ausgerichtete Einzel- oder Gruppenbetreuung eingebunden ist.

3.2 Ressourcenorientierte Pflege?

In der Fachliteratur werden verschiedene Begriffe zur Bezeichnung einer Pflege verwendet, die nicht allein auf die Sicherstellung der für den Lebensalltag und den Erhalt der Gesundheit erforderlichen Verrichtungen abzielt, sondern die Förderung von Selbständigkeit, Eigenaktivität und Individualität als übergeordnete Pflegeziele definiert (vgl. Krohwinkel 1998, Lepthin 1996, Müller 1994, Matthes 1989, Böhm 1991). Wir verwenden im Rahmen unseres Berichtes den Begriff "ressourcenorientierte Pflege".

Ressourcenorientierte Pflege geht von der Grundüberlegung und auch den z.T. durch wissenschaftliche Studien belegten Erfahrungen aus, dass eine Pflege, die sich ausschließlich der Kompensation von Selbstversorgungsdefiziten widmet (Übernahme der Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige nicht mehr selbst ausführen kann), wenig geeignet ist, die Wiederherstellung verlorener oder eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeiten zu unterstützen bzw. fortschreitenden Autonomieverlusten oder Funktionseinschränkungen entgegenzuwirken (Tappen 1994, Wahl/Baltes 1995, Neumann et al. 1993). Die Grundhaltung der ressourcenorientierten Pflege (vgl. Arets et al. 1999) ist dadurch gekennzeichnet, dass die Pflegenden nicht allein auf Abhängigkeit bzw. unselbständiges Verhalten reagieren (Defizitorientierung) und dabei selbständiges Verhalten tendenziell ignorieren und nicht zulassen. Sie umfasst vielmehr

- ein Vorgehen, bei dem in der Pflegesituation - unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und des Zustandes des Pflegebedürftigen - entschieden wird, in welcher Form Hilfe geleistet wird, wobei der Grundsatz gilt, die jeweils erforderlichen Handlungen vom Pflegebedürftigen selbst ausführen zu lassen, ohne (auch psychische) Überforderungen zu provozieren;
- die Durchführung systematischer Anleitung(sprogramme), zum Teil im Bereich der Alltagsverrichtungen, zum Teil aber auch losgelöst davon (Trainingsmaßnahmen) (Tappen 1994, Coyne/Hoskins 1997);
- eine weitestmögliche Einbeziehung der Pflegebedürftigen bei der Entscheidung über die Ausgestaltung des Versorgungsalltags und der Pflege im engeren Sinne (gemeinsames Erarbeiten/Aushandeln von Pflegezielen) (vgl. Peters 1993);
- übergeordnete Konzepte zur Förderung von Selbständigkeit und Alltagskompetenz, wie sie im Ansatz der sog. Milieuthherapie bzw. der soziotherapeutisch ausgerichteten Pflege zum Ausdruck kommt (Jenny 1996, Müller 1994, Kistner 1994).

Da es sich bei unserem Projekt um eine *quantitativ* ausgerichtete Untersuchung handelt, können nicht alle dieser Merkmale abgebildet werden (beispielsweise übergreifende Maßnahmen zur Tagesstrukturierung oder Einbeziehung von Bewohnern in Entscheidungen zur Gestaltung des Versorgungsalltags). Auf der Grundlage der erhobenen Daten lässt sich allerdings überprüfen, inwieweit sich die pflegerischen Maßnahmen selbst am Grundsatz der ressourcenorientierten Pflege ausrichten, da bei den Hilfen bei Alltagsverrichtungen zu dokumentieren war, in welcher Form die Unterstützung geleistet wurde.

Wie schon in Kapitel 2.1 kurz dargestellt, steht im Arbeitsalltag die vollständige Übernahme von Tätigkeiten, die zur Durchführung von Alltagsverrichtungen erforderlich sind, im Vordergrund (rund 76% des Zeitaufwandes). Die folgende Tabelle differenziert die Anteile der Hilfformen noch einmal für ausgewählte Alltagsverrichtungen:

Hilfeformen bei ausgewählten Alltagsverrichtungen (Anteile in Prozent der Maßnahmen, nur Einzelbetreuung)					
	Vollständige Übernahme	Teilweise Übernahme	Unterstützung	Anleitung	Beaufsichtigung
Nahrungsaufnahme	47,1	13,0	19,2	13,9	6,9
Kleiden	76,9	13,9	4,0	3,6	1,5
Waschen	77,5	14,5	2,7	3,2	2,1
Duschen/Baden	80,1	13,6	2,8	2,3	1,2
Toilettengang	80,7	9,1	4,8	3,2	2,2

Der Anteil der vollständigen Übernahme liegt mit Ausnahme der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme⁸ durchweg über 75%. Eine genauere Einschätzung erfordert allerdings, die Hilfeform im Zusammenhang mit den Fähigkeiten der Bewohner, die betreffende Verrichtung selbstständig durchzuführen, zu sehen. Die folgende Tabelle zeigt entsprechende Ergebnisse exemplarisch für das An- und Auskleiden:

Durchschnittlicher Anteil der Hilfeformen beim Kleiden, differenziert nach Grad der Selbständigkeit (in Prozent)		
	Teilweise selbständig (N=271)	unselbständig (N=318)
Vollständ. Übernahme	58,3	94,9
Teilweise Übernahme	26,8	3,9
Unterstützung	7,1	0,8
Anleitung	6,1	0,5
Beaufsichtigung	1,6	0,0
<i>Zusammen</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Maßnahmen, bei denen der Bewohner eine aktive Rolle spielt, werden demnach bei teilweise selbständigen Bewohnern zwar häufiger durchgeführt als bei Bewohnern, die im Hinblick auf diese Verrichtung als weitgehend unselbständig gelten können. Doch steht auch bei den teilweise selbständigen Pflegebedürftigen eine vollständige Übernahme der Verrichtungen im Vordergrund des Versorgungsalltags. Bemerkenswert ist außerdem, dass sich hier der Anteil der Anleitung im Durchschnitt auf lediglich 6% der erhaltenen Hilfen beim Kleiden beläuft.

Eine vollständige Übernahme erfolgt also häufig auch dann, wenn der Bewohner in der Lage wäre, die Verrichtung zumindest teilweise selbst zu bewältigen. Bewohner hingegen, die ihre Selbständigkeit weitgehend verloren haben, erhalten nur ausnahmsweise eine Hilfestellung,

⁸ Die Nahrungsaufnahme gehört zu den Verrichtungen, die für dementiell Erkrankte leichter zu bewältigen sind als andere, weil die hierzu erforderlichen Fähigkeiten verhältnismäßig lang erhalten bleiben: "Eating is the last ADL to be relinquished by patients with dementia" (Coyne/Hoskins 1997: 277).

die auf deren Wiedergewinnung zielt. Diese Dominanz einer auf den *Ausgleich von Unselbstständigkeit* gerichteten Versorgung ist noch stärker ausgeprägt, als es die soeben präsentierten Zahlen nahelegen. So wäre zu erwarten, dass die Anleitung eines in seiner Beweglichkeit und auch oftmals in seiner Orientierung eingeschränkten Bewohners deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt als eine vollständige Übernahme durch die Pflegenden (vgl. Krohwinkel 1992, Wagener et al. 1998). Nach den vorliegenden Daten ist dies jedoch nicht der Fall. Am Beispiel des An- und Auskleidens zeigt sich vielmehr, dass die Einzelmaßnahmen unabhängig von der Form, in der die Unterstützung erfolgt, im Durchschnitt in der gleichen zeitlichen Größenordnung liegen (rund 4 Minuten je Maßnahme). Im Falle der Anleitung beim An- und Auskleiden beläuft sich der Anteil der Maßnahmen, deren Dauer bis zu 3 Minuten umfasst, auf 45%. Es ist schwer vorstellbar, dass innerhalb solcher Zeitmargen eine Anleitung möglich ist, die einen Effekt auf die Selbstversorgungsressourcen des Pflegebedürftigen ausüben. Der Anteil der Anleitungen mit einem Umfang von mehr als 10 Minuten hingegen ist mit knapp über 1% verschwindend gering.

Was hier am Beispiel der Verrichtung An- und Auskleiden aufgezeigt wurde, findet sich in der Grundtendenz auch bei anderen Alltagsverrichtungen wieder: Versorgungssequenzen, deren Struktur und Umfang auf eine wirksame ressourcenfördernde Pflege schließen lassen, stellen im Heimalltag eher die Ausnahme dar. Zwar folgt die Pflege in den untersuchten Wohnbereichen nicht durchgängig dem Grundsatz, dem Bewohner alle Tätigkeiten abzunehmen; sie bleiben ihm i.d.R. offensichtlich jedoch nur dann überlassen, wenn zu erwarten ist, dass sich die Alltagsverrichtung dadurch nicht in die Länge zieht.

Damit ist die u.E. wichtigste Ursache für den geringen Stellenwert ressourcenfördernder Maßnahmen angesprochen. Es ist nicht auszuschließen, dass in diesem Zusammenhang auch Fragen der Personalqualifikation eine Rolle spielen, im Vordergrund stehen jedoch sicherlich die Faktoren Zeit und Arbeitsbelastung⁹. Die Befürchtung (oder Gewissheit), das anstehende Arbeitspensum nicht bewältigen zu können oder für akuten Hilfebedarf anderer Bewohner nicht zur Verfügung zu stehen, fördert nach unseren Beobachtungen die Tendenz, eine Maßnahme so rasch wie möglich zu erledigen und dabei ggf. auch Eigenaktivität von Bewohnern zurückzuweisen, wie folgende, im Rahmen von Beobachtungen protokollierte Äußerungen von Pflegenden illustrieren mögen:

Die Bewohnerin versucht, beim Anziehen des Nachthemdes mitzumachen und hantiert dabei an den Ärmeln herum. Die Mitarbeiterin versucht sie davon abzuhalten: "Ist gut, ist gut...ich mach das schon..."

"Geben Sie mir die Zähne – nein, geben Sie her, ich mach das, dafür bin ich da – Sie könnten das vielleicht selber machen, aber das dauert mir zu lange."

⁹ Die nähere Überprüfung der Daten ergab keinen nennenswerten Unterschied in der nach Mitarbeiterqualifikation getrennt betrachteten Gewichtung der Hilfeformen (vgl. Kapitel 5).

3.3 Personelle Kontinuität

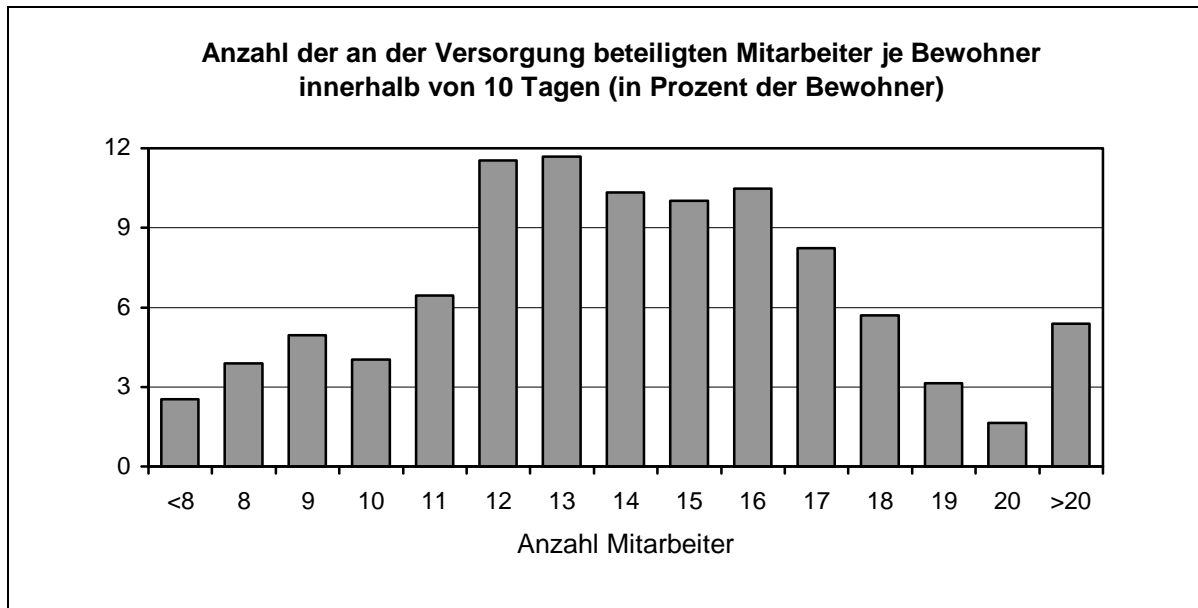
Personelle Kontinuität ist insbesondere unter drei Gesichtspunkten eine wichtige Anforderung in der vollstationären Pflege: Sie gewährleistet eine gewisse Stetigkeit in der Umsetzung der für den jeweiligen Bewohner gesteckten Pflegeziele und bietet bessere Voraussetzungen für das Erkennen und Beurteilen von Veränderungen der im Einzelfall vorliegenden Problemlagen. Darüber hinaus stellt häufiger Personalwechsel für die meisten Pflegebedürftigen eine Belastung dar, da die Mitarbeiter oftmals unterschiedliche Arbeitsstile bevorzugen und sich die Bewohner insofern immer wieder auf veränderte Formen der Zusammenarbeit mit den Pflegenden einstellen müssen. Schließlich ist Personalkontinuität besonders für demenziell erkrankte Bewohner wichtig, weil Veränderungen ihrer Umgebung oftmals Verunsicherungen auslösen und ihre Orientierungsprobleme ggf. verstärken können.

Personelle Kontinuität kann in der beruflichen Pflege allerdings nur bedingt sichergestellt werden. Personalwechsel ist aufgrund der Dienstorganisation unvermeidlich, und auch die unterschiedlichen Qualifikationsvoraussetzungen machen eine Arbeitsteilung erforderlich, die aus der Perspektive des Bewohners die personelle Kontinuität beeinträchtigt.

Es gibt kein einfaches Maß, mit dem Personalkontinuität über längere Zeiträume plastisch abgebildet werden kann. Anhand der erhobenen Daten lässt sich jedoch immerhin ermitteln, wie viele Mitarbeiter in welchem Umfang innerhalb eines definierten Zeitraumes an der Versorgung der einzelnen Bewohner beteiligt waren. Bei den folgenden Berechnungen wurden die Daten der ersten zehn Erhebungstage je Bewohner zugrunde gelegt¹⁰.

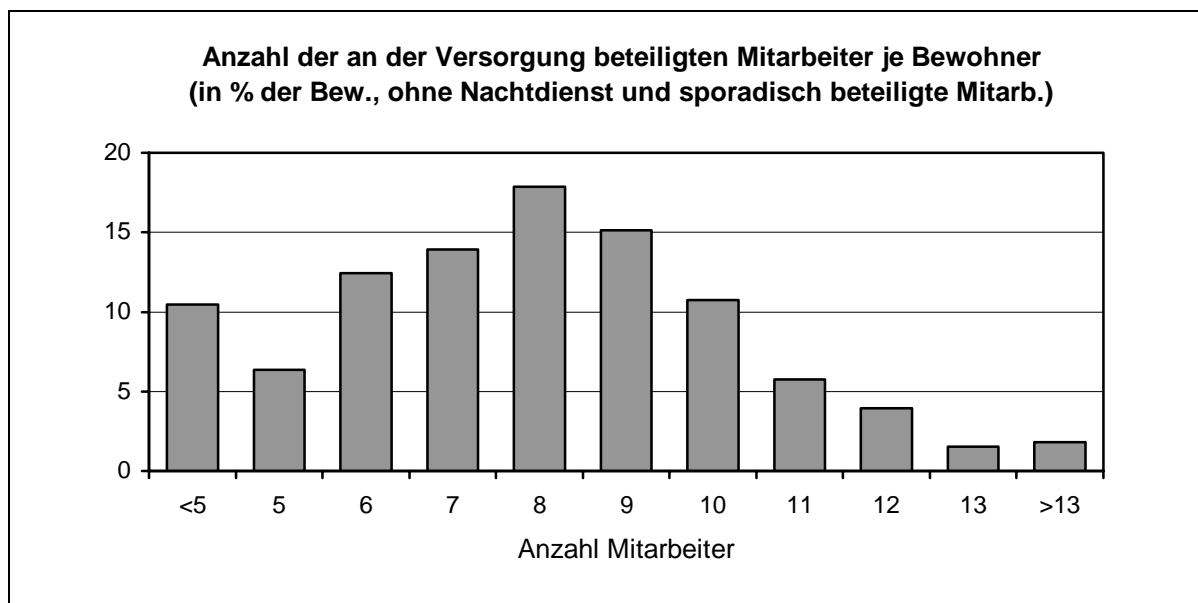
Im Durchschnitt waren je Bewohner innerhalb des Zeitraumes von 10 Tagen insgesamt 14 Mitarbeiter beteiligt. Jeder von ihnen führte im Mittel 15 Maßnahmen mit einem Gesamtzeitumfang von knapp einer Stunde durch. Deutlicher als diese Durchschnittswerte lässt sich die Personalfluktuations anhand der folgenden Abbildung ablesen.

¹⁰ Bewohner, für die innerhalb dieser Phase nicht mindestens sieben Tage dokumentiert wurden, blieben ausgeschlossen. Nicht berücksichtigt wurde des Weiteren ein Wohnbereich, in dem die Dokumentation an einigen Erhebungstagen lückenhaft war (diese Erhebungstage blieben bei der Auswertung der erhobenen Daten generell unberücksichtigt). Die Zahlen beruhen somit auf der Auswertung der Daten von rund 670 Bewohnern. Maßnahmen in Form der Gruppenbetreuung blieben außer Betracht.



Um die Werte einordnen zu können, hilft folgende Überlegung: Wenn unterstellt wird, dass im Früh- und Spätdienst jeweils zwei verschiedene Personen und im Nachtdienst ein Mitarbeiter an der Versorgung eines Bewohners beteiligt sind und innerhalb des hier gewählten Zeitraumes ein kompletter Wechsel des Personals stattfindet, so ergäbe sich eine Zahl von 10 Mitarbeitern je Bewohner. Diese oder eine bessere Relation wird nur in 15% der Fälle erreicht.

Allerdings gibt es große Unterschiede im Umfang, in dem einzelne Mitarbeiter an der Versorgung eines Bewohners beteiligt sind. Einen in dieser Hinsicht differenzierteren Eindruck erhält man, wenn der Nachtdienst ebenso wie Mitarbeiter ausgeschlossen bleiben, die nur sporadisch (zwei Maßnahmen oder bis zu fünf Minuten pro Tag) an der Versorgung beteiligt sind. Hierbei ergibt sich ein grundlegend verändertes Bild:



Demnach weisen immerhin rund 60% der Bewohner (gegenüber 15% bei der oben dargestellten Berechnungsweise) Werte auf, die rechnerisch einer Versorgung entsprechen, bei der im Früh- und Spätdienst jeweils zwei Mitarbeiter regelmäßig Versorgung leisten und dieses "Team" innerhalb von 10 Tagen einmal komplett ausgewechselt wird. Im Durchschnitt entfällt auf diese Mitarbeiter rund 70% der vom Bewohner erhaltenen Versorgungszeit.

Solche Konstellationen stellen unter Berücksichtigung der erwähnten, unvermeidlichen Grenzen für die Sicherstellung von Personalkontinuität kein schlechtes Ergebnis dar. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass eine starke Minderheit von 40% der Bewohner weniger Personalkontinuität erlebt und sogar eine aus dem Blickwinkel der Arbeitsorganisation relativ hohe Kontinuität aus der Perspektive des Bewohners mit häufigem Wechsel von Personen verbunden ist.

3.4 Fazit

Auf der Basis der erhobenen Daten kann zwar keine umfassende Beschreibung der Versorgungsqualität in den untersuchten Wohnbereichen vorgenommen werden, doch lassen sich ungeachtet dessen bestimmte, unter Qualitätsgesichtspunkten wichtige Merkmale der Versorgung aufzeigen:

- Hilfen bei Alltagsverrichtungen stehen sehr stark im Vordergrund der Versorgung. Die in diesem Zusammenhang durchgeführten Maßnahmen sind zeitlich allerdings meist so knapp bemessen, dass schwer vorstellbar ist, wie in diesem Rahmen auf individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse der Bewohner eingegangen werden soll. Die Versorgung erfolgt in der Regel unter erheblichem Zeitdruck und muss daher oftmals auf das Notwendigste begrenzt bleiben.
- Der Versorgungsalltag ist ferner dadurch geprägt, dass - abgesehen von den für den Erhalt der körperlichen Gesundheit erforderlichen Maßnahmen - in erster Linie auf aktuelle, von den Mitarbeiter unmittelbar wahrnehmbare Hilfebedarfe reagiert wird. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich daher auf solche Bewohner, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner sind, um so geringer ist ihre Chance, außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen Betreuung zu erhalten.
- Damit geht einher, dass die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen verhältnismäßig wenig an der individuellen Ausprägung gerontopsychiatrischer Problemlagen ausgerichtet ist, sofern sich diese außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen bemerkbar machen. Die Beeinflussung dieser Problemlagen scheint eher selten als eigenständiges Pflegeziel umgesetzt zu werden. Sie führen vor allem dann zu Reaktionen, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung (oder auch eine Belästigung anderer Bewohner) ab-

gewendet werden soll oder wenn sie der Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Alltagsverrichtungen entgegenstehen. Psychosoziale Betreuung oder geplante psychiatrische Pflege nehmen, gemessen am Zeitvolumen, als eigenständige Maßnahmen außerhalb der Alltagsverrichtungen einen insgesamt recht bescheidenen Platz im Versorgungsalltag ein.

- Im Arbeitsalltag kommt der vollständigen Übernahme von Tätigkeiten, die zur Durchführung von Alltagsverrichtungen erforderlich sind, großes Übergewicht zu. Diese Hilfeform wird häufig auch dann bevorzugt, wenn der Bewohner in der Lage wäre, die Verrichtung teilweise selbst zu bewältigen. Bewohner, die in ihrer Selbständigkeit sehr weitgehend eingeschränkt sind, erhalten nur ausnahmsweise eine Hilfestellung, die auf eine Wiedergewinnung der verlorenen Selbsthilferessourcen zielt.
- Das Übergewicht der vollständigen Übernahme und insbesondere der geringe Anteil von Anleitung verweist auf eine nicht durchgängig, aber *in der Haupttendenz* defizitorientierte Pflege. Es gibt durchaus Ansätze, Bewohnern eine aktive Rolle bei den Alltagsverrichtungen zu überlassen. Sie konzentrieren sich jedoch offensichtlich auf Personen bzw. Situationen, bei denen davon auszugehen ist, dass sich die Alltagsverrichtung durch ein solches Vorgehen nicht in die Länge zieht. Sofern Anleitung erfolgt, bewegen sich die betreffenden Maßnahmen in ähnlich schmalen Zeitfenstern wie bei anderen Hilfeformen. Zeitlich umfangreiche Anleitungen besitzen im Versorgungsalltag Seltenheitswert.
- Ausschlaggebend für den geringen Stellenwert aktivierender, rehabilitativ ausgerichteter Hilfeleistungen dürften mangelnde Zeit bzw. hohe Arbeitsbelastung sein. Sie bilden eine objektive Grenze, fördern aber auch bei den Mitarbeitern eine Grundhaltung, in der sie danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen und dabei ggf. auch Eigenaktivität von Bewohnern zurückzuweisen.
- Diese Einschätzung zum Stellenwert ressourcenfördernder Pflege im Versorgungsalltag muss insofern etwas relativiert werden, als sie sich auf den Bereich der Einzelbetreuung bezieht. Trainingsmaßnahmen zum Erhalt und zur Förderung von Selbständigkeit werden in einem Teil der Einrichtungen in Form von Gruppenaktivitäten durchgeführt, und auch die gemeinsame Einnahme von Mahlzeiten wird zum Teil dazu genutzt, zum selbständigen Handeln anzuleiten. Des weiteren konnte im Verlauf der Erhebungen beobachtet werden, dass einzelne mobile (und eingeschränkt orientierte) Bewohner über längere Zeiten des Tages hinweg nicht durchgängig betreut, aber doch relativ kontinuierlich im Rahmen einer individuellen Tagesstrukturierung begleitet und zur Eigenaktivität ermutigt wurden. Soweit sich das aus den Beobachtungen vor Ort und den vorliegenden Daten schließen lässt, finden solche Maßnahmen jedoch nur selten statt.
- Personelle Kontinuität kann in den untersuchten Wohnbereichen nur begrenzt hergestellt werden. Nach den vorliegenden Daten kann von einer überdurchschnittlichen Kontinuität bereits dann gesprochen werden, wenn der Personalwechsel innerhalb eines Zeitraums

von 10 Tagen nicht dazu führt, dass mehr als 8 verschiedene MitarbeiterInnen *in größerem Umfang* an der Versorgung eines Bewohners beteiligt sind.

Generell muss berücksichtigt werden, dass mit diesen Ergebnissen und Einschätzungen Merkmale angesprochen sind, die die Versorgungssituation in unserer Studienpopulation *insgesamt* betreffen und insofern den jeweiligen Wohnbereichen nicht immer gerecht werden. Doch ungeachtet einzelner Wohnbereiche, die sich positiv abheben, zeigt sich im Gesamtbild eine angespannte Versorgungssituation, in der offenkundig wenig Spielraum für eine qualitativ hochwertige Pflege besteht.

4. Bewohner mit gerontopsychiatrischen Problemlagen

K. Wingenfeld, J. Lademann

Das Ziel, empirisch gesicherte Informationen zu Fragen der Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Pflegebedürftigen zu erhalten, war einer der wesentlichen Entstehungsgründe des Projektes "Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen". Diese Gruppe der Heimbewohner, deren Anteil seit vielen Jahren stetig zunimmt, hat nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Anlass hierzu gab insbesondere der Umstand, dass sich die Kriterien zur Bemessung von Leistungsansprüchen nach dem SGB XI auf den Hilfebedarf bei bestimmten, in §14 Abs. 4 SGB XI abschließend definierten Alltagsverrichtungen beziehen und somit einige für diese Pflegebedürftigen elementare Unterstützungserfordernisse weitgehend ausblenden. Dies gilt etwa für die Förderung kognitiver Ressourcen, sinn- und identitätsstiftende Hilfen sowie für die Anleitung und Beobachtung in der gesamten Lebensführung, die sich nicht in den vom SGB XI berücksichtigten Alltagsverrichtungen erschöpft. Vor diesem Hintergrund wird seit Jahren die These vertreten, dass im Rahmen der vollstationären Pflege vor allem dementiell erkrankte Heimbewohner einen Hilfebedarf aufweisen und damit einen Leistungsumfang erforderlich machen, der oftmals in einem Missverhältnis zu ihrer Pflegestufe steht.

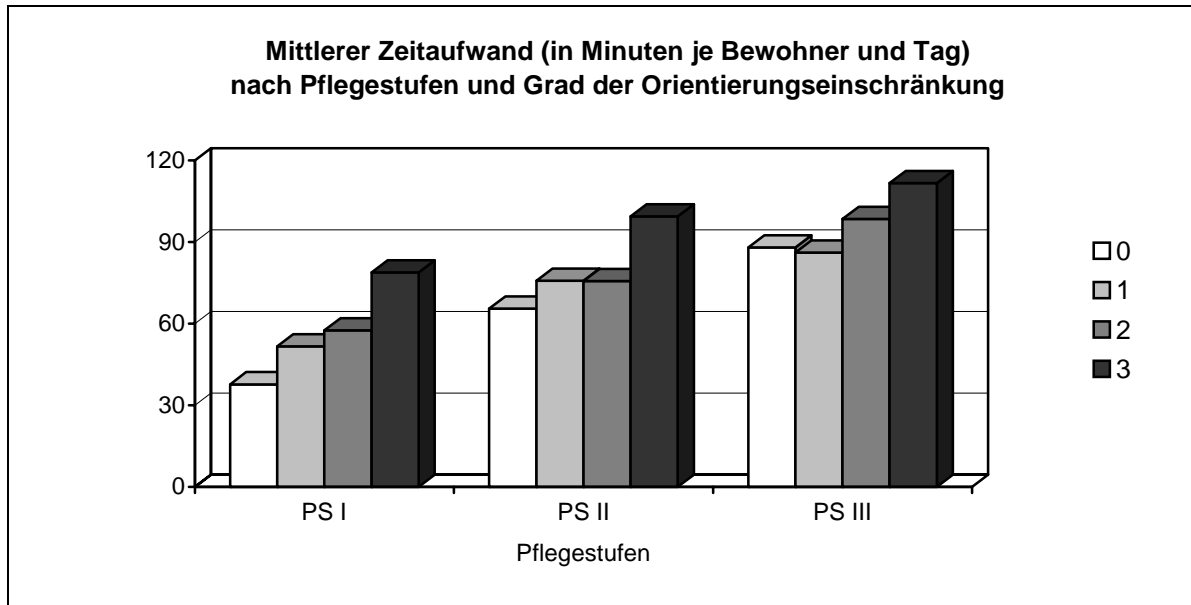
Aber auch unabhängig davon stellt sich die Frage, ob das Leistungsprofil vollstationärer Einrichtungen auf die Problemlagen gerontopsychiatrisch Erkrankter hinreichend eingestellt ist. Neben dem Verhältnis zwischen Leistungsumfang und Leistungsstruktur bildet diese Frage einen zweiten Schwerpunkt der folgenden Ausführungen, wobei den Problemfeldern und Anforderungen im Nachtdienst, deren Untersuchung eine gesonderte Zielsetzung des Projektes darstellte, ein eigenes Kapitel gewidmet ist.

4.1 Pflegestufen, Leistungsumfang und gerontopsychiatrische Problemlagen

Wie die bereits dargestellten Untersuchungsergebnisse belegen, gibt es zwar eine signifikante, aber nur mittelstark ausgeprägte Korrelation zwischen Zeitaufwand und Pflegestufen (vgl. Kapitel 2.2). Dies bedeutet, dass Bewohner mit einem Leistungsumfang in vergleichbarer Größenordnung unterschiedliche Pflegestufen aufweisen. So beträgt die Wahrscheinlichkeit, auf der Basis eines ermittelten Zeitaufwandes zwischen 30 und 60 Minuten korrekt vorherzusagen, ob es sich um einen Bewohner der Pflegestufe II oder Pflegestufe I handelt, im Falle unserer Studienpopulation unter 50%. Ähnliches gilt für die Vorhersage der Pflegestufe II oder III im Bereich zwischen 90 und 150 Minuten Zeitaufwand. Umgekehrt weisen Bewohner mit der gleichen Pflegestufe sehr unterschiedliche Leistungsvolumina auf.

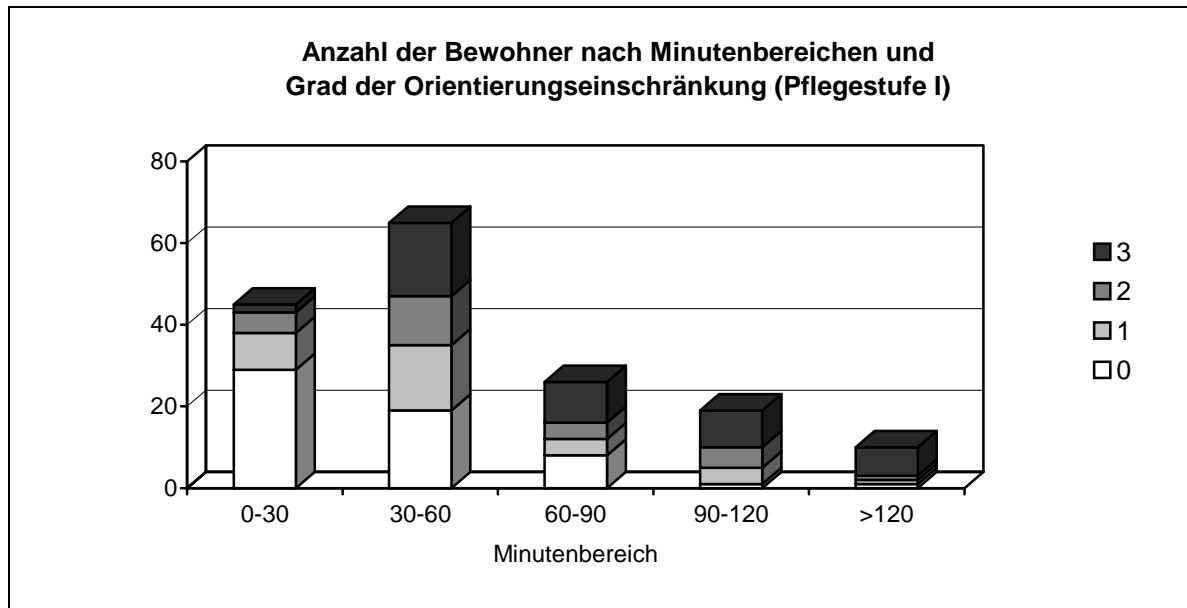
Es stellt sich nun die Frage, ob hier ein systematischer Zusammenhang zwischen der Streuung der Zeitwerte innerhalb der Pflegestufen und dem Vorliegen gerontopsychiatrischer Problemlagen existiert. Zur Beantwortung dieser Frage wurde der durchschnittliche Zeitaufwand

je Pflegestufe für die nach dem Grad der Orientierungseinschränkung unterschiedenen Bewohnergruppen ausgewiesen. Das Ergebnis veranschaulicht folgende Grafik, bei der allerdings zu berücksichtigen ist, dass die Werte für die Pflegestufe III kaum statistische Aussagekraft haben, da hier die Gruppen 0, 1 und 2 lediglich mit zwischen 10 und 20 Bewohnern besetzt sind. Aufgrund zu geringer Fallzahlen wurde auf eine Darstellung der Pflegestufe G gänzlich verzichtet.



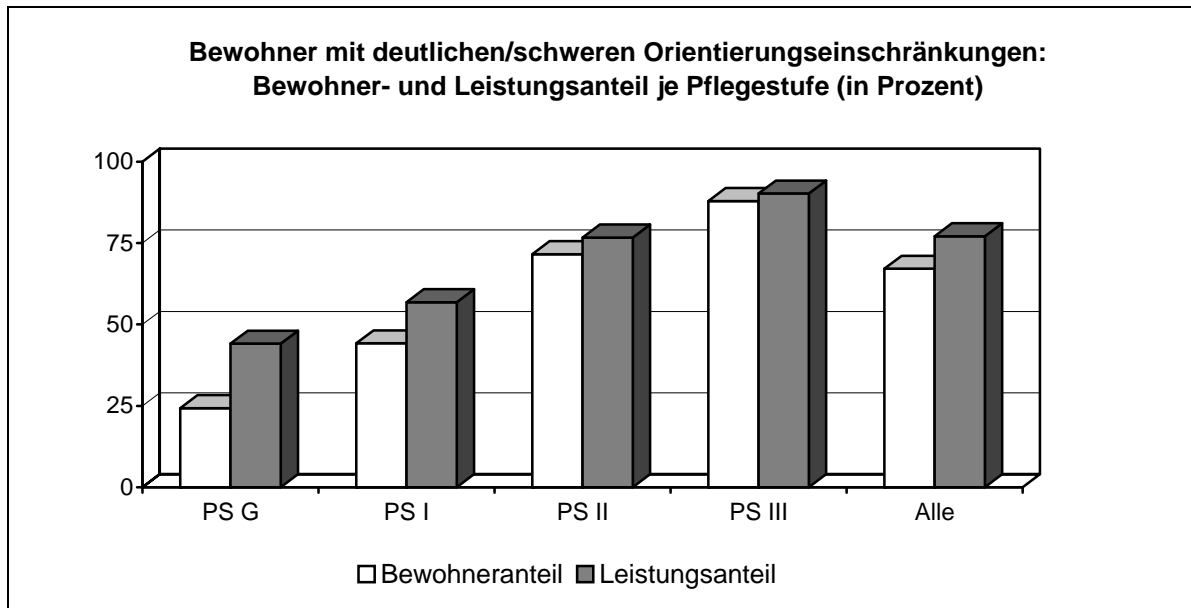
Die Bedeutung von Orientierungseinschränkungen für das Gefälle des Zeitaufwandes ist hier unverkennbar, besonders im Falle der Pflegestufen I und II. So liegt der Leistungsaufwand bei weitgehend desorientierten Bewohnern mit der Pflegestufe I mehr als doppelt so hoch wie bei unbeeinträchtigten Bewohnern mit der gleichen Pflegestufe.

Der Zusammenhang zwischen Zeitaufwand und Orientierungseinschränkungen lässt sich auch anders darstellen, indem der Anteil der Bewohnergruppen mit dem jeweiligen Grad der Orientierungseinschränkung nach Minutenbereichen ausgewiesen wird. Auch hier zeigt sich, dass Bewohner mit zunehmenden Orientierungseinschränkungen in den höheren Minutenbereichen überproportional vertreten sind:



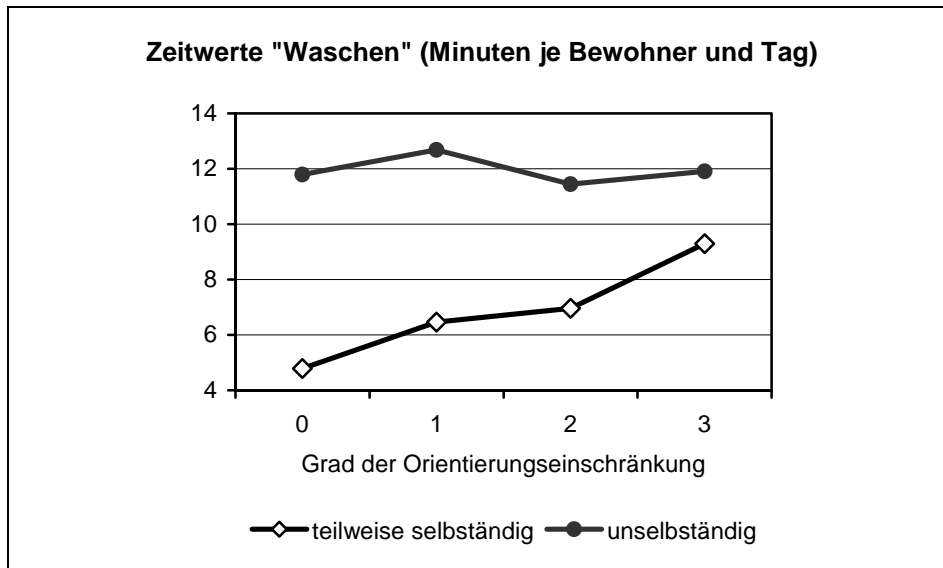
Es wurde bereits in den vorangegangenen Ausführungen dargestellt, dass nicht nur Einschränkungen der Orientierungsfähigkeit, sondern auch Einschränkungen der Mobilität einen eigenständigen statistischen Effekt auf das durchschnittliche Zeitvolumen haben. Insofern war zu überprüfen, inwieweit das Merkmal Mobilitätseinschränkung in diesem Zusammenhang als intervenierende Variable wirksam wird und damit zu Verzerrungen führt (was insbesondere dann geschehen kann, wenn Mobilitäts- und Orientierungseinschränkungen bei vielen Bewohnern gemeinsam auftreten). Eine nähere Auswertung der Daten ergab allerdings, dass sich der Zusammenhang zwischen Orientierungseinschränkungen und Zeitaufwand auch dann feststellen lässt, wenn man die Bewohner mit ein und derselben Pflegestufe entsprechend ihrer Mobilität in Gruppen einteilt. Mit anderen Worten: Auch bei Bewohnergruppen mit der gleichen Pflegestufe, die im Hinblick auf ihre Mobilität vergleichbar sind, ist der Zusammenhang zwischen Leistungsvolumen und Orientierungseinschränkungen deutlich sichtbar.

Vor diesem Hintergrund kann die These als bestätigt gelten, dass Bewohner mit gerontopsychiatrischen Problemlagen insgesamt wie auch in den jeweiligen Pflegestufen einen überdurchschnittlichen Anteil des Leistungsvolumens beanspruchen. Wie die folgende Grafik zeigt, fällt der Abstand zwischen Bewohneranteil und Leistungsanteil der Personen mit Orientierungseinschränkungen jedoch je nach Pflegestufe recht unterschiedlich aus (die Werte wurden hier zusammengefasst für Bewohner mit deutlichen oder schweren Orientierungseinschränkungen [Grad 2 und 3] berechnet):



Bewohner mit deutlichen/schweren Orientierungseinschränkungen machen insgesamt 67% der 709 Bewohner aus, für die uns Informationen zur Pflegestufe und zur Orientierungsfähigkeit vorliegen, auf sie entfallen jedoch 77% der erbrachten unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen. Wie gleichfalls deutlich wird, fällt der Unterschied zwischen dem jeweiligen Bewohneranteil und Leistungsanteil um so höher aus, je niedriger die Pflegestufe liegt: Während die Differenz zwischen Leistungsanteil und Bewohneranteil in der Pflegestufe III nur geringfügig ist, ergeben sich im Falle der Pflegestufe I Werte von 44% (Bewohneranteil) gegenüber 57% (Leistungsanteil). Am deutlichsten ist der Unterschied im Falle der Pflegestufe G ausgeprägt, allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass die Werte aufgrund der relativ geringen Fallzahl (knapp 40 Bewohner) nur wenig Aussagekraft haben.

Die überdurchschnittlichen Zeitwerte der orientierungseingeschränkten Bewohner sind in erster Linie auf überdurchschnittliche Zeitwerte im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen zurückzuführen. Die Steigerungen treten jedoch interessanterweise nur bei einem Teil der Bewohner auf, wie exemplarisch für die Verrichtung "Waschen" aufgezeigt werden soll:



Bei Bewohnern, die im Hinblick auf diese Verrichtung weitgehend unselbständig eingestuft wurden, existiert kein Zusammenhang zwischen dem Leistungsaufwand und dem Grad der Orientierungseinschränkung. Der durchschnittliche Minutenwert liegt unabhängig von der Orientierungsfähigkeit bei etwa 12 Minuten je Bewohner und Tag. Anders verhält es sich bei Bewohnern, die im Hinblick auf diese Verrichtung als teilweise selbständig eingestuft wurden. Hier lässt sich ein deutlicher Anstieg des Zeitaufwandes von im Durchschnitt 5 Minuten bei orientierten Bewohnern bis zu gut 9 Minuten bei weitgehend desorientierten Bewohnern feststellen. Ähnliche Zusammenhänge sind auch bei anderen Verrichtungen festzustellen. Am größten sind die Unterschiede im Falle der Nahrungsaufnahme. Hier ergeben sich mit zunehmender Orientierungseinschränkung vielfache Werte im Vergleich zu Bewohnern, die unter keinen Orientierungseinschränkungen leiden.

Im Unterschied zu diesen Tendenzen bewegen sich die Werte für den Maßnahmenbereich "psychosoziale Maßnahmen/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen", wie bereits in Kapitel 3.1 angesprochen, in etwa in der gleichen Größenordnung. Sie liegen im Falle der weitgehend desorientierten Bewohner (Grad 3) sogar niedriger als bei Bewohnern, die auf der Basis der hier verwendeten Skala als "deutlich eingeschränkt" orientiert eingestuft wurden (Grad 2).

Man darf insofern unterstellen, dass sich bei einer Pflege, die konsequenter auf gerontopsychiatrische Problemlagen ausgerichtet ist als das von uns erhobene Leistungsprofil, noch größere Abstände zwischen dem Leistungsaufwand von Bewohnern mit der gleichen Pflegestufe, aber unterschiedlich ausgeprägten kognitiven bzw. psychischen Beeinträchtigungen ergeben.

4.2 Gerontopsychiatrische Problemlagen und Leistungsmerkmale

In den Kapiteln 2 und 3 wurden bereits die wichtigsten Untersuchungsergebnisse präsentiert, die für die Einschätzung des Verhältnisses zwischen Art und Umfang der geleisteten Versorgung und den unter Heimbewohnern stark vertretenen gerontopsychiatrischen Problemlagen von Bedeutung sind. Wir können uns an dieser Stelle daher weitgehend auf eine Zusammenfassung der dort dargestellten Befunde begnügen:

Die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen ist, gemessen am Leistungsprofil, verhältnismäßig wenig an der individuellen Ausprägung gerontopsychiatrischer Problemlagen ausgerichtet, sofern sich diese außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen bemerkbar machen. Maßnahmen im Bereich "psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen" nehmen im Vergleich zu den Hilfen bei Alltagsverrichtungen einen vergleichsweise geringen Raum ein (17,2% gegenüber 74,6% der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen). Die Beeinflussung dieser Problemlagen scheint insofern eher selten als eigenständiges Pflegeziel umgesetzt zu werden. Sie führen vor allem dann zu Reaktionen, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung (oder auch eine Belästigung anderer Bewohner) abgewendet werden soll, wenn sie zu "Störungen" des Arbeitsablaufes führen oder wenn sie der Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Alltagsverrichtungen entgegenstehen. Psychosoziale Betreuung oder geplante psychiatrische Pflegeinterventionen nehmen, gemessen am Zeitvolumen, als eigenständige Maßnahmen außerhalb der Alltagsverrichtungen einen insgesamt recht bescheidenen Platz im Versorgungsalltag ein.

Es kommt hinzu, dass bestimmte Bewohnergruppen mit gerontopsychiatrischen Problemlagen unterdurchschnittlich mit Leistungen versorgt werden, die dem Bereich psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen zuzuordnen sind. Insbesondere die Problemlagen der in ihrer Mobilität und Kommunikation erheblich eingeschränkten Bewohner finden im Versorgungsalltag weniger Aufmerksamkeit als die anderer Bewohner. Der Versorgungsalltag ist eher dadurch geprägt, dass - abgesehen von den für den Erhalt der körperlichen Gesundheit erforderlichen Maßnahmen - in erster Linie auf aktuelle, von den Mitarbeitern unmittelbar wahrnehmbare Hilfebedarfe reagiert wird. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich daher auf Bewohner, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich ist. Je weniger mobil die Bewohner sind, um so geringer ist ihre Chance, außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen psychische Unterstützung zu erhalten. Das gleichzeitige Auftreten von schweren Mobilitätseinschränkungen und gerontopsychiatrischen Problemlagen kann daher als Risiko für eine individuell wenig problemangemessene Versorgung bezeichnet werden.

Die Untersuchung der Struktur der Hilfeformen zeigte, dass das absolute Übergewicht bei Maßnahmen liegt, die in Form der vollständigen Übernahme der zu einer Verrichtung erforderlichen Handlungen erfolgt. Die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen folgt in der Haupttendenz dem Grundsatz, Eigenaktivitäten des Bewohners bei Alltagsverrichtungen

zu fördern bzw. zuzulassen, wenn zu erwarten ist, dass sich die Zeitdauer der Verrichtung durch diese Eigenaktivität nicht wesentlich in die Länge zieht. Insbesondere Maßnahmen in Form der Anleitung bei der Durchführung von Alltagsverrichtungen sind daher im Versorgungsalltag recht gering vertreten. In den häufig auftretenden Phasen der hohen Arbeitsbelastung werden Eigenaktivitäten nicht nur nicht gefördert, sondern mitunter auch zurückgewiesen.

Personelle Kontinuität, die für gerontopsychiatrisch Erkrankte besonders wichtig ist, kann nur begrenzt hergestellt werden. Dies ist kein Spezifikum der untersuchten Wohnbereiche, sondern ein allgemeines Merkmal der gegenwärtigen vollstationären Pflege. Nach den vorliegenden Daten kann von einer überdurchschnittlichen Kontinuität bereits dann gesprochen werden, wenn der Personalwechsel innerhalb eines Zeitraums von 10 Tagen nicht dazu führt, dass mehr als 8 verschiedene Mitarbeiter während des Früh- und Spätdienstes *in größerem Umfang* an der Versorgung eines Bewohners beteiligt sind. Faktisch ist die Anzahl der betreuenden Personen, mit denen die Bewohner (wenn zum Teil auch nur kurzzeitig) konfrontiert werden, deutlich höher.

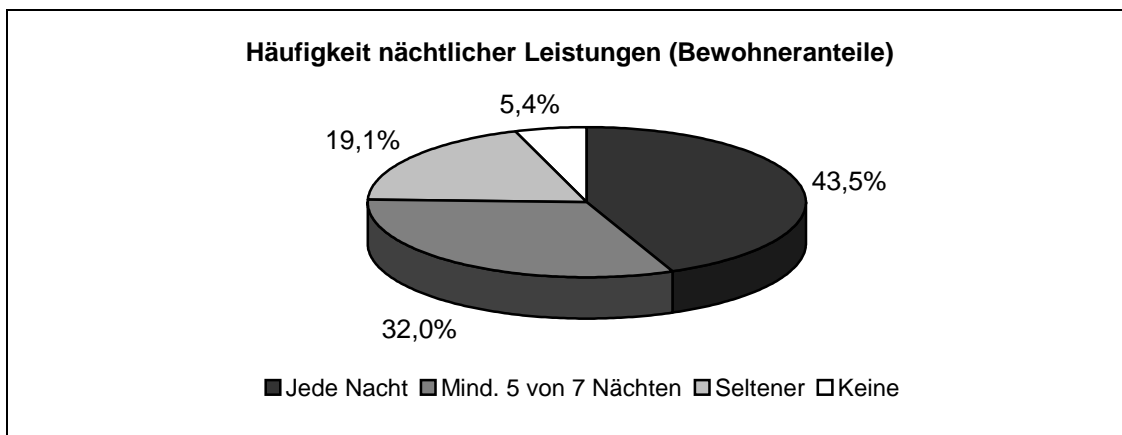
Die Versorgung weist insofern mehrere Merkmale auf, die einer planvollen, ressourcenfördernden und gerontopsychiatrischen Problemlagen angemessenen Pflege wenig zuträglich sind. Es fehlt nach unseren Beobachtungen nicht an persönlichem Engagement der Mitarbeiter, doch die personellen und damit vor allem die zeitlichen Rahmenbedingungen begünstigen die Entwicklung von Arbeitsroutinen, in denen Anforderungen einer psychiatrischen Pflege gegenüber dem Primat der Sicherstellung von Behandlungspflege und Hilfen bei Alltagsverrichtungen stark in den Hintergrund treten.

4.3 Problemfelder und Anforderungen im Nachtdienst

Zur Untersuchung von Problemfeldern und Anforderungen im Nachtdienst, die aus nächtlicher Aktivität von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Problemlagen erwachsen, wurde im Rahmen des Projektes eine ergänzende Studie in Form einer teilnehmenden Beobachtung in insgesamt fünf der 27 einbezogenen Einrichtungen durchgeführt. Die Beobachtung erstreckte sich auf einen Zeitraum von jeweils vier oder fünf Tagen. Die folgenden Ausführungen beruhen, wenn nicht anders vermerkt, auf der Auswertung der entsprechenden Beobachtungsprotokolle, die sowohl organisatorische Aspekte der Arbeit im Nachtdienst als auch einzelne Versorgungssequenzen (pflegerische Maßnahmen, Interaktionen mit Bewohnern etc.), Gespräche und besondere Ereignisse beschreiben. Zunächst jedoch einige Daten zu Umfang und Profil der Versorgung im Nachtdienst:

Im Schnitt wurden während des Erhebungszeitraumes Leistungen im Umfang von rund 12 Minuten je Bewohner und Nacht erbracht, dies entspricht einem Anteil von etwa 14% der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen. Im rechnerischen Durchschnitt wurden je Bewohner und Nacht 3,6 Maßnahmen durchgeführt. Insgesamt 680 der 719 Bewohner (etwa

95%) erhielten während der Erhebungsphase mindestens während einer Nacht Leistungen. Für 43,5% der erfassten Bewohner wurden an *jedem* Erhebungstag nächtliche Leistungen erbracht, für weitere 32% beläuft sich der Anteil der Tage auf mindestens 70% (dies entspricht bei einem Erhebungszeitraum von 21 Tagen einer Zahl von mindestens 15 Nächten).



Insofern lässt sich feststellen, dass ein Großteil der Bewohner regelmäßig nachts Leistungen erhält, die allerdings je nach pflegerischen Problemlagen der betreffenden Person in Art und Umfang sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Das Leistungsprofil insgesamt stellt sich folgendermaßen dar:

Leistungsprofil im Nachtdienst (Zeitanteile)	
Hilfe beim Toilettengang	33,2%
Lagern/Betten	19,2%
Orientierungs-/ged.fördernde Maßnahmen, spez. psych. Pflegeinterventionen, Einzelgespräche	17,6%
Hilfen bei der Nahrungsaufnahme	9,1%
Waschen	5,3%
Aufstehen und Zubettgehen	4,6%
Sonstige	11,0%

Allein auf Hilfestellungen beim Toilettengang (einschl. Wechsel von Windeln und Vorlagen) entfallen rund 33% des nächtlichen Versorgungsaufwandes¹ (Früh- und Spätdienst: 12%). Weitere 19% sind dem Bereich "Lagern/Betten" zuzuordnen, hier steht vor allen Dingen das Umlagern der Bewohner (Dekubitusprophylaxe) im Vordergrund. Auf Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme entfällt ein Anteil von rund 9%, wobei hier auch Tätigkeiten im Zusam-

¹ Besonders der durch Inkontinenz ausgelöste Hilfebedarf ragt während des nächtlichen Leistungsgeschehens hervor: In einer Einrichtung mit insgesamt 75 Bewohnern wurde beobachtet, dass eine einzelne Mitarbeiterin während des Nachtdienstes insgesamt 60 mal (!) einen Wechsel der Inkontinenzversorgung bei Bewohnern vornahm.

menhang mit der Sondenernährung eingeschlossen sind. Daneben umfasst dieser Tätigkeitsbereich auch die Darreichung einer Spätmahlzeit oder von Getränken bei Bewohnern, die nachts aufwachen und ggf. Einschlafschwierigkeiten haben. Orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen, spezielle Interventionen bei Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner sowie entlastende Einzelgespräche nehmen mit knapp 18% des Zeitvolumens einen im Vergleich zum Tagdienst überdurchschnittlichen Umfang ein. Insgesamt beläuft sich der Anteil der psychosozialen Betreuung/speziellen psychiatrischen Pflegeinterventionen auf 20% des Zeitaufwandes, liegt also deutlich höher als im Tagdienst:

Zeitanteile der Maßnahmebereiche im Früh-/Spät- und im Nachtdienst (in Prozent)		
	Früh-/Spätdienst	Nachtdienst
HBA	74,7	74,9
BEH	8,6	5,0
PSY	16,7	20,2

Diese Zahlen unterstreichen, wie sehr der Nachtdienst neben der körperlichen Grundversorgung von den gerontopsychiatrischen Problemlagen nachtaktiver Bewohner gekennzeichnet ist.

Allgemeine organisatorische Merkmale der Pflege im Nachtdienst

Der Nachtdienst ist, wie allgemein bekannt, personell weit weniger stark besetzt als der Früh- oder Spätdienst. Je nach Größe der Einrichtung sind für die nächtliche Versorgung zwei oder mehr Mitarbeiter zuständig, bei kleinen Institutionen nur ein Mitarbeiter. Die Spannbreite der Betreuungsrelationen in den Einrichtungen, die bei der teilnehmenden Beobachtung untersucht wurden, belief sich auf 1 : 33 bis 1 : 60 (Pflegekraft : Bewohner). Bei der Einrichtung mit der besten Betreuungsrelation handelt es sich eher um eine Ausnahmesituation: Hier war die Nachtwache ausschließlich für einen Wohnbereich mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt zuständig.

Die Organisation der nächtlichen Versorgung ist in den meisten Einrichtungen wohnbereichsübergreifend konzipiert und durch die zeitliche Lage regelmäßiger "Pflegerunden" und Kontrollgänge geprägt. Erstere stellen Arbeitssequenzen dar, bei denen geplante Pflegemaßnahmen (insbesondere im Bereich Körperhygiene und Lagerung) durchgeführt werden. Kontrollgänge zielen eher darauf ab, Sicherheitsvorkehrungen zu überprüfen (z.B. verschlossene Türen zu Treppenhäusern) und nachtaktiven Bewohnern bei Bedarf Unterstützung zu leisten. Mitunter sind die Nachtwachen auch für externe Notrufsysteme zuständig, beispielsweise für den Hausnotruf von Sozialwohnungen, deren Bewohner tagsüber von ambulanten Pflegediensten oder durch informelle Hilfen versorgt werden (s.u.).

Die nähere Gestaltung der Ablauforganisation hängt davon ab, wie viele Mitarbeiter während der Nacht tätig sind. Sie wird häufig auch von Nacht zu Nacht flexibel auf die aktuelle Situation in den Wohnbereich abgestimmt². Unabhängig davon besteht jedoch das charakteristische, sowohl die Organisation als auch die im Alltag entstehenden Problemsituationen bestimmende Merkmal der Versorgung im Nachtdienst darin, dass die Wohnbereiche im Unterschied zum Tagdienst in der Regel über längere Zeiten ohne Beobachtung sind und damit akute Problemlagen bzw. Hilfebedarfe der Bewohner erst mit einer gewissen Zeitverzögerung entdeckt werden, sofern diese nicht in der Lage sind, die Pflegenden über das verfügbare Rufsystem anzufordern.

Häufig beobachtete Verhaltensweisen nachtaktiver Bewohner mit gerontopsychiatrischen Problemlagen

Schlafstörungen, nächtliche Unruhe und ein veränderter Tag-Nacht-Rhythmus sind, wie in Kapitel 1 aufgezeigt wurde, in unserer Studienpopulation stark vertreten. Sie gehören zu den typischen Problemlagen, die sich aus gerontopsychiatrischen Erkrankungen ergeben und treten besonders häufig bei dementiell erkrankten Heimbewohnern auf.

Nach den Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung lässt sich feststellen, dass abgesehen von der körperlichen Grundversorgung bestimmte Risikopotentiale bzw. Verhaltensweisen von nachtaktiven, motorisch unruhigen Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Problemlagen für die nächtliche Versorgung charakteristisch sind:

- Sofern es ihre Mobilität zulässt, verlassen diese Bewohner mitunter das Bett und auch das eigene Zimmer. Sie bewegen sich im Wohnbereich umher, dringen ggf. in Zimmer anderer Bewohner ein oder verlassen, sofern keine entsprechenden Vorkehrungen getroffen sind, den Wohnbereich.
- Weiterhin gehört zu den für das pflegerische Handeln wichtigen Verhaltensweisen das Ablegen der Inkontinenzversorgung, ggf. verbunden mit dem sog. Kotschmierern oder Kotessen.
- Beobachtet wurde auch, dass Bewohner ihre Kleidung ablegen und sich neben das Bett auf den Boden zum Schlafen niederlegen.
- Schließlich sind bei nachtaktiven, gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern regelmäßig lautes Rufen, Singen oder Schreien zu beobachten.

In diesen Verhaltensweisen kommen aus der Perspektive der Pflegenden zweierlei Risiken zum Tragen:

Zum einen führen sie zu teilweise erheblichen Gesundheitsgefährdungen, vor allen Dingen zu einem hohen Sturzrisiko. Wie an anderer Stelle bereits festgestellt wurde, leidet ein Groß-

² Hierbei führen dann besondere Hilfebedarfe einzelner Bewohner ggf. dazu, dass der übliche Arbeitsablauf völlig umgestellt wird.

teil der von uns erfassten Bewohner unter Einschränkungen der Mobilität. Selbst Bewohner, die nach unseren Daten als weitgehend mobil eingestuft werden können, sind aufgrund einer altersbedingt eingeschränkten körperlichen Gesamtkonstitution einem erhöhten Risiko des Sturzes ausgesetzt. Verstärkt wird dieses Risiko ggf. durch zwei weitere Faktoren: Zum einen sind Bewohner mit Schlafstörungen während der Nacht zwar aktiv, jedoch oftmals schläfriger als während des Tages und insofern noch weniger in der Lage als während des Tagdienstes, sich sicher fortzubewegen. Zum anderen kann sich auch eine Medikation, die sich antriebsmindernd auswirkt, zu körperlicher Beeinträchtigung und auch zur Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit für potentielle Sturzgefahren führen. In einer der von uns untersuchten, größeren Einrichtung kommt es nach Aussage der befragten Mitarbeiter im Nachtdienst regelmäßig, d.h. praktisch jede Nacht vor, dass einzelne Bewohner auf dem Boden liegend und mit leichten Prellungen oder Schürfwunden, die auf einen Sturz schließen lassen, aufgefunden werden. Weitere Gesundheitsgefährdungen entstehen, abgesehen vom Sturzrisiko, im Bereich hygienischer Probleme, Unterkühlungen und Infektionsrisiken (keine umweltangepasste Kleidung, auf dem Boden schlafen).

Zum anderen ergeben sich aus diesen Verhaltensweisen Störungen oder Belästigungen anderer Bewohner. Durch lautstarke Äußerungen wie Rufen, Singen oder Schreien können Mitbewohner ebenso beeinträchtigt werden wie durch das Eindringen nachtaktiver gerontopsychiatrisch Erkrankter in den eigenen Wohnraum.

Reaktionen auf risikoreiche Verhaltensweisen und Störungen

Vor diesem Hintergrund besteht das wichtigste Ziel der Versorgung im Nachtdienst darin, neben der körperbezogenen Grundversorgung *Sicherheit* für die Bewohner zu gewährleisten und *Störungen zu minimieren*.

Hieraus resultiert zunächst einmal eine spezifische Form von Aufmerksamkeit der Pflegenden für ihre Umgebung, die an die Arbeit in geschlossenen Stationen psychiatrischer Kliniken erinnert und z.B. unerwartete Geräusche, die wie das Zuschnappen eines Türschlosses ansonsten alltäglich sind, als Hinweis auf eine potentielle Problemsituation einstuft. Oft bleiben während der Versorgung eines Bewohners die Zimmertüren geöffnet bzw. angelehnt, damit andere Geschehnisse im Wohnbereich besser wahrgenommen und auf Interventionsbedarf schneller reagiert werden kann. Diese erhöhte Aufmerksamkeit reicht im Versorgungsalltag allerdings nicht aus, um problematische Situationen unmittelbar zu entdecken und darauf zu reagieren. Es kommt immer wieder vor, dass die Mitarbeiterinnen erst bei der Kontaktaufnahme zu einem Bewohner (z.B. bei Betreten des Zimmers) entdecken, dass hier ein akuter Hilfebedarf vorliegt.

Von besonderer Bedeutung sind des weiteren *präventive aktivitätsbegrenzende Maßnahmen* zur Vermeidung von Sicherheitsrisiken. Hierzu gehören verschlossene Türen zu Treppenaufgängen, Zahlenschlösser an den Eingängen zu den Wohnbereichen und ähnliche Vor-

kehrungen, die den nächtlichen Aktionsradius der Bewohner begrenzen. Gelegentlich wurde beobachtet, dass Türen mehrerer Zimmer von Bewohnern verschlossen wurden, die sich vor Störungen anderer, kognitiv beeinträchtigter nachtaktiver Bewohner schützen wollten. Solche Maßnahmen erfolgten stets in Absprache mit den betreffenden Bewohnern und waren nur dort zu beobachten, wo einzelne gerontopsychiatrisch erkrankte und noch recht mobile Bewohner *regelmäßig* versuchten, in andere Zimmer einzudringen.

Ein häufige Vorkehrung besteht im Anbringen von Bettgittern bei motorisch unruhigen Bewohnern, die den Sturz aus dem Bett verhindern und auch ansonsten eine gewisse Hürde darstellen sollen, das Bett zu verlassen. Der Einsatz dieser Maßnahme ist jedoch zweischneidig, wie auch von den befragten Nachtwachen bestätigt wurde: Für Bewohner, die im Hinblick auf Motorik und Mobilität nur geringe Beeinträchtigungen aufweisen, ist ein Bettgitter ggf. kein Anlass, vom Versuch, das Bett zu verlassen, Abstand zu nehmen. Unter diesen Umständen kann ein Bettgitter das Sturzrisiko sogar noch erhöhen, da die Bewohner dann hinüberzuklettern versuchen. Die Entscheidung, ob Bettgitter eine geeignete Maßnahme darstellen oder nicht, erfordert daher eine sehr genaue Kenntnis der Fähigkeiten und Verhaltensweisen des Bewohners und eine kontinuierliche, sorgfältige Beobachtung und Einschätzung im Rahmen der Pflegeplanung. - Bettgitter führen im Übrigen, wie oftmals beobachtet wurde, aufgrund bestimmter Verhaltensweisen der Mitarbeiter zu hohen körperlichen Belastungen der Pflegenden. Da die Gitter bewusst so angebracht sind, dass sie nicht leicht entfernt werden können, verzichten auch die Nachtwachen unter Zeitdruck häufig darauf (etwa beim Wechsel der Inkontinenzversorgung; ähnlich wird zum Teil auf eine Höhenverstellung des Bettes verzichtet). Die daraus resultierende Körperhaltung bei der Durchführung von Maßnahmen, die einen gewissen Kraftaufwand erfordern (z.B. Drehen des Bewohners), führen zu einer äußerst ungünstigen Belastung der Wirbelsäule. Das vielzitierte rüchenschonende Arbeiten wird im Nachtdienst nach unseren Beobachtungen eher selten praktiziert. Das Problem ist den Mitarbeitern bewusst, wird jedoch unter Hinweis auf den Zeitdruck als unvermeidlich eingestuft.

Bestimmten Bewohnern mit entsprechenden Verhaltensweisen werden während der Nacht spezielle Inkontinenzanzüge angelegt, die nicht leicht abzulegen sind und den Griff in die Unterwäsche wirksam verhindern.

Nicht zuletzt ist auf ärztlich verordnete, aktivitätseinschränkende Maßnahmen hinzuweisen, insbesondere auf eine beruhigende Medikation (der Einsatz von Fixiergurten geschieht nach unseren Beobachtungen sehr selten). Auch hier ist, wenn die Medikation nicht mit einer kontinuierlichen, sorgfältigen Beobachtung des Bewohners und seiner Reaktion auf diese Maßnahme verbunden ist (z.B. paradoxe Wirkungen), auf eine gewisse Zweischneidigkeit hinzuweisen. Im Extremfall kommt es zu einer Erhöhung des Sturzrisikos, wenn der Bewohner trotz beruhigender Medikation das Bett verlässt und durch sie bedingt zusätzliche Einbußen der Aufmerksamkeit für Gefahrensituationen oder eine Schwächung der allgemeinen körperlichen Konstitution auftreten.

Ein anderer Bereich des präventiven Vorgehens, der zumindest geeignet ist, einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus zu beeinflussen bzw. nächtliche Unruhe fördernde Faktoren in ihrer Bedeutung zu reduzieren, hat im Versorgungsalltag offensichtlich nur wenig Bedeutung: Eine am Problem der nächtlichen Unruhe ausgerichtete Tagesstrukturierung konnten wir nur ausnahmsweise beobachten. Vielmehr ist die Tagesstrukturierung oftmals eher an betriebsorganisatorischen Notwendigkeiten bzw. den Anforderungen der Personaleinsatzplanung orientiert als an den Bedürfnissen der Bewohner oder milieuthérapeutischen Überlegungen. In vielen Einrichtungen ist es üblich, dass die Pflegekräfte nach dem Abendbrot, zumeist nach 18.00 Uhr, die Bewohner soweit versorgen, dass diese zu Bett gehen können bzw. zu Bett gebracht werden können. Aufgrund der reduzierten Personalbesetzung im Nachtdienst ist es erforderlich, die pflegerischen Tätigkeiten, die vor dem zu Bett gehen zu leisten sind (umkleiden, körperpflegerische Maßnahmen, Hilfestellung bei Toilettengängen, Inkontinenzversorgung), von den Mitarbeitern des Tagdienstes, deren Dienst in der Regel zwischen 19.30 Uhr und 21.00 Uhr endet, übernommen werden. Dies führt offensichtlich häufig dazu, dass Bewohner sehr zeitig zu Bett gebracht werden. In einer der Einrichtungen, in denen die teilnehmende Beobachtung durchgeführt wurde, meldete sich um ca. 23.00 Uhr eine Bewohnerin, die darüber klagte, sie könne nicht schlafen. Diese Bewohnerin war bereits um 18.00 Uhr zu Bett gebracht worden. Auch in anderen Einrichtungen wird der möglichst lang anhaltende Nachtschlaf aus organisatorischen Zwängen heraus zur Norm erklärt und mit entsprechenden Maßnahmen angestrebt, die Bewohner dazu zu bringen, dieser Norm zu entsprechen. Dass hiermit oftmals das Gegenteil der angestrebten Zielsetzung erreicht wird, scheint zwar bewusst, aus der Perspektive der Einrichtungen jedoch angesichts der gegebenen Personalbesetzung ein unlösbares Problem zu sein.

Zusammenfassende Einschätzung der beobachteten nächtlichen Versorgung

Die Erfahrungen während der teilnehmenden Beobachtung zeigen, dass sich die nächtliche Versorgung, insbesondere in Abhängigkeit von der Tagesform oder Anwesenheit nachtaktiver Bewohner mit gerontopsychiatrischen Problemlagen, durch große Wechselhaftigkeit auszeichnet. In ein und derselben Einrichtung wurden während der Beobachtungsphase sehr ruhige Nächte ebenso wie Nächte erlebt, die von einer Kumulation von Problemsituationen geprägt waren und die Mitarbeiter bis an die Grenze ihrer Belastbarkeit führten.

Die nächtliche Pflege bewegt sich stets in einem Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, Sicherheit und nächtliche Ruhe für die Bewohner zu gewährleisten, und dem Bedürfnis gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner nach Aktivität und Kommunikation³. Aufgrund der im Nachtdienst reduzierten Personalbesetzung steht die Anforderung der Gewährleistung von Sicherheit eindeutig im Vordergrund des nächtlichen Versorgungshandelns und der entsprechenden Arbeitsorganisation. Kennzeichnend ist

³ Gerontopsychiatrisch Erkrankte sind allerdings nicht die einzigen nachtaktiven Bewohner. Kommunikationsbedürfnisse sind auch für andere, in dieser Hinsicht nicht beeinträchtigte Bewohner mit Schlafunterbrechungen charakteristisch.

- eine angespannte Aufmerksamkeit der Mitarbeiter für potentielle Sicherheitsrisiken,
- die Tendenz, problematische Interaktionen mit Bewohnern so rasch wie möglich zu beenden statt sich die Zeit für entlastende Gespräche oder die Lösung von Konfliktsituation zu nehmen,
- eine Geschwindigkeit bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen der Grundversorgung, die zu recht als "Pflege im Minutentakt" bezeichnet werden kann und gerade bei desorientierten Bewohnern nicht selten Abwehrreaktionen auslöst (vgl. Kapitel 3.1),
- wenig Ansprache von Bewohnern, deren Fähigkeit zur verbalen Verständigung stark eingeschränkt ist,
- geringe zeitliche Spielräume, um auf Angst, Unruhe, Desorientierung und Kommunikationsbedürfnisse der Bewohner einzugehen.

Wie gesagt, der Nachtdienst zeichnet sich durch große Wechselhaftigkeit der Anforderungen aus. Da jedoch "ruhige" Nächte keineswegs die Regel darstellen, muss vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Probleme in Frage gestellt werden, ob die übliche Personalbesetzung und Arbeitsorganisation des Nachtdienstes ausreicht, Sicherheit, pflegerische Grundversorgung und ausreichende Entlastung des individuellen psychischen Problemdrucks auf Seiten der Bewohner (z.B. Angst) gleichermaßen zu gewährleisten. Gerade im Hinblick auf den Nachtdienst besteht, so unser Fazit, ein dringender Handlungsbedarf. Er ist sicherlich je nach Wohnbereich bzw. der dort jeweils gegebenen Bewohnerstruktur unterschiedlich ausgeprägt. Für Wohnbereiche mit einem hohen Anteil mobiler, regelmäßig nachtaktiver gerontopsychiatrisch Erkrankter erscheint es jedoch nach den Erhebungsergebnissen notwendig, eine geeignete Personalbesetzung und Arbeitsorganisation, ggf. auch zusätzliche Leistungsangebote sicherzustellen.

Eine Lösung der Probleme setzt voraus, dass Festlegungen erfolgen, welche Ziele mit der nächtlichen Versorgung erreicht werden sollen. Hierzu gehören u.a. Entscheidungen darüber, welches Maß an Sicherheit angestrebt werden soll (Umfang der Präsenz von Pflegekräften in den Wohnbereichen), in welchem Umfang die psychische Unterstützung als Aufgabe der Nachtwachen gelten und inwieweit auf nächtliche Bewohneraktivität mit spezifischen Leistungsangeboten reagiert werden soll. Erst auf dieser Basis ließen sich konkrete Schlussfolgerungen für die Personalausstattung und Arbeitsorganisation formulieren. Dass es in vielen Wohnbereichen schwerwiegende Probleme im Nachtdienst gibt, die ohne verbesserte Personalbesetzung nicht lösbar sind, erscheint uns vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse unbestreitbar. Zugleich ist jedoch die gegebene Arbeitsorganisation zu überprüfen. Eine Arbeitsorganisation, bei der der Nachtdienst zusätzlich durch die Notrufbereitschaft für einrichtungsexterne Pflegebedürftige belastet ist, scheint uns bei der gegebenen geringen Personalausstattung nicht tragfähig zu sein.

5. Zum Verhältnis von Leistungsgeschehen und Qualifikation sowie zur Diskussion veränderter Qualifikationsanforderungen in der vollstationären Pflege

E. Schnabel, M. Getta

5.1 Vorbemerkung

In vollstationären Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Wandel der Bewohnerstruktur vollzogen, motiviert zum einen durch die markanten demographischen Veränderungen, aber auch durch gesundheits- bzw. pflegepolitische Entwicklungen, die der häuslichen Versorgung Vorrang zur stationären Versorgung geben. Damit einhergehend ist auch von einem Wandel der Arbeits- und auch Qualifikationsanforderungen auszugehen, die von der zunehmenden Bedeutung von Schwerst- und Intensivpflege, als auch von gerontopsychiatrischen Problemlagen geprägt ist. Aus der tiefgreifenden Veränderung der Bewohnerstruktur und den aus diesen Gründen vorzufindenden komplexen und vielschichtigen pflegerischen Problemlagen resultiert eine hohe Komplexität der beruflichen Anforderungen.

Vollstationäre Altenpflege zeichnet sich entgegen stationärer Krankenpflege durch die Langfristigkeit der Pflegebeziehung aus. Die stationäre Altenpflegeeinrichtung wird in der Regel zum (letzten) Lebens- und Wohnort schwerstpflegebedürftiger alter Menschen. Somit sind die Pflegefachkräfte neben den konkreten Aufgaben im Kontext der Hilfen bei den Alltagsverrichtungen und den Hilfen im Kontext der Behandlungspflege insbesondere auch mit Aufgaben rund um den Bereich der Alltags- und Lebensgestaltung und der Sterbebegleitung konfrontiert. Erforderlich sind mehrdimensionale Pflegekonzepte, die sowohl der Bereitstellung abgestufter integrierter Hilfen zur Alltagsbewältigung, als auch dem sehr hohen und komplexen Pflege- und Betreuungsbedarf gerecht werden können. Trotz des zu verzeichnenden hohen Bedarfs steckt die Entwicklung derartiger Konzepte allerdings noch in den Kinderschuhen (Schaeffer, 1996, S. 60).

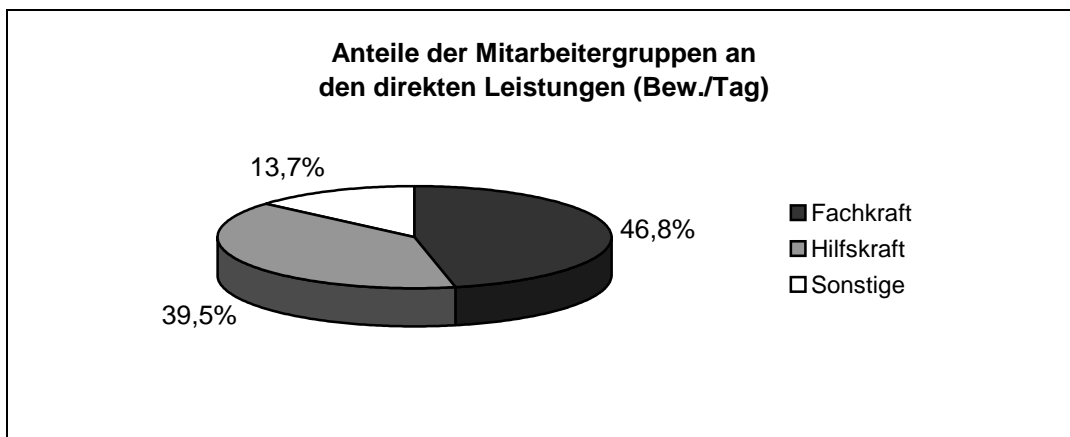
Bevor der Blick auf die Qualifikationsanforderungen gerichtet wird, soll zunächst anhand der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen werden, wie sich die gegenwärtige Praxis im Hinblick auf Tätigkeitsfelder, Qualifikationsausstattung und Personaleinsatz darstellt. Zentral erscheinen dabei die Fragen, ob sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Mitarbeitergruppen identifizieren lassen im Hinblick auf:

- die jeweiligen Anteile der Mitarbeiter an der Erbringung direkter und indirekter Leistungen
- die Zuordnung zu bestimmten Bewohnergruppen
- mögliche Unterschiede im Hinblick auf Hilfe- und Unterstützungsformen.

5.2 Zum Verhältnis von unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen und Qualifikation

Durchschnittliches Leistungsvolumen nach Qualifikation

Wie bereits in Kapitel 2 (Struktur des Leistungsgeschehens) dargestellt, beläuft sich der Leistungsaufwand für unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen auf durchschnittlich 82,7 Minuten pro Bewohner und Tag. Differenziert man diesen durchschnittlich anfallenden Leistungsaufwand nach Mitarbeitergruppen, so zeigt sich, daß Pflegefachkräfte mit 46,8% den größten Anteil an der durchschnittlich geleisteten Versorgung ausmachen. Mit 39,5% entfällt auf die Mitarbeitergruppe der Pflegehilfskräfte (Alten- und Krankenpflegehelfer mit einjähriger Qualifizierung und angelernte Pflegehilfskräfte) ein fast gleich großer Anteil (vgl. nachfolgende Abbildung). Knapp ein Sechstel der direkten Leistungen wird von ‚Sonstigen Kräften‘ (Zivildienstleistende, PraktikantInnen, SchülerInnen, Hauswirtschaftskräfte) erbracht.



Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen differenziert nach Maßnahmenbereichen und Mitarbeitergruppen

Hilfen bei Alltagsverrichtungen

Mit durchschnittlich 61,7 Minuten pro Bewohner und Tag entfallen annähernd drei Viertel (74,6%) des Gesamtzeitaufwands auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen. Eine Betrachtung des durchschnittlich anfallenden Leistungsaufwandes der Hilfen bei Alltagsverrichtungen nach Mitarbeitergruppen zeigt, daß die Gruppe der Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung mit 46,1% und die Gruppe der Pflegehilfskräfte (Alten- und Krankenpflegehelfer mit einjähriger Qualifizierung und angelernte Pflegehilfskräfte) mit 41,7% einen etwa gleich großen Anteil an der Versorgung in diesem Bereich leisten. Der Versorgungsbeitrag aller übrigen Mit-

arbeitergruppen beträgt 12,2%. Diese Verteilung spiegelt insgesamt die von den Einrichtungen gemachten Angaben zu den in den Einrichtungen und den untersuchten Wohnbereichen vorhandenen Qualifikationsstruktur wider. Leichte Abweichungen, legt man die Fachkraftquote von 50% zugrunde, lassen sich v.a. dadurch erklären, daß Pflegefachkräfte einen höheren Anteil an den indirekten Leistungen aufweisen.

Behandlungspflege

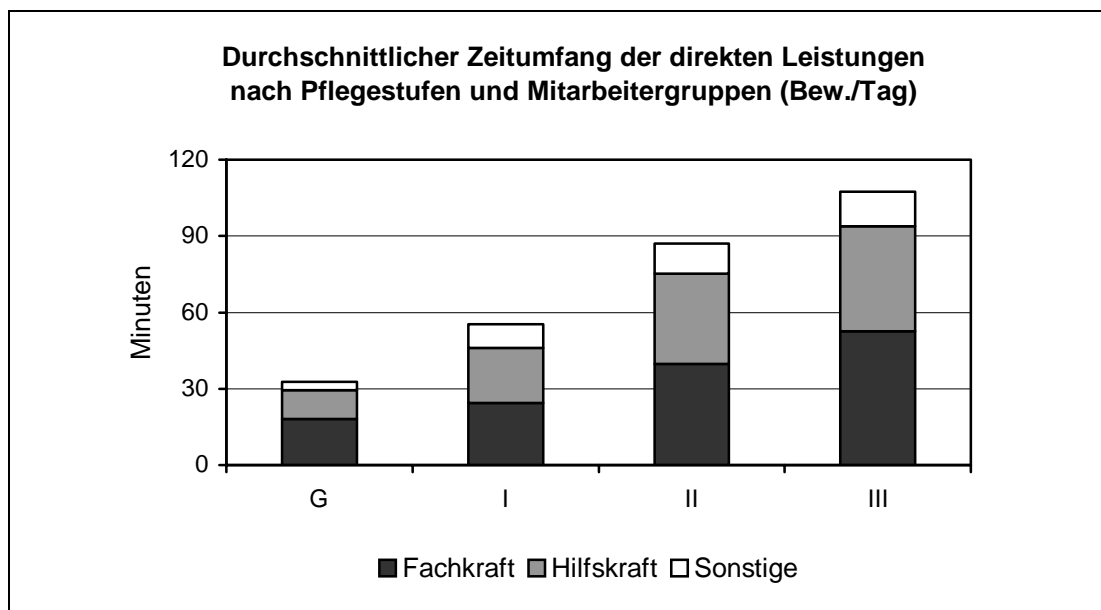
Auf Maßnahmen im Bereich der Behandlungspflege entfallen im Durchschnitt 6,7 Minuten pro Bewohner und Tag, diese machen damit einen Anteil von 8,1% am Gesamtzeitaufwand aller unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen aus. Pflegefachkräfte leisten nahezu zwei Drittel (67%) der Versorgung in diesem Bereich. Auffällig ist, daß immerhin fast ein Drittel (27,8%) des Gesamtzeitaufwands im Rahmen der Behandlungspflege von der Gruppe der Pflegehilfskräfte übernommen wird. Diesbezügliche Leistungen beziehen sich v.a. auf die Medikamentengabe. Stellung von Medikamenten, Spritzen sowie weitere Leistungen der Behandlungspflege, die z.T. auch in Kooperation mit den Ärzten erbracht werden, bleiben in der Regel den Pflegefachkräften vorbehalten. Dennoch wurden im Rahmen der Untersuchung immer wieder Versorgungssituationen deutlich, wo auch Pflegehilfskräfte in unterschiedlichem Ausmaß in diesbezügliche Aufgaben eingebunden wurden.

Psychosoziale Betreuung

Der Mittelwert für Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Betreuung liegt bei 14,2 Minuten pro Bewohner und Tag. Diese Maßnahmen werden zu etwa gleichen Teilen von examinierten Pflegefachkräften (40,3%) und von den Pflegehilfskräften (35,7%) erbracht. Mit einer Beteiligung von einem Viertel an den durchgeführten Maßnahmen fällt der Anteil der übrigen Mitarbeitergruppen im Vergleich zu den Hilfen bei den Alltagsverrichtungen und zu den Maßnahmen der Behandlungspflege höher aus. Hierin zeigt sich, daß etwa die Betreuung durch Zivildienstleistende, Praktikanten oder auch Schülerinnen einen integrativen Bestandteil des Versorgungsalltags in stationären Einrichtungen bilden. Ebenfalls hinzuweisen ist auf die Einbindung von nicht-ärztlichen Therapeuten (etwa Physio-, Ergotherapie) sowie von Sozialpädagogen und Erziehern. Deren Anteil an der Gesamtversorgung ist zwar sehr gering (zusammen weniger als 3% der durchschnittlichen direkten Leistungen pro Bewohner/Tag), betrachtet man jedoch die Zeitwerte der Einzelleistungen, so liegen diese deutlich höher als bei allen anderen Mitarbeitergruppen: Die Dauer von orientierungs- und gedächtnisfördernden Maßnahmen, sofern von Pflegekräften erbracht, liegt zwischen vier und fünf Minuten (je Leistung), jener durch Therapeuten und Sozialpädagogen erbrachte Leistungen demgegenüber zwischen 30 und 40 Minuten. Dabei ist davon auszugehen, daß mit dem deutlich höheren Zeitumfang auch ein qualitativ anderer Zugang zu den individuellen Problemlagen der Bewohner verbunden ist: Der Einsatz von nicht-ärztlichen Therapeuten bildet jedoch in der gegenwärtigen Versorgung noch eine absolute Ausnahme.

Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen nach Pflegestufen, differenziert nach Maßnahmenbereichen und Mitarbeitergruppen

Neben der grundsätzlichen Frage, wie sich die Anteile der unterschiedlichen Qualifikationen an den verschiedenen Versorgungsbereichen gestalten, ist auch von großem Interesse, welchen Anteil die verschiedenen Gruppen an der Versorgung im Hinblick auf die unterschiedlichen Schweregrade der Pflegebedürftigkeit haben. Zunächst wird dabei deutlich, daß die Anteile der Mitarbeitergruppen an der Versorgung bei zunehmender Pflegestufe in etwa konstant bleiben.



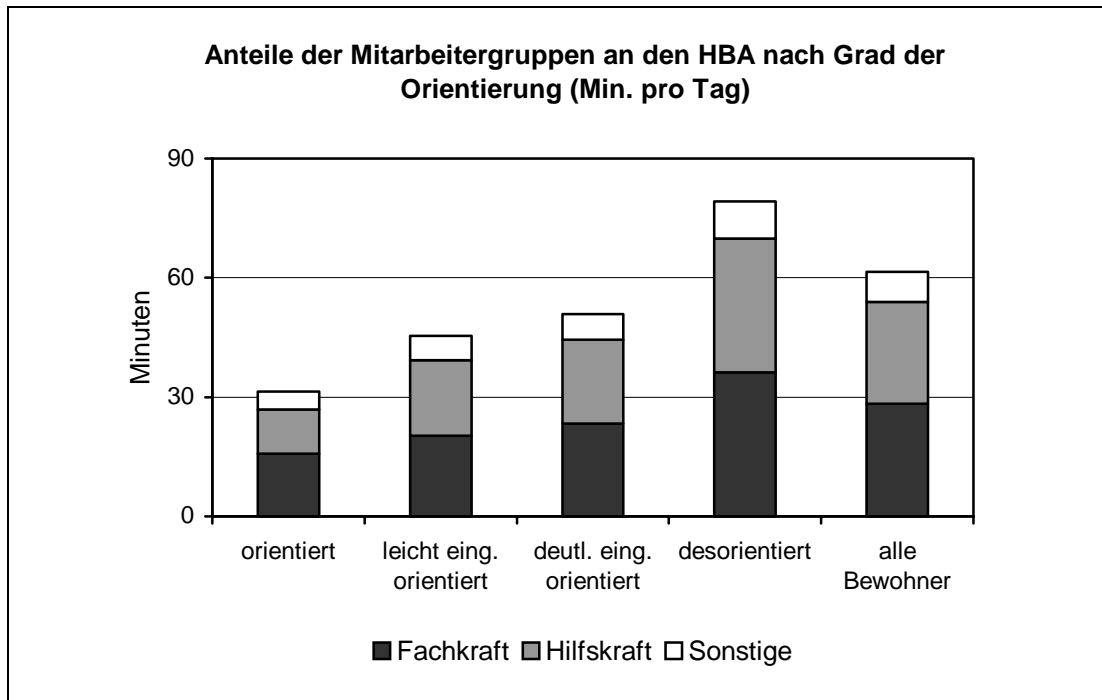
Dabei spiegelt sich der bereits dargestellte Befund, wonach mit zunehmender Pflegestufe die Unterstützung bei den Alltagsverrichtungen einen immer größeren Stellenwert einnimmt und analog insbesondere der Anteil psychosozialer Leistungen zurückgeht, im Tätigkeitsprofil aller Qualifikationen wider.

Während etwa der Anteil psychosozialer Leistungen bei Fachkräften in der Pflegestufe I noch bei 25% liegt, geht er in der Pflegestufe III auf etwa 10% zurück. Analog dazu steigt der Anteil bei den Hilfen bei Alltagsverrichtungen von 61% in der Pflegestufe I auf knapp 80% in der Pflegestufe III. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich im Tätigkeitsprofil der Hilfskräfte: auch hier nimmt der Anteil an psychosozialen Leistungen in der Pflegestufe I noch etwa ein Viertel ein, während er in der Pflegestufe III auf ca., 12% zurückgeht.

Die Vermutung, daß der zunehmend hohe Anteil grundpflegerischer Leistungen bei Fach- und Hilfskräften und der damit verbundene geringere Zeitaufwand für Maßnahmen der psychosozialen Unterstützung und psychiatrischer Pflegeinterventionen in irgendeiner Form, etwa durch eine stärkere Einbindung von therapeutischen und (sozial.)pädagogischen Berufsgruppen, Hilfs- oder sonstigen Kräften kompensiert wird, konnte somit nicht nachgewiesen werden.

Pflegestufe 0 (N=37)	Fachkraft	Hilfskraft	Sonstige Kraft	Gesamt
Hilfe bei Alltagsverrichtungen	53,8%	52,0%	23,7%	50,0%
Behandlungspflege	18,4%	9,4%	5,3%	13,9%
Psychosoziale Betreuung	27,8%	38,6%	71,0%	36,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pflegestufe 1 (N=165)	Fachkraft	Hilfskraft	Sonstige Kraft	Gesamt
Hilfe bei Alltagsverrichtungen	61,2%	65,9%	47,6%	60,8%
Behandlungspflege	13,7%	6,7%	2,9%	9,1%
Psychosoziale Betreuung	25,1%	27,4%	49,5%	30,1%
Gesamt	83,3%	100,0%	100,0%	100,0%
Pflegestufe 2 (N=318)	Fachkraft	Hilfskraft	Sonstige Kraft	Gesamt
Hilfe bei Alltagsverrichtungen	74,2%	80,4%	67,4%	75,8%
Behandlungspflege	11,4%	5,7%	3,2%	8,0%
Psychosoziale Betreuung	14,3%	13,9%	29,4%	16,2%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pflegestufe 3 (N=192)	Fachkraft	Hilfskraft	Sonstige Kraft	Gesamt
Hilfe bei Alltagsverrichtungen	79,0%	83,3%	78,6%	80,6%
Behandlungspflege	10,5%	5,2%	3,0%	7,5%
Psychosoziale Betreuung	10,4%	11,5%	18,4%	11,8%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Von großem Interesse in diesem Zusammenhang ist auch die Frage, ob sich Unterschiede im Hinblick auf die Anteile der verschiedenen Mitarbeitergruppen an der Versorgung orientierungseingeschränkter Bewohner ergeben. In der Diskussion um Versorgungsdefizite wird dabei häufig darauf verwiesen, daß die Versorgung von derartigen Bewohnern in der Praxis überwiegend von Hilfskräften übernommen werde, da keine ausreichenden Finanzierungsgrundlagen bestehen. Mit Blick auf die folgende Abbildung wird deutlich, daß analog zu den Anteilen bei den Pflegestufen auch nach dem Grad der Orientierungseinschränkung keine Unterschiede hinsichtlich der Anteile an der Versorgung deutlich werden. Auch diese bleiben mit zunehmender Orientierungseinschränkung konstant.



Ausgewählte Alltagsverrichtungen nach Mitarbeitergruppen

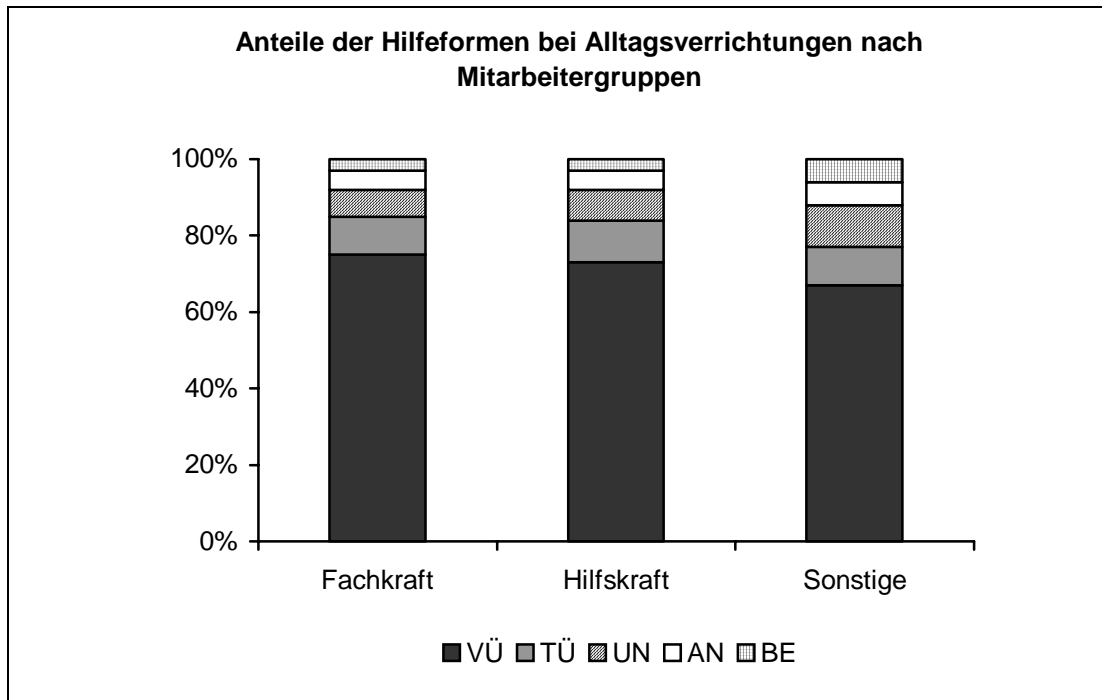
Die Anteile der Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte am Gesamtzeitaufwand pro Bewohner und Tag zeigt bei einer differenzierten Betrachtung der einzelnen Alltagsverrichtungen keine großen Unterschiede, ihr jeweiliger Anteil an den Versorgungsleistungen verteilt sich in etwa gleichmäßig auf die einzelnen Alltagsverrichtungen und beträgt bezüglich der meisten Verrichtungen zusammen in etwa 90%, demgegenüber erbringen die übrigen Mitarbeitergruppen in etwa 10% der jeweiligen Versorgungsleistungen. Etwas größere Unterschiede zeigen sich bei den Hilfen zur Nahrungsaufnahme und bei den Hilfen beim Gehen, Stehen, Treppensteigen und der Fortbewegung im Rollstuhl. Bei den letzteren Maßnahmen beträgt der Anteil der Pflegefachkräfte und der Pflegehilfskräfte insgesamt in etwa 80%, während die übrigen Mitarbeitergruppen mit 20% beteiligt sind.

Der genannte höhere Anteil bei den genannten Verrichtungen ist dabei auf eine stärkere Einbindung der Zivildienstleistenden, Praktikantinnen und Schülerinnen zurückzuführen. Insbesondere im Bereich der Mahlzeitenversorgung hat sich dabei gezeigt, daß die Bewältigung dieser Arbeitsspitzen ohne die Einbindung der genannten Mitarbeitergruppen kaum möglich erscheint.

Hilfeformen bei ausgewählten Alltagsverrichtungen nach Mitarbeitergruppen

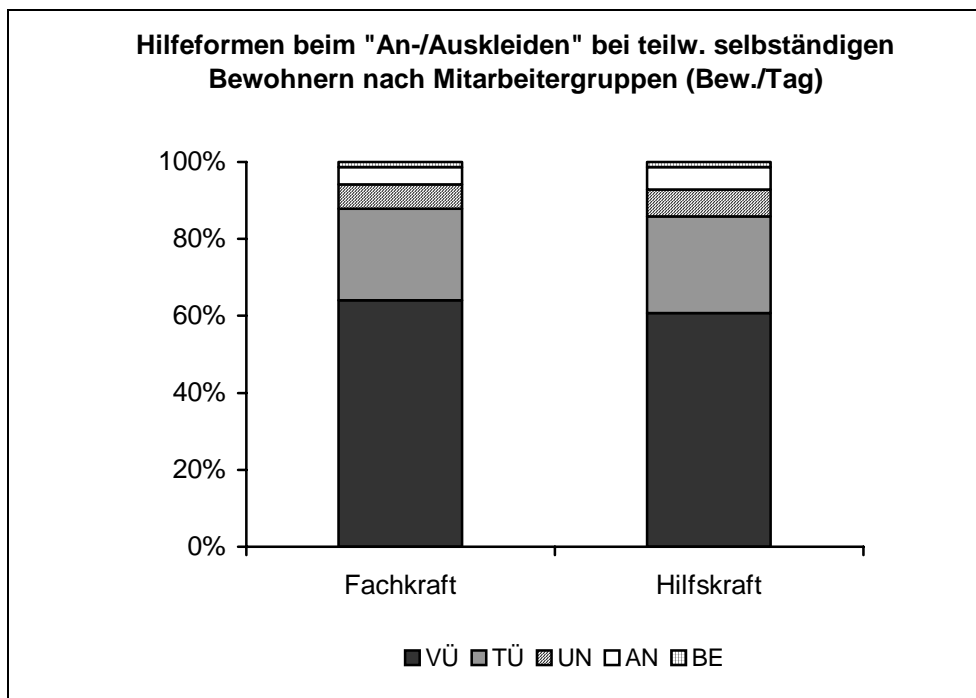
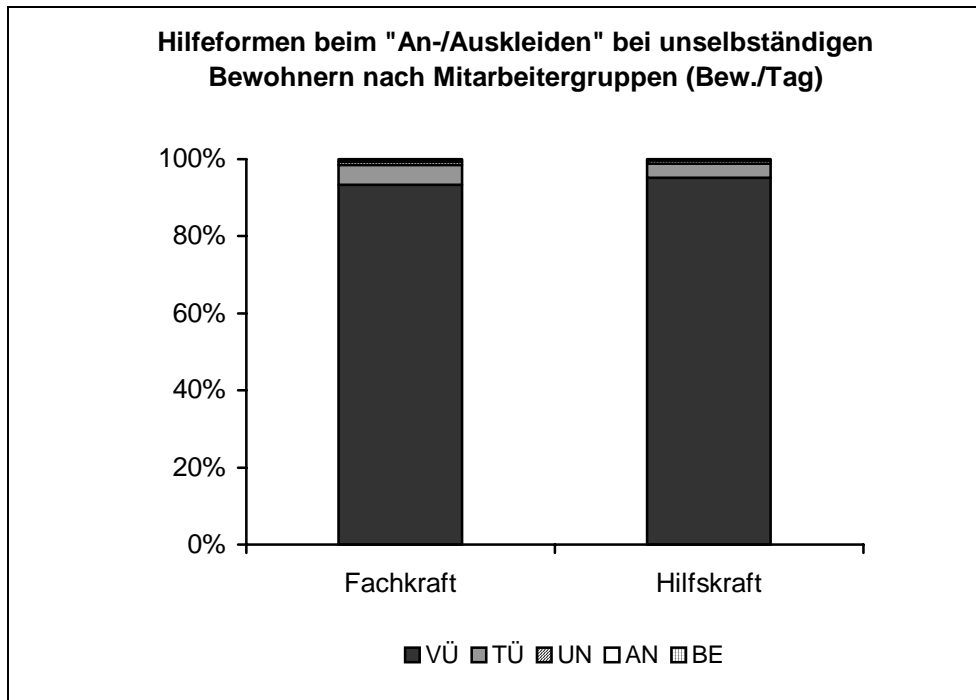
Wie bereits durch die vorliegenden Ergebnisse veranschaulicht, ist der Arbeitsalltag bezogen auf die Hilfen bei den Alltagsverrichtungen charakterisiert durch die volle Übernahme der Tätigkeiten durch die Pflegepersonen, den vorliegenden Ergebnissen gemäß wurden in etwa drei Viertel aller angefallenen Maßnahmen in Form der vollständigen Übernahme der Tätigkeiten von den Pflegepersonen durchgeführt. Richtet man den Blick auf die anteilmäßige Verteilung der Hilfeformen, differenziert nach Mitarbeitergruppen, so zeigen sich kaum Unterschiede. Die nachfolgende Abbildung zeigt, daß die Anteile der verschiedenen Hilfeformen bei den Pflegefachkräften und den Pflegehilfskräften nahezu identisch ausfallen – auf die ‚vollständige Übernahme‘ entfallen dabei auf die Fachkräfte 75% und auf die Hilfskräfte 73%. Ein nur sehr geringer Unterschied zeigt sich im Vergleich zu den übrigen Mitarbeitern. Der Anteil der Maßnahmen in vollständiger Übernahme liegt mit zwei Drittel etwas niedriger, während der Anteil der Maßnahmen, bei denen als Hilfeform die ‚Teilweise Übernahme, ‚Unterstützung‘, ‚Anleitung‘ oder ‚Beaufsichtigung‘ gewählt wurde, jeweils geringfügig größer ausfallen. Damit wird deutlich, daß auch Zivildienstleistende, Pflegeschüler und Praktikanten in die Unterstützung und Förderung von Bewohnern eingebunden werden, auch wenn in diesem Zusammenhang vermutet werden kann, daß sich die Maßnahmen dieser Mitarbeitergruppen in größerem Umfang auf Bewohner beziehen, die in nicht so starkem Ausmaß in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt sind. Stärker ressourcenorientierte Maßnahmen der therapeutischen und (sozial)pädagogischen Berufsgruppen, die einen nur sehr geringen Anteil am Gesamtumfang der Leistungen haben, fallen dementsprechend kaum ins Gewicht.

Der leicht erhöhte Anteil an Beaufsichtigung muss zudem in Zusammenhang mit den indirekten Leistungen gesehen werden: Wie im folgenden noch zu zeigen sein wird, sind Hilfskräfte sowie ‚sonstige Kräfte‘ in deutlich geringerem Umfang in Dienst- und Arbeitsbesprechungen oder etwa dokumentarische Aufgaben eingebunden. Die in diesen Zeiten anfallenden Arbeiten, insbesondere im Bereich der ‚Beaufsichtigung‘ werden dabei von den genannten Mitarbeitergruppen übernommen.



Hilfeformen bei ausgewählten Alltagsverrichtungen nach dem Grad der Selbständigkeit der Bewohner und nach Mitarbeitergruppen

Zwar zeigen die vorliegenden Ergebnisse, daß die Hilfeformen der ‚teilweisen Übernahme‘, ‚Unterstützung‘, ‚Anleitung‘ und ‚Beaufsichtigung‘, welche den Bewohnern die Möglichkeit geben ihre Ressourcen aktiv einzusetzen, bei den ‚teilweise selbständigen‘ Bewohnern häufiger durchgeführt werden als bei den „unselbständigen“ Bewohnern, allerdings steht auch bei den teilweise selbständigen Bewohnern die volle Übernahme im Vordergrund des pflegerischen Versorgungsgeschehens. Zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede. So liegt etwa der Anteil der ‚vollständigen Übernahme‘ beim Ankleiden ‚unselbständiger Bewohner‘ bei Fach- und Hilfskräften gleichermaßen bei über 90%. Bei teilweise selbständigen Bewohnern reduziert sich dieser Anteil auf ca. 60%, einhergehen mit einem Anstieg der eher auf Unterstützung und Anleitung ausgerichteten Hilfeformen. Relativierung erfährt dieser Befund jedoch mit Blick auf die Zeitwerte. Da diese sich im Vergleich zur ‚vollständigen Übernahme‘ kaum unterscheiden, z.T. sogar geringer ausfallen, ist zu vermuten, daß sich diese Hilfeformen lediglich auf Teilausschnitte der Versorgung beziehen: dies ist als ein Hinweis darauf zu sehen, daß nicht unbedingt gemeinsam mit dem Bewohner Ressourcen aufgegriffen und gefördert werden. Vielmehr ist davon auszugehen, daß die Bewohner bei jenen Verrichtungen, die noch selbst von ihnen übernommen werden können, nicht unbedingt auf die Anwesenheit der Pflegekräfte zurückgreifen können.



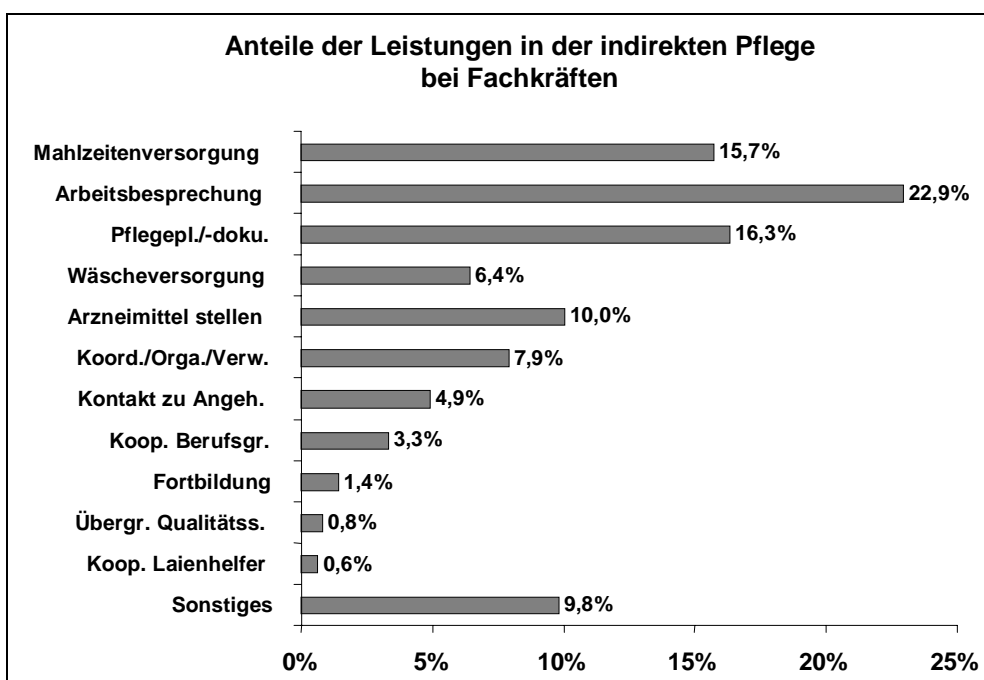
5.3 Indirekte Leistungen nach Mitarbeitergruppen

Während im Bereich der direkten, bewohnerbezogenen Leistungen kaum Unterschiede insbesondere zwischen Fach- und Hilfskräften im Hinblick auf Zeitumfang, Unterstützungsformen und Problemlagen auszumachen sind, zeigt sich im Bereich der indirekten Leistungen ein differenzierteres Bild. Bereits ein erster Blick auf den durchschnittlichen Zeitanteil illustriert diese Unterschiede: Wie bereits dargestellt, entfällt auf die indirekten Leistungen ein durchschnittlicher Anteil von insgesamt 50 Minuten je Bewohner und Tag. Bei Fachkräften liegt dieser Anteil etwas höher (ca. 58 Minuten je Bewohner und Tag, dies sind 44% des Gesamtumfangs der von Fachkräften erbrachten Leistungen), während bei Hilfskräften der Anteil um ca. 25% niedriger ausfällt und bei etwa 44 Minuten liegt (33% des Gesamtumfangs). Sonstige Kräfte verzeichnen dabei ein Anteil von durchschnittlich 48,5 Minuten je Bewohner und Tag (37% des Gesamtumfangs).

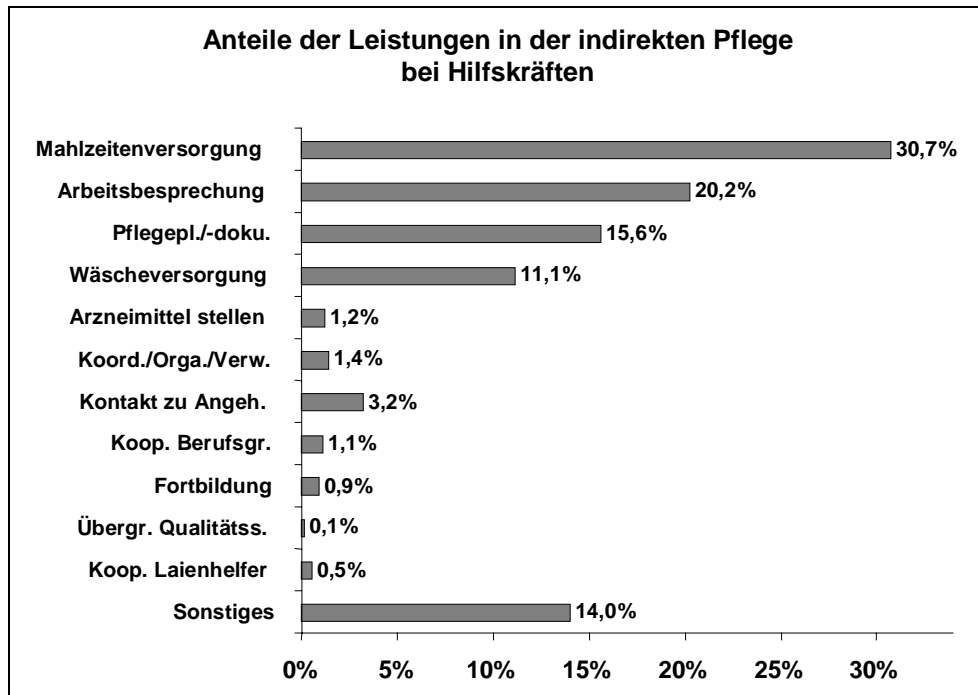
Tätigkeitsprofile

Ein Blick auf die Aufgabenbereiche zeigt sowohl ein diversifiziertes Bild indirekter Leistungen als auch Unterschiede im Aufgabenspektrum von Fach- und Hilfskräften.

Bei Fachkräften stehen insbesondere Arbeitsbesprechungen, Pflegedokumentation, Mahlzeitenversorgung und das Stellen von Arzneimitteln im Vordergrund und binden den Großteil der Zeitressourcen. Eine zweite Gruppe von Leistungen, vom Umfang her deutlich geringer entfällt auf die Aufgaben der Koordination, Organisation, Verwaltung, Wäscheversorgung sowie die Kommunikation mit Angehörigen. Eher als marginal zu betrachten ist der Zeitaufwand für Fortbildung, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Kooperation mit Laienhelfern.



Der größte Zeitanteil mit ca. 30% bei den Hilfskräften entfällt auf die Mahlzeitenversorgung. Arbeitsbesprechungen, Pflegedokumentation und Wäscheversorgung bilden weitere Schwerpunkte im Bereich der indirekten Leistungen. Zusammen machen diese vier Komplexe etwa 75% der von Hilfskräften erbrachten indirekten Leistungen aus.



Betrachtet man die Anteile der unterschiedlichen Qualifikationen am zeitlichen Gesamtaufwand pro Tag, so wird deutlich, daß in den meisten der indirekten Pflege zuzuordnenden Tätigkeiten der größte Anteil auf die Fachkräfte entfällt. Ausnahme bilden lediglich die Mahlzeiten- und Wäscheversorgung sowie sonstige Tätigkeiten, unter die vorrangig ‚Aufräumarbeiten‘ zu subsumieren sind. Hier zeigt sich eine etwas deutlichere Hierarchisierung von Tätigkeiten, wobei Fachkräfte überwiegend mit im Kontext von Pflege zu verortenden Tätigkeiten befasst sind, Hilfskräfte vermehrt hauswirtschaftliche Tätigkeiten wahrnehmen.

Diese Unterschiede werden noch deutlicher, wenn man statt der Tätigkeitsprofile den durchschnittlichen Zeitaufwand pro Tag und Mitarbeiter zugrunde legt. Bei Fachkräften liegt der Zeitaufwand für Arbeitsbesprechungen und Pflegedokumentation mit 41 bzw. 29 Minuten deutlich höher als bei den Hilfskräften (27 Min./ 21 Min.) Auch ‚Arzneimittel stellen‘, organisatorische Aufgaben sowie Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Angehörigen, wenn auch vom zeitlichen Umfang deutlich geringer, stellen in der Praxis vorrangig Fachkraftaufgaben dar.

Umgekehrt liegt der zeitliche Aufwand für die Mahlzeitenversorgung mit 61 Minuten mehr als doppelt so hoch wie bei den Fachkräften (28 Min.) Kaum Unterschiede zeigen sich hingegen im Bereich der Wäscheversorgung: dies scheint im Arbeitsalltag Aufgabe aller Berufsgrup-

pen gleichermaßen zu sein, wobei der etwas geringere Anteil bei den Fachkräften ein Indiz dafür ist, daß diesbezügliche Leistungen offenbar im Zusammenhang mit den Pflegeverrichtungen übernommen werden, bei Hilfskräften und sonstigen Kräften v.a. Wäscheverteilung etc. im Vordergrund steht.

Bei den Bereichen ‚Fortbildung, ‚Maßnahmen der Qualitätssicherung‘ sowie ‚Kooperation mit Laienhelfern‘, die den geringsten Zeitaufwand ausmachen, sind kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Qualifikationen zu verorten.

5.4 Zusammenfassende Bewertung und Qualifikationsanforderungen

Die vorgestellten Ergebnisse im Hinblick auf den Zusammenhang von Leistungserbringung und Qualifikation verdeutlichen, daß Unterschiede im Hinblick auf die Zeitanteile an der pflegerischen Versorgung insbesondere im Bereich der direkten Leistungen –mit Ausnahme der Behandlungspflege - kaum auszumachen sind. Dies gilt sowohl im Hinblick auf den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit als auch mit speziellen Fokus auf Einschränkungen der Mobilität und Orientierung. Für die betroffenen Bewohner bedeutet dies vor allem, daß bei zunehmender Einschränkung der Mobilität und Orientierung der Anteil der psychosozialen Maßnahmen zurückgeht – dies spiegelt sich im Tätigkeitsprofil aller Mitarbeitergruppen wider.

Lediglich im Bereich der indirekten Leistungen sind Unterschiede zwischen Fach- und Hilfskräften zu beobachten: hier wird eine gewisse Hierarchisierung von Tätigkeiten deutlich.

Unterstützung erfährt erstgenannter Befund, betrachtet man die verschiedenen Hilfeformen nach Mitarbeitergruppen. Hier wäre zu erwarten gewesen, daß sich spezielle Qualifikationen von Pflegefachkräften im Hinblick auf die Anleitung, Unterstützung und Ressourcenförderung von Bewohnern auch im Versorgungsalltag niederschlagen. Der ausgesprochen hohe Anteil der Leistungen mit ‚vollständiger Übernahme‘ gilt dabei gleichermaßen für Fach- und Hilfskräfte, deren Anteile an den verschiedenen Hilfeformen nahezu identisch sind. Neben dem grundsätzlichen Befund, daß sich die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Bewohner kaum an den Selbsthilferessourcen der Bewohner orientiert, ist damit v.a. hervorzuheben, daß im Rahmen der Unterstützung bei den Alltagsverrichtungen ein qualifikationsorientierter Einsatz von Pflegekräften nur in begrenztem Ausmaß stattfindet.

Dies steht zum einen im Zusammenhang mit einem pflegerischen Alltag, der angesichts der vielschichtigen Problemlagen u.a. geprägt ist von einer hohen Arbeitsdichte, vielfältigen Belastungssituationen und immer wieder notwendig werdenden Reaktionen auf akute Hilfebedarfe – somit erschwerte Rahmenbedingungen, unter denen sich geplantes, an den individuellen Ressourcen der Bewohner orientiertes pflegerisches Handeln in nur begrenztem Ausmaß realisieren läßt.

Die Komplexität der dargestellten Problemlagen wirft jedoch auch die Frage nach den Qualifikationsanforderungen auf, die in der häufig eher von quantitativen Fragestellungen geleiteten Diskussion um Personalausstattung zuweilen Vernachlässigung erfährt.

Vom quantitativen Ausmaß stehen dabei die Hilfe und Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen wie Körperpflege, Mobilität, Nahrungsaufnahme etc. deutlich im Vordergrund. Will man dabei dem Anspruch an eine fördernde, aktivierende Pflege gerecht werden, werden neben den verrichtungsbezogenen fachlichen Kompetenzen weitere Anforderungen deutlich, die sich insbesondere auf eine angemessene Pflegeplanung und –dokumentation sowie auf beratende und anleitende Tätigkeiten beziehen.

Angesichts der aus Hochaltrigkeit, chronischer Krankheit und Multimorbidität resultierenden Problemlagen werden steigende Anforderungen im Hinblick auf medizinisch-pflegerische Fachkenntnisse deutlich. Dies umfasst nicht nur das Stellen und Verabreichen von Medikamenten, sondern richtet sich zunehmend auch auf Tätigkeiten, die etwa im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, Rehabilitation oder auch der Mitwirkung bei medizinischer Therapie und Diagnostik deutlich von Bedeutung sind.

Im Bereich der altersbedingten Erkrankungen sind es die aus psychischen und neurologischen Veränderungen erwachsenden Problemlagen, die den Pflegealltag in stationären Einrichtungen am nachhaltigsten prägen. Dabei hat v.a. das Zusammentreffen von psychischen und somatischen Problemlagen entscheidenden Einfluss auf den Hilfebedarf, wobei darauf hinzuweisen ist, daß Orientierungseinschränkungen unterschiedlichen Ausmaßes nur eine, wenn auch dominante Facette im Spektrum gerontopsychiatrischer Probleme darstellen. Angstzustände, depressive Stimmungslagen, motorische, v.a. nächtliche Unruhe gehören ebenso zum Pflegealltag. Notwendige Qualifikationen beziehen sich dabei zunächst auf entsprechende medizinisch-pflegerische Kenntnisse im Hinblick auf gerontopsychiatrische Grundlagen (Krankheitsbilder, Symptomatik etc.). Für den Pflegealltag ist v.a. die Kenntnis von Handlungsleitlinien und Standards, aber auch gerontopsychiatrische Betreuungskonzepte und Therapieverfahren (Realitätsorientierung, Milieuthherapie, Validation) von Bedeutung. Der Anspruch, die unterschiedlichen Lebenslagen und Lebenswelten der Bewohner im pflegerischen Handeln zu berücksichtigen, erscheint ohne zumindest grundlegende Kenntnisse nicht möglich.¹

Qualifikationsanforderungen lediglich im Hinblick auf die Pflegebedürftigen zu skizzieren, nicht aber die Pflegekräfte selbst in den Blick zu nehmen, würde angesichts der Problemlagen und damit zusammenhängenden Belastungssituationen zu kurz greifen. Als Hauptbelastungen, die auch im Rahmen unserer Beobachtungen deutlich wurden, werden immer wieder genannt: ‚Hoher Zeitdruck‘, ‚Zuständigkeit für (zu-)viele Bewohner‘, ‚Versorgung von und

¹ Diesbezügliche Defizite werden auch immer wieder von Mitarbeitern selbst bestätigt. Einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung zufolge geben nahezu die Hälfte der befragten AltenpflegerInnen an, dass Gerontopsychiatrie ein in der Ausbildung vernachlässigtes Thema sei (vgl. Weyerer/Schäufele 1999, 20).

Kommunikation mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen', ‚Schwierigkeiten, Bewohner zu aktivieren, bzw. zu fördern', ‚Mangelnde Anerkennung' (vgl. u.a. Zimber/Weyerer 1999). Hinzu kommen häufig nicht thematisierte aber nicht minder schwierige Pflegesituationen, bei denen um sogenannte Tabuthemen in der Pflege geht: Ekel- und Schamgefühle, Gewalt, Abwehrhaltungen, eigene Ängste, Fragen von Nähe und Distanz- all dies sind Themen, die zwar für die Ausbildung eingefordert und dort auch zunehmend Beachtung finden, aber in der Praxis häufig keinen Raum finden. Die ‚Begleitung der Begleiter', und dies nicht nur im Rahmen der Ausbildung, bildet dabei eine zentrale Voraussetzung für den längerfristigen Berufserhalt und für die Entwicklung eines eigenen reflektierten Berufsverständnisses.

Da die aus komplexen Problemlagen und Belastungssituationen resultierenden Qualifikationsanforderungen im Zusammenhang betrachtet werden müssen und dementsprechend isolierte Fachkompetenzen zu kurz greifen, wird in der aktuellen (pflege-) berufspädagogischen Diskussion häufig auf das Konzept notwendiger Schlüsselqualifikationen rekurriert. Neben fachlichen und sozial-kommunikativen Kompetenzen (die im Bereich personenbezogener Dienstleistungen viele Überschneidungen aufweisen) sind ebenso methodische (z.B. Organisation, Planung) und v.a. auch personale Kompetenz (z.B. Umgang mit Belastungssituationen, Reflexionsfähigkeit, „Selbstpflege“) gefragt, um den beruflichen und persönlichen Anforderungen angemessen begegnen zu können. Mag es sich dabei auf den ersten Blick um übergreifende „Bildungsziele“ mit einem sehr hohen, möglicherweise kaum einzulösenden Anspruch handeln, so wird bei Vergegenwärtigung des Alltags in vollstationären deutlich, daß sie auf zentrale pflegerische Anforderungen zielen.

Ungeachtet der Diskussion um notwendige Qualifikationsanforderungen ist jedoch auch die Frage zu stellen, ob die derzeitige Praxis der Arbeitsorganisation in den Einrichtungen den jetzt schon vorhandenen unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter angemessen Rechnung trägt und damit adäquat auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner zu reagieren vermag. Dabei konnte zum einen gezeigt werden, daß trotz einer zumindest in quantitativer Hinsicht überdurchschnittlichen Personalausstattung z.T. wenig Spielräume für die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen, den Prinzipien einer individuellen Ressourcenförderung folgenden Pflege bleiben. Dennoch muss auch kritisch hinterfragt werden, daß etwa Pflegefachkräfte, wie dargestellt, in einem nicht unerheblichen Ausmaß an Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung beteiligt sind und damit möglicherweise Ressourcen für mehr unterstützende, fördernde und anleitende Tätigkeiten verloren gehen.

Die Hinweise auf ein sehr heterogenes Einrichtungsspektrum illustrieren dabei, daß den gegenwärtigen Anforderungen bei in etwa vergleichbaren Ausgangsbedingungen mit z.T. deutlich voneinander abweichender Personalausstattung und unterschiedlichen Konzepten des Personaleinsatzes begegnet wird. Eine zukünftige Aufgabe für die Einrichtungen könnte darin bestehen, eigene Konzepte zu überprüfen und damit auch die Möglichkeit für einen effektiveren und effizienten Einsatz v.a. ihres Fachpersonals in den Blick zu nehmen.

5.5 Anforderungen an die gerontopsychiatrische Versorgung im Kontext vollstationärer Pflege

Unter dem Aspekt der Aufrechterhaltung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung dementiell erkrankter alter Menschen umfaßt der Verantwortungsbereich des Pflegepersonals in der vollstationären Altenpflege auch die Sorge um eine angemessene, am Normalisierungsprinzip und den Ressourcen der Bewohner orientierten Tagesstrukturierung und erfordert daher insbesondere Kompetenzen bezogen auf den Bereich ganzheitlich ausgerichteter Pflege- und Therapiekonzepte. Zwar sind in den letzten Jahren speziell auf die Pflege und Therapie dementiell erkrankter alter Menschen ausgerichtete Konzepte entwickelt worden, doch ist zum einen zu fragen, ob und inwieweit diese Konzepte in den Alltag stationärer Versorgung Eingang gefunden haben und zum anderen, ob diese Konzepte zu einer Verbesserung der Lebensqualität dieser Personengruppe beitragen können. Dies ist insofern schwierig zu beantworten, da die Wirksamkeit von pflegerisch-therapeutischen Interventionen wie z.B. Validation, Basale Stimulation, Musiktherapie oder Bewegungstherapie bislang kaum untersucht worden ist. Hinsichtlich der Auswirkungen verschiedener Tagesgestaltungskonzepte, integrativer oder segregativer Betreuungsformen, Milieufragen und Organisationsformen der Pflege, wie z.B. Bezugspflege besteht ebenfalls ein großer Untersuchungsbedarf (Tackenberg & Abt-Zegelin, 2000, S. 293ff.). Auch mangelt es an Konzepten zur Erfassung der Beurteilung erhaltener pflegerisch-therapeutischer Leistungen durch dementiell erkrankte Bewohner, die sich über ihre Bedürfnisse nicht mehr verlässlich äußern können. Trotz vieler konzeptioneller und empirischer Anstrengungen fehlen weiterhin nutzbare Kriterien, um die Lebensqualität von Demenzkranken näher zu bestimmen (Sowarka, 2000, S. 69ff.).

Um die Qualität in der vollstationären Altenpflege im Hinblick auf die Versorgung Demenzkranker zu verbessern und überprüfbar zu machen, stellt sich für die aktuelle gerontologische und pflegewissenschaftliche Forschung sowohl die Aufgabe, an der weiteren Entwicklung theoretischer Konzepte zu arbeiten, als auch geeignete Verfahren zur Überprüfung der Wirksamkeit pflegerisch-therapeutischer Interventionen und zur Erfassung der Lebensqualität der von einer Demenz erkrankten betroffenen alten Menschen zu entwickeln.

In der Pflege dementiell erkrankter alter Menschen kommt es dabei v.a. darauf an, psychosoziale Aspekte als Bedingungsfaktoren für auftretende pflegerische Problemlagen mit zu berücksichtigen, d.h. Pflegeprobleme in ihren Bedingungsbeziehungen zu erkennen und Wege zu ihrer Behebung zu entwickeln. Dies setzt eine „kontextuale“ Sichtweise von Lebens-, Alterns- und Krankheitsprozessen voraus und verweist auf die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit von beruflich Tätigen unterschiedlichster Profession, welche sich nicht auf die Einrichtungsebene beschränken darf, sondern in die pflegerische und gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft eingebettet werden muß. Eine optimale ressourcenorientierte Pflege, Begleitung und Therapie in vollstationären Pflegeeinrichtungen setzt eine enge Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit therapeutischen und sozial-, bzw. auch heil-

pädagogischen Berufsgruppen, Psychologen, Allgemeinmedizinerinnen und (gerontopsychiatrisch ausgebildeten) Fachärztinnen voraus und erfordert daher umfassende kooperative Fähigkeiten. So ist etwa im Zusammenhang mit an den Ressourcen der Bewohner orientierten pflegerischen und therapeutischen Bemühungen immer wieder zu prüfen, inwieweit diese für den betroffenen Menschen in seinem Lebenskontext sinnvoll sind und inwieweit damit auch Erfolge im täglichen Leben erreicht werden können. Dies illustriert die Notwendigkeit einer engen Verzahnung ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Angebote im vollstationären Alltag, der bislang nach unseren Erkenntnissen nur unzureichend Rechnung getragen wird.

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Ziel des Projektes war es, auf der Basis einer breit angelegten empirischen Untersuchung gegenwärtige Strukturen der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in vollstationären Pflegeeinrichtungen transparent zu machen und auf diesem Wege auch Problemfelder und Anforderungen zu beschreiben, die für die vollstationäre pflegerische Versorgung heute und in Zukunft von Bedeutung sind.

Mit den Ausführungen zu den vorzufindenden pflegerischen Problemlagen in vollstationären Einrichtungen konnte deutlich gemacht werden, in welchem Ausmaß die Bewohner heute von Einschränkungen in ihren alltäglichen Verrichtungen und Lebensbereichen betroffen sind und dementsprechend der Hilfe und Unterstützung bedürfen. Besonders hervorzuheben ist dabei der hohe Anteil von Bewohnern, die von im weitesten Sinne gerontopsychiatrischen Problemlagen betroffen sind: Den vorliegenden Ergebnissen zufolge sind es mittlerweile deutlich mehr als 50% der Bewohner, die erhebliche Orientierungseinschränkungen aufweisen. Lediglich jeder fünfte Bewohner ist in dieser Hinsicht als unbeeinträchtigt zu charakterisieren. Der Anteil als 'weitgehend desorientiert' zu bezeichnender Bewohner steigt nach Pflegestufen steil an und liegt in der Pflegestufe III bei ca. 80%. Dabei stellt v.a. die Verknüpfung somatischer und psychischer Problemlagen ein zentrales Charakteristikum der Bewohner dar, das entscheidenden Einfluss auf die Hilfebedarfe hat und dementsprechend das Leistungsgeschehen nachhaltig prägt.

Erschwerend kommt hinzu, dass gerade die von Einschränkungen der Orientierung betroffenen Bewohner in besonderem Maße von weiteren speziellen Problemlagen wie etwa motorische und nächtliche Unruhe, depressive Stimmungslage oder Angstzuständen betroffen sind: Bei 80% der als desorientiert eingeschätzten Bewohner liegt mindestens eine schwer ausgeprägte Problemlage vor. Diese Problemlagen führen zu besonderen Anforderungen im Versorgungsalltag der Einrichtungen.

Auf der Basis der erhobenen Daten wurde ein durchschnittlicher Leistungsaufwand in einer Größenordnung von rund 135 Minuten je Bewohner und Tag ermittelt. Hierin drückt sich die Gesamtheit der Pflege- bzw. Betreuungsleistungen aus, die von Mitarbeitern der Einrichtungen erbracht wurden. Der Anteil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen beläuft sich auf 63%, der Anteil mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen demgemäß auf 37%. Nach entsprechender inhaltlicher Zuordnung der erfassten Leistungszeiten ergibt folgendes Leistungsprofil:

Leistungen im Bereich der Alltagsverrichtungen	57,2%
Psychosoz. Betreuung, spezielle psych. Pflegeinterventionen	10,6%
Leistungen im Bereich der Behandlungspflege	7,0%
Indirekte Leistungen	17,2%
Aufräum- und Reinigungsarbeiten	5,2%
Allgemeine Qualitätssicherung	0,7%
Nicht zuzuordnende Leistungen	2,1%

Nach diesen Daten dürfte es realistisch sein, den Gesamtanteil der Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlungspflege (unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen, Arzneimittel stellen, anteilmäßige Berücksichtigung indirekter Leistungen) in einer Größenordnung von durchschnittlich mindestens 8% zu veranschlagen.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufe zeigte eine signifikante, aber insgesamt schwache Korrelation, unabhängig davon, ob alle unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen berücksichtigt werden oder lediglich die Hilfen bei Alltagsverrichtungen. Die Pflegestufe erweist sich damit im Hinblick auf den Leistungsaufwand als ein insgesamt wenig trennscharfes Kriterium zur Unterscheidung von Bewohnergruppen; ihre Verwendung bei der Unterscheidung von Pflegesätzen kann daher in einer Einrichtung unter Umständen zu erheblichen Diskrepanzen im Verhältnis zwischen den für einen einzelnen Bewohner aufgewendeten finanziellen Ressourcen und den durch diesen Bewohner erzielten Einnahmen führen.

In besonderer Weise gilt dies für gerontopsychiatrisch erkrankte Heimbewohner. Die Erhebungsergebnisse zeigen, dass unter den Bewohnern mit der gleichen Pflegestufe jeweils diejenigen den höchsten Leistungsaufwand aufweisen, die unter Orientierungsstörungen leiden. Je ausgeprägter die Orientierungseinschränkungen sind, desto höher liegt in der Regel der Leistungsaufwand. Damit bestätigt sich die Annahme, dass in vielen Fällen die Pflegestufenzuordnung mit dem in stationären Pflegeeinrichtungen anfallenden, im Vergleich zu anderen Bewohnern hohen Versorgungsaufwand bei gerontopsychiatrisch Erkrankten nicht in Einklang steht.

Die Umrechnung des ermittelten Leistungsaufwandes in eine Betreuungsrelation ergab, nach der zu Vergleichszwecken erforderlichen Bereinigung der Daten, ein Verhältnis von 1 : 2,2 (Betreuungskräfte : Bewohner). Aus einer Gegenüberstellung mit den von Infratest für das Jahr 1998 ermittelten Referenzwerten lässt sich schließen, dass es sich hierbei um eine deutlich bessere Relation handelt als sie im Bundesdurchschnitt oder im Durchschnitt der alten Bundesländer erreicht wird. Ein Leistungsumfang vergleichbarer Größenordnung lässt sich also in Pflegeeinrichtungen bzw. Wohnbereichen mit einer Betreuungsrelation, die dem

von Infratest errechneten Durchschnittswerten entspricht, nicht erreichen. *Insofern muss das ermittelte Leistungsvolumen als überdurchschnittlich hoch bewertet werden.* Es erklärt sich nicht aus einer besonders guten Ausstattung der untersuchten Wohnbereiche, sondern vor allem aus der Wahl des jeweiligen Erhebungszeitpunktes, zu dem die Wohnbereiche verhältnismäßig gut personell besetzt waren (gemessen am Jahresdurchschnitt). Die einbezogenen Wohnbereiche können den ermittelten Versorgungsumfang mit der gegebenen Personalausstattung nur phasenweise, keineswegs jedoch im Jahresdurchschnitt aufrechterhalten.

Im erhobenen Leistungsumfang drückt sich somit eine Versorgung aus, die, würde sie sich als Standard in der Praxis durchsetzen, rein quantitativ eine Verbesserung gegenüber der heutigen Versorgung in vollstationären Einrichtungen darstellen würde.

Ungeachtet dessen ergaben die weitergehenden Analysen der Leistungsprofils und qualitativer Merkmale der Versorgung, dass es keineswegs berechtigt erscheint, von einer vorbildlichen Versorgung zu sprechen. Abgesehen davon, dass die untersuchten Einrichtungen in dieser Hinsicht z.T. deutliche Unterschiede aufweisen, muss im Gesamtbild, d.h. im Durchschnitt der einbezogenen Wohnbereiche Folgendes festgestellt werden:

- Hilfen bei Alltagsverrichtungen stehen sehr stark im Vordergrund der Versorgung. Die in diesem Zusammenhang durchgeführten Maßnahmen sind zeitlich meist so knapp bemessen, dass schwer vorstellbar ist, wie in diesem Rahmen auf individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse der Bewohner eingegangen werden soll.
- Im Versorgungsalltag wird - abgesehen von den für den Erhalt der körperlichen Gesundheit erforderlichen Maßnahmen - in erster Linie auf aktuelle, von den Mitarbeitern unmittelbar wahrnehmbare Hilfebedarfe reagiert. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf solche Bewohner, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner, also je weniger ihre Bedürfnisse und gerontopsychiatrischen Problemlagen im Wohnbereichsalltag präsent sind, um so geringer ist ihre Chance, außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen Betreuung zu erhalten.
- Die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen ist verhältnismäßig wenig an der individuellen Ausprägung gerontopsychiatrischer Problemlagen ausgerichtet, sofern sich diese außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen bemerkbar machen. Die Beeinflussung dieser Problemlagen scheint eher selten als eigenständiges Pflegeziel umgesetzt zu werden. Sie führen vor allem dann zu Reaktionen, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung (oder auch eine Belästigung anderer Bewohner) abgewendet werden soll oder wenn sie der Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Alltagsverrichtungen entgegenstehen. Psychosoziale Betreuung oder geplante psychiatrische Pflege nehmen, gemessen am Zeitvolumen, als eigenständige Maßnahmen außerhalb der Alltagsverrichtungen einen insgesamt recht bescheidenen Platz im Versorgungsalltag ein.

- Im Arbeitsalltag kommt der vollständigen Übernahme von Tätigkeiten, die zur Durchführung von Alltagsverrichtungen erforderlich sind, großes Übergewicht zu. Diese Hilfeform wird häufig auch dann bevorzugt, wenn der Bewohner in der Lage wäre, die Verrichtung teilweise selbst zu bewältigen. Ansätze einer ressourcenfördernden Pflege im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen gibt es zwar, doch kommt ihnen zu geringe Bedeutung zu, um hier von einer Ausrichtung am Grundsatz der Ressourcenförderung als dominierende Leitlinie im Versorgungsalltag sprechen zu können. Im Vordergrund steht eher eine defizitorientierte Pflege. Ansätze, Bewohnern eine aktive Rolle bei den Alltagsverrichtungen, konzentrieren sich auf Personen, bei denen davon auszugehen ist, dass sich die Alltagsverrichtung durch ein solches Vorgehen nicht in die Länge zieht. Zeitlich umfangreiche Anleitungen besitzen im Versorgungsalltag Seltenheitswert. Ausschlaggebend für den geringen Stellenwert aktivierender, rehabilitativ ausgerichteter Hilfeleistungen dürften mangelnde Zeit bzw. hohe Arbeitsbelastung sein. Sie bilden eine objektive Grenze, fördern aber auch bei den Mitarbeitern eine Grundhaltung, in der sie danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen und dabei ggf. auch Eigenaktivität von Bewohnern zurückzuweisen.
- Diese Feststellungen beschränken sich auf individuelle Hilfen bei Alltagsverrichtungen. Trainingsmaßnahmen zum Erhalt und zur Förderung von Selbständigkeit werden in einem Teil der Einrichtungen in Form von Gruppenaktivitäten durchgeführt, und auch die gemeinsame Einnahme von Mahlzeiten wird zum Teil dazu genutzt, zum selbständigen Handeln anzuleiten. Des Weiteren konnte im Verlauf der Erhebungen beobachtet werden, dass einzelne mobile (und eingeschränkt orientierte) Bewohner über längere Zeiten des Tages hinweg nicht durchgängig betreut, aber doch relativ kontinuierlich im Rahmen einer individuellen Tagesstrukturierung begleitet und zur Eigenaktivität ermutigt wurden. Soweit sich das aus den vorliegenden Daten schließen lässt, finden solche Maßnahmen jedoch nur selten statt.
- Personelle Kontinuität kann in den untersuchten Wohnbereichen nur begrenzt hergestellt werden. Nach den vorliegenden Daten kann von einer überdurchschnittlichen Kontinuität bereits dann gesprochen werden, wenn der Personalwechsel innerhalb eines Zeitraums von 10 Tagen nicht dazu führt, dass mehr als 8 verschiedene MitarbeiterInnen *in größerem Umfang* an der Versorgung eines Bewohners beteiligt sind.
- Vor diesem Hintergrund weist insbesondere die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Heimbewohner Schwachstellen auf: Die Versorgung zeigt Merkmale und Strukturen, die einer planvollen, ressourcenfördernden und gerontopsychiatrischen Problemlagen angemessenen Pflege wenig zuträglich sind. Es fehlt nach unseren Beobachtungen nicht an persönlichem Engagement der Mitarbeiter, doch die personellen und damit vor allem die zeitlichen Rahmenbedingungen begünstigen die Entwicklung von Arbeitsroutinen, in denen Anforderungen einer psychiatrischen Pflege gegenüber dem Primat der Sicherstellung von Behandlungspflege und Alltagsverrichtungen stark in den Hinter-

grund treten. Manche Bewohnergruppen verdienen in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit: Das gleichzeitige Auftreten von schweren Mobilitätseinschränkungen und gerontopsychiatrischen Problemlagen kann als Risiko für eine individuell wenig problemangemessene Versorgung bezeichnet werden.

- Die nächtliche Versorgung zeigt zahlreiche Engpässe und ungelöste Probleme, die auf dringlichen Handlungsbedarf verweisen. Der Nachtdienst ist durch große Wechselhaftigkeit von Problemsituationen und Versorgungsanforderungen gekennzeichnet, doch stellt hier die Kumulation von Problemsituationen, die nur mit Mühe bewältigt werden können, keineswegs eine Ausnahme dar. Die übliche Personalbesetzung und Arbeitsorganisation der Nachtdienstes ist nach den Erhebungsergebnissen in vielen Fällen nicht ausreichend, um Sicherheit, pflegerische Grundversorgung und ausreichende Entlastung des individuellen psychischen Problemdrucks auf Seiten der Bewohner gleichermaßen zu gewährleisten.
- Differenziert man den durchschnittlich anfallenden Leistungsaufwand für unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen nach Mitarbeitergruppen, so zeigt sich, dass die Pflegefachkräfte mit 47% den größten Anteil an der durchschnittlich geleisteten Versorgung ausmachen. Knapp 40% entfallen auf Pflegehilfskräfte und weitere 13% auf ‚Sonstige Kräfte‘ wie etwa Zivildienstleistende, PraktikantInnen und SchülerInnen. Ein Blick auf das Tätigkeitsprofil (direkte bewohnerbezogene Leistungen) der verschiedenen Mitarbeitergruppen zeigt jedoch, dass kaum Unterschiede zwischen Fach- und Hilfskräften zu beobachten sind, weder im Hinblick auf den zu betreuenden Personenkreis (etwa Grad der Pflegebedürftigkeit oder Ausmaß der Orientierungseinschränkungen), noch im Hinblick auf die Hilfeformen. Die größten zeitlichen Anteile im Bereich der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen entfallen auf die Fachkräfte. Ausnahmen bilden lediglich Tätigkeiten im Hinblick auf die Mahlzeiten- und Wäscheversorgung. Hier zeigt sich im Gegensatz zu den direkten bewohnerbezogenen Leistungen eine deutliche Differenzierung von Tätigkeiten, wobei Fachkräfte überwiegend mit im Kontext von Pflege zu verortenden Tätigkeiten befasst sind, Hilfskräfte vermehrt hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen.

Im Gesamtbild zeigt sich eine angespannte Versorgungssituation, in der wenig Spielraum für eine qualitativ hochwertige Pflege besteht. Diese Feststellung ist vor allem auch deshalb wichtig, weil der erhobene Leistungsumfang im Vergleich zur vollstationären pflegerischen Versorgung in Deutschland insgesamt als überdurchschnittlich hoch anzusehen ist und für eine quantitativ nennenswerte, bessere Ausschöpfung der Personalressourcen zur Erhöhung des Leistungsumfangs im Bereich der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen nach den vorliegenden Daten kaum Spielraum besteht. Selbst dieser überdurchschnittliche Leistungsumfang reicht also nicht aus, um eine qualitativ *hochwertige* Pflege dauerhaft sicherzustellen.

Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich folgern, dass spürbare Qualitätsverbesserungen eine Erhöhung des Leistungsumfangs und damit eine bessere Personalausstattung vor-

aussetzen. Es wäre schon viel erreicht, wenn vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland durchgängig auf Personalressourcen in einer Größenordnung zurückgreifen könnten, wie sie zur Realisierung eines mit dem Projekt abgebildeten Leistungsumfangs und -profils erforderlich sind. Perspektivisch und auch unter Anlegung fachlicher Kriterien würde dies jedoch nicht zu einer auf lange Sicht befriedigenden Lösung genügen. Angesichts des immer höheren Stellenwertes eines Versorgungsbedarfs, der durch gerontopsychiatrische Problemlagen ausgelöst wird, ist es ebenso notwendig, längerfristige Strategien zur Anpassung der vollstationären Pflege an die dadurch entstehenden Anforderungen zu entwickeln.

Abgesehen vom Umfang der Personalressourcen kommt hier der Verbesserung der Qualifikationsstruktur eine wichtige Bedeutung zu. Aus den in den Einrichtungen vorzufindenden vielschichtigen pflegerischen Problemlagen resultiert eine hohe Komplexität beruflicher Anforderungen, wobei ein deutlicher Bedarf insbesondere im Bereich gerontopsychiatrischer Fachqualifikationen besteht. Der Weiterqualifizierung von Hilfskräften sowie nicht-pflegerischen Berufsgruppen sollte ebenso besonderes Augenmerk gewidmet werden. Angesichts der facettenreichen Anforderungen und daraus resultierenden Belastungssituationen ist der Unterstützung der Mitarbeiter, nicht nur im Sinne fachlicher Weiterqualifizierung, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Entwicklung personaler Kompetenzen besonderes Augenmerk zu widmen. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, den längerfristigen Berufsverbleib von Pflegekräften zu sichern, von großer Bedeutung.

Vor dem Hintergrund unserer Untersuchungsergebnisse erscheint eine Reduzierung des Personals, wie sie zuweilen als Option in die Auseinandersetzung um die Fachkraftquote eingebracht wird, indiskutabel. Es ist vielmehr notwendig, die pflegfachliche Expertise dreijährig qualifizierter Pflegekräfte, insbesondere das Wissen, die Fertigkeiten und Fähigkeiten, die genuin dem Bereich der (geronto)psychiatrischen Pflege zuzuordnen sind, auszubauen. Es zeigte sich allerdings auch, dass die Fachkraftquote, so wie sie herkömmlich definiert wird, als Indikator für den tatsächlichen Einsatz bzw. Anteil der Fachkräfte im Versorgungsalltag eine eher unsichere Größe darstellt. Es wäre daher empfehlenswert, bei Überlegungen zu einem angemessenen Fachkräfteanteil von der tatsächlichen Betreuungsrelation Fachkräfte : Bewohner auszugehen.

Trotz oder gerade wegen angespannter Versorgungssituationen sind verstärkt Anstrengungen der Einrichtungen im Bereich der Qualitäts- und Organisationsentwicklung erforderlich. Der Versuch, einen stärker qualifikationsorientierten Einsatz von Pflegekräften in den Einrichtungen vorzunehmen, bildet auch im Hinblick auf eine Anerkennung durchaus unterschiedlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten einen zentralen Bestandteil dieser Bemühungen. Auch vor dem Hintergrund der Forderung nach einer Ausweitung der Personalressourcen kommt der Organisationsentwicklung eine Schlüsselstellung zu. Hier wird es zukünftig darum gehen, etwaige Personalzuwächse vor allem in jenen Leistungsbereichen wirksam werden zu lassen, in denen der dringlichste Bedarf besteht. An erster Stelle stehen hier zweifellos die Bedarfe, die aus gerontopsychiatrischen Problemlagen der Bewohner resultieren.

Organisationsentwicklung zielt dabei nicht nur auf effektivere Arbeitsabläufe und einen effizienteren Personaleinsatz, sondern ist zu verstehen als ein längerfristig angelegter, umfassender Entwicklungs- und Veränderungsprozess der Einrichtungen und in ihr tätigen Menschen. Da körperliche und psychische Belastungen häufig auch durch Mängel in der Arbeitsorganisation entstehen, nimmt Organisationsentwicklung insbesondere auch die Qualität des Arbeitslebens mit in den Blick. Unterstützung und Förderung der Mitarbeiter, persönliche Anerkennung, Entlastung und Unterstützung durch Supervisionsangebote, fachliche Weiterbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind dabei als wichtige Ansatzpunkte anzusehen.

Schließlich besteht gerade im Hinblick auf den Nachtdienst ein dringender Handlungsbedarf. Eine Lösung der aufgezeigten Probleme setzt jedoch voraus, dass Festlegungen erfolgen, welche Ziele mit der nächtlichen Versorgung erreicht werden sollen. Hierzu gehören u.a. Entscheidung darüber, welches Maß an Sicherheit angestrebt werden soll (Umfang der Präsenz von Pflegekräften in den Wohnbereichen), in welchem Umfang die psychische Unterstützung als Aufgabe des Nachtdienstes gelten soll (Personalressourcen) und welche gesonderten Betreuungsangebote während der Nacht ggf. etabliert werden sollen. Erst auf dieser Basis lassen sich konkrete Schlussfolgerungen für die Personalausstattung und Arbeitsorganisation formulieren. Dass es schwerwiegende Probleme im Nachtdienst gibt, die ohne verbesserte Personalbesetzung nicht lösbar sind, erscheint uns vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse unbestreitbar.

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass den vielfältigen Herausforderungen mit einer z.T. deutlich voneinander abweichenden Personalausstattung und unterschiedlichen Konzepten des Personaleinsatzes begegnet wird. Für eine eindeutige Bewertung der Personalausstattung müssen, wie gezeigt werden konnte, verschiedene Parameter Berücksichtigung finden, die über eine isolierte Betrachtung von Fachkraftquoten und pflegepersonalbezogenen Betreuungsrelationen hinausgehen. Ein Vergleich der personellen Rahmenbedingungen in der vorliegenden Untersuchung mit den Analysen und Bewertungen des Leistungsgeschehens lässt für die zukünftige Diskussion die Schlussfolgerung zu, dass hier eher eine untere Grenze markiert wird, will man den normativen Ansprüchen an eine Normalisierung des Heimalltags und die Individualisierung von Pflegeleistungen im Sinne der Heimbewohner gerecht werden.

Literaturverzeichnis

Kapitel "Zum Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit, Leistungsbedarf und erbrachten Leistungen"

- Abdellah, F.G./Beland, I.L./Martin, A./Matheny, R. (1960): Patient-Centered Approaches to Nursing. New York: Macmillan
- Barthel, D./Mahoney, F. (1965): Functional Evaluation: The Barthel Index. State Medical Journal 14, S. 61-65
- Biefang, S./Potthoff, P. (1994): Instrumente der Funktions- bzw. Leistungsdiagnostik für die Rehabilitation. München (Projektbericht)
- Brobst, R.A./Coughlin, A.M.C./Cunningham, D. et al. (1996): Der Pflegeprozeß in der Praxis. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Evers, G.C. (1997): Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Friesacher, H. (1998): Pflegediagnosen und International Classification for Nursing Practice (ICNP). Mabuse 23, Nr. 112, S. 33-37
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (1998): RAI 2.0 - System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Henderson, V./Nite, G.A. (1978): The Principles and Practice of Nursing. New York: Macmillan
- Iyer, P.W./Taptich, B.J./Bernocchi-Losey, D. (1995): Nursing Process and Nursing Diagnosis. Philadelphia: Saunders
- Katz, S./Moskowitz, R.W./Jackson, B.A. (1963): Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL. The Journal of the American Medical Association 185, S. 914-919
- Kim, M.J./McFarland, G.K./McLane, A.M. (1999): Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Kistner, W. (1994): Der Pflegeprozeß in der Psychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart: Fischer
- Klug-Redman, B. (Hg.) (1996): Patientenschulung und -beratung. Berlin: Ullstein Mosby
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Baden-Baden: Nomos
- Lawton, M.P./Brody, E.M (1969): Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. The Gerontologist 9, S. 179-186
- National League of Nursing Education (1950): Nursing organization curriculum conference. Glen Gardner, NJ: Libertarian Press
- Needham, I. (1991): Pflegeplanung in der Psychiatrie. Recom: Basel
- Orem, D.E (1991): Nursing - Concepts of Practice. 4. Aufl., St. Louis: Ullstein Mosby
- Orem, D.E. (1997): Eine Theorie der Pflegepraxis. In: Schaeffer, D. et al. (Hg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, S. 85-97
- Reisach, B./Zegelin-Abt, A. (1998): Die Ressourcen des Patienten erkennen - was ist das? Die Schwester/Der Pfleger 37, Nr. 8, S. 672-675
- Roper, N./Logan, W.W./Tierney, A.J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. 4. Aufl., Basel: Recom

- Schaeffer, D. (1995): Community Health Nursing - Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 25. Hamburg: Argument-Verlag, S. 166-184
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S. 339-361

Kapitel "Untersuchungsdesign"

- Barthel, D./Mahoney, F. (1965): Functional Evaluation: The Barthel Index. State Medical Journal 14, S. 61-65
- EROS - Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (1997): PLAISIR 93 - Bio-psycho-soziales Profil von Heimbewohnern und Planung der erforderlichen Pflege. Handbuch. Montréal
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (1998): RAI 2.0 - System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Höft, B./Seyfarth, W. (1999): Gerontopsychiatrische Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. o.O.
- Kim, M.J./McFarland, G.K./McLane, A.M. (1999): Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (1996): Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation. Köln
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (Hg.) (1997): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen
- Roper, N./Logan, W.W./Tierney, A.J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. 4. Aufl., Basel: Recom
- Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege. Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. Pflege 12, S. 118-124
- Townsend, M.C. (1998): Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber

Kapitel 1 "Pflegerische Problemlagen in vollstationären Einrichtungen"

- Bauer, J. (1994). Die Alzheimer-Krankheit: Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie. Stuttgart; New York: Schattauer.
- Bauer, J., Bauer, H. & Teising, M. (1994). Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz. In R. Hirsch (Hrsg.). Psychotherapie bei Demenzen (S. 47-61). Darmstadt: Steinkopff.
- Bergener, M. (1998). Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In A. Kruse (Hrsg.). Psychosoziale Gerontologie. Band I: Grundlagen (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 15) (S. 87-105). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Bickel, H. (1992). Epidemiologie. In H. Gutzmann (Hrsg.). Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung (S. 31-50) (Angewandte Altersheilkunde, Bd.3). Bern; Göttingen; Toronto: Huber.
- Bickel, H. (1994). Demenz und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. Münchener Medizinische Wochenschrift, 136 (42), 640-643
- Bickel, H. (1995) Epidemiologie der Demenzen. Psycho, 21 (12), 716-722

- Bruder, J. (1998). Ganzheitliche Versorgung Demenzkranker. In Forum der Techniker Krankenkasse. Herausforderung Demenz. Verbesserte Lebensqualität – Verbesserte Therapie am 4. und 5. Dezember 1998 (S. 21-27).
- Bruder, J. (1999a). Milieuthherapie Demenzkranker. In G. Naegele & R.-M. Schütz (Hrsg.). Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen: Gedenkschrift für Margret Dieck (S. 388-398). Opladen; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Bruder, J. (1999b). Vergessen und Traurigkeit. Psychische Veränderungen im Alter. In A. Niederfranke; G. Naegele & E. Frahm (Hrsg.). Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns (S. 319-376). Opladen; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH
- Cooper, B. & Bickel, H. (1989). Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in der Altenbevölkerung. Ergebnisse einer populationsbezogenen Längsschnittstudie in Mannheim. *Nervenarzt*, 60, 472-482.
- Cooper, B. (1996). Risikofaktoren für Demenzen: aktueller Stand der Epidemiologie. In C. Wächtler, R.D. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.). Demenz. Die Herausforderung (Dokumentation der 2. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie) (S. 1-14). Singen: Egbert Ramin.
- Deutscher Bundestag (1996). Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD (Drucksache 13/5257). Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M-H. (Hrsg.). (1993). Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10. Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.
- Domdey, C. (1996). Der dementiell erkrankte Mensch in der Familie. Anregungen zum verstehenden Umgang und Aspekte der Betreuung. (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe Thema Nr. 120. Köln: Eigenverlag.
- Ehrhardt, T. & Plattner, A. (1999). Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Ekman, S.-L.; Norberg, A.; Viitanen, M. & Winblad, B. (1994). Pflege dementer Patienten mit schweren Verständigungsproblemen. *Pflege*, 7 (3), 219-227
- Grond, E. (1998). Pflege Demenzkranker. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Gunzelmann, T. (1991). Die Versorgung dementiell erkrankter älterer Menschen durch die Familie - Stand der Forschung und Entwicklung eines psychosozialen Beratungskonzeptes. Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg: Dissertation.
- Gutzmann, H. (1992). Klinik der Demenz vom Alzheimer-Typ. In H. Gutzmann (Hrsg.). Der dementielle Patient: das Alzheimer-Problem – Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung (S. 13-30)(Angewandte Altersheilkunde, Band 3). Bern/Göttingen/Toronto: Huber
- Gutzmann, H. (1997). Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In C. Wächtler (Hrsg.). Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen (S. 40-59). Stuttgart; New York: Thieme.
- Häfner, H. (1992). Psychiatrie des höheren Lebensalters. In P.-B. Baltes & J. Mittelstraß. Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (Forschungsbericht/Akademie der Wissenschaften zu Berlin; 5) (S. 151-179). Berlin; New York: de Gruyter.
- Häussler-Szcepan (1998). Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbereich zur gleichnamigen Untersuchung. (Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Haupt, M. (1999). Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (3), 159-166.
- Haupt, M. & Kurz, A. (1990). Alzheimersche Krankheit: Erleben, Empfinden und Reaktionsformen der Kranken. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23 (4), 211-213.

- Heinemann-Knoch, M., Kardorff, E. von & Klein-Lange, M. (1992). Verwirrte alte Menschen. Empirische Studien zur Versorgungslage und zur alltäglichen Problembewältigung durch Betroffene, Angehörige und Versorger (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe Forum, Nr. 19). Köln: Eigenverlag.
- Hirsch, R.D. (1994). Pharmakotherapie versus Psycho- und Soziotherapie. In R.-D. Hirsch (Hrsg.). Psychotherapie bei Demenzen. (S. 83-92). Darmstadt: Steinkopff.
- Hirsch, R.-D. (1999). Gerontopsychiatrie. In B.Jansen; F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer, R. Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis (S. 274-296). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Jaeger, J. (1987). Trends in der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie, 20 (4), 187-194
- Köther, I. & Gnam, E. (2000). Altenpflege in Ausbildung und Praxis. Stuttgart; New York: Thieme.
- Kurz, A. (1995). Die Alzheimersche Krankheit. Eine Einführung. In S. Braun, G. Knoll, B. Krauß & G. Uhlmann. Gerontopsychiatrie und Altenarbeit III. (Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 94) (S. 23-34). Berlin: Eigenverlag.
- Kurz, A. (1997). Neurobiologie, Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit. In C. Wächtler (Hrsg.). Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen (S. 8-16). Stuttgart; New York: Thieme.
- Lauter, H. (1995). Ethische Aspekte der Demenz. In R.-D. Hirsch, R. Kortus, H. Loos, C. Wächtler. Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz (Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe, Bd. 9) (S. 31-52). Melsungen: Bibliomed, Med. Verlag.-Ges.
- Müller, D. (1994). Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen: Medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Entwicklungen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe Thema, Nr. 96). Köln: Eigenverlag
- Oesterreich, K. (1993). Gerontopsychiatrie: Forschung, Lehre, Praxis, Perspektiven. München: Quintessenz
- Rasehorn, E. (1994). Übungs- und Trainingsprogramme mit Dementen unter Berücksichtigung ihrer Emotionalität. In R. Hirsch (Hrsg.). Psychotherapie bei Demenzen (S. 129-140). Darmstadt: Steinkopff.
- Sandman, P.O.; Norberg, A.; Adolfsson, R. Axelsson, K. & Hedly, V. (1994). Morgentoilette bei dementen Alzheimer-Patienten: ein auf direkter Beobachtung beruhendes theoretisches Modell. Pflege, 7 (4), 280-290
- Schneekloth; U. (1997). Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30 (2), 163-172.
- Schneekloth, U. & Müller,U. (1999). Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von I + G Gesundheitsforschung München und Infratest Burke Sozialforschung München. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Skiba, A. (1998). Fördern im Alter – unter besonderer Berücksichtigung von Bewegungsgesichtspunkten. Praxis der Psychomotorik, 23 (3), 152-157
- Stoppe, G. (1997). Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankung. In C. Wächtler (Hrsg.). Demenzen – Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen (S. 17-39). Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag.
- Stuhlmann, W. (1996). Aktuelle Psychopharmakotherapie psychischer Begleitsymptome bei Demenz. In C. Wächtler, R.D. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.). Demenz. Die Herausforderung (Dokumentation der 2. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie – und psychotherapie) (S. 87-104). Singen: Verlag Egbert Ramin
- Wagener, R., Berkemeyer, C., Hock, G., Schneider, A., Winterberg, C. & Ulmer, E-M. (1998). Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. Pflege, 11, 89-95

- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (1998). Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie*, 31, 78-88
- Werner, B. (1997). Demenz: Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Wojnar, J. (1994). Psychodynamische Aspekte der institutionellen Versorgung von Demenzkranken. In R. Hirsch (Hrsg.). *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 141-148). Darmstadt: Steinkopff.
- Zimber, A., Schäufele, M. & Weyerer, S. (1998). Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu, *Gesundheitswesen*, 60, 239-246.
- Zimmer, R. (1992). Ätiologie und Pathogenese der Alzheimerschen Krankheit. In H. Gutzmann (Hrsg.). *Der dementielle Patient: das Alzheimer-Problem – Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung*. (Angewandte Alterskunde, Bd. 3). (S. 51-67). Bern, Göttingen, Toronto: Huber.

Kapitel 2 "Versorgungsumfang und Struktur des Leistungsgeschehens"

- Bartholomeyczik, S. (2000): Stand der Pflegezeitbemessung in Deutschland - Anforderungen aus der Sicht der Pflegewissenschaft. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): *Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen*. Köln, S. 22-26
- Böker-Scharnholz, M./Brill, K.-E./Pörksen, N./Strüber, U./Reumschüssel-Wienert, C. (2000): Psychiatrische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Teil II des Abschlußberichts zum Projekt "Außerstationäre psychiatrische Pflege". Baden-Baden: Nomos
- Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1997): Unterschiede in der Begutachtungspraxis bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld
- Dühring, A./Claus, S. (1999): Schlaflose Nächte. *Altenpflege* 24, Nr. 6, S. 22-25
- Dürmann, P. (2000): 45 Minuten Mehraufwand. Ergebnisse des "Leistungsvergleichs vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)". *Altenheim* 39, Nr. 4, S. 30-35
- Evangelische Heimstiftung e.V. Stuttgart (Hg.) (1999): *Leistungsgerechte Pflegesätze für die stationäre Pflege*. Stuttgart
- Gennrich, R./Nakielski, H. (2000): 131 Minuten durchschnittlicher Pflegebedarf pro Tag. Pro Alter 33, Nr. 3, S. 30-34
- Heine, U. (1997): Probleme in der Begutachtung der ambulanten und stationären Pflege aus sozialmedizinischer Sicht. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe; Akademie für Sozialmedizin Bochum (Hg.): *4. Sozialmediziner-Tag in Bad Salzuflen am 13./14. September 1996: Pflegeversicherung - neue Herausforderung für die Sozialmedizin*. Münster, S. 51-58
- Laaser, U./Röttger-Liepmann, B./Breckenamp, J./Herwig-Stenzel, E. (2000): Auswirkungen der 2. Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes auf die Versorgung im stationären Bereich der Altenhilfe. *Pflege* 13, Nr. 1, S. 4-8
- Neubauer, G./Schallermair, C. (1998): Das Leistungsgeschehen in der stationären Altenpflege. *Die Ortskrankenkasse* 80, Nr. 11-12, S. 363-367
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000): *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Baden-Baden: Nomos
- Udsching, P. (1997): Rechtsfragen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe; Akademie für Sozialmedizin Bochum (Hg.): *4. Sozialmediziner-Tag in Bad Salzuflen am 13./14. September 1996: Pflegeversicherung - neue Herausforderung für die Sozialmedizin*. Münster, S. 59-72
- Wingenfeld, K. (1998): Maßstäbe zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz. In: *Standardisierungen in der Medizin*. Jahrbuch für Kritische Medizin 29. Berlin/Hamburg: Argument-Verlag, S. 95-111

Kapitel 3 "Qualitative Aspekte des Leistungsgeschehens"

- Arets, J./Obex, F./Ortmans, L./Wagner, F. (1999): Professionelle Pflege. Fähigkeiten und Fertigkeiten. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Böhm, E. (1991): Re-aktivierende Pflege nach Böhm. Heilberufe 43, Nr. 9, S. 417-420
- Coyne, M.L./Hoskins, L. (1997): Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. Clinical Nursing Research 6, Nr. 3, S. 275-290
- Ekman, S.L./Norberg, A./Viitanen, M./Winblad, W. (1994): Pflege dementer Patienten mit schweren Verständigungsproblemen. Pflege 7, S. 219-227
- Höft, B. (Hg.) (1999): Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Jenny, M. (1996): Psychische Veränderungen im Alter. Mythos - Realität - Psychologische Interventionen. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Kistner, W. (1994): Der Pflegeprozeß in der Psychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart: Fischer
- Krohwinkel, M. (Hg.) (1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Baden-Baden: Nomos
- Krohwinkel, M. (1998): Fördernde Prozeßpflege - Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink, J. (Hg.): Erster Internationaler Pflege theorienkongreß Nürnberg. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Leptihn, T. (1996): Guter Wille allein reicht nicht. Leitfaden für ein gerontopsychiatrisches Konzept. Psychosoziale Arbeitshilfen 8. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Matthes, W. (1989): Die andere Seite der Pflege. In: ders.: Pflege als rehabilitatives Konzept. Lehrbuch Altenpflege. Hannover: Vincentz, S. 31-55
- Müller, Dagmar (1994): Interventionen für verwirrte ältere Menschen in Institutionen. Medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Entwicklungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (thema 96)
- Neumann, E.M./Zank, S./Tzschätzsch, K./Baltes, M. (1993): Selbständigkeit im Alter. Ein Trainingsprogramm für Pflegenden. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Peters, D.A. (1993): Issues and opportunities for the twenty-first century: the search for a definition of quality in long-term care settings. In: Burke, M./Sherman, S. (Hg.): Gerontological nursing: issues and opportunities for the twenty-first century. New York: National League for Nursing Press, S. 13-26
- Tappen, R.M. (1994): The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. Research in Nursing & Health 17, S. 159-165
- Wagener, R./Berkemeyer, C./Hock, G./Schneider, A./Winterberg, C./Ulmer, E.-M. (1998): Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. Pflege 11, Nr. 2, S. 89-95
- Wahl, H.-W./Baltes, M. (1995): Überfürsorge contra Selbständigkeit. Interaktionsmuster in der häuslichen Pflege. Altenpflege Forum 3, Nr. 1, S. 15-22

Kapitel 5 "Zum Verhältnis von Leistungsgeschehen und Qualifikation sowie zur Diskussion veränderter Qualifikationsanforderungen in der vollstationären Pflege"

- Asbeck-Schoofs, T., Bräutigam, M. & Menke, M. (1996). Rahmencurriculum für die Altenpflegeausbildung in NRW. Unveröffentlichter Forschungsbericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie. Dortmund.
- Buchholz, S., Goerlich, C., Hirsch, R., Nagy, R. & Schillhuber, S. (1996). Zusammenarbeit mit Angehörigen. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen (Ergebnisse des Arbeitskreises der Deutschen Alzheimer Gesellschaft „Anforderungen an Pflege und Versorgung von Alzheimer-Kranken im stationären Bereich“). (S. 81-86). Stuttgart: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Meifort, B. (1993). Qualitätsmängel in der Altenpflege – oder: Wie professionell ist die Altenpflege? In W. Becker & B. Meifort (Hrsg.). Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe – Europa als Impuls?. Zur Qualifikationsentwicklung in der Human-Dienstleistung (S. 97-127). (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft, 159). Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Oelke, U. (1998). Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende. *Pflegepädagogik*, 2, 42-46.
- Schaeffer, D. (1996). Neue Herausforderungen in der Pflege. Konsequenzen für die Qualifizierung. In Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Neue Qualifikationen im Gesundheitswesen. Dokumentation der Expertentagung (S 58-71). Bad Lippspringe: Druckerei Westerheide.
- Sowarka, D. (2000). Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In H. Entzian, K.-I. Giercke, T. Klie & R. Schmidt (Hrsg.). *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit* (S. 69-82). (Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (2000). *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Glossar

Anleitung (Hilfeform)

Im Zusammenhang mit der Unterscheidung der Hilfeformen wird diese Kategorie zur Charakterisierung einer Pflege herangezogen, bei der sich die Pflegekraft darauf konzentriert, die Handlungen des Bewohners zu lenken, Handlungen zu demonstrieren und/oder zu erklären und ggf. den Bewohner zur eigenständigen Durchführung der Handlung zu motivieren.

Beaufsichtigung (Hilfeform)

Eine Bezeichnung, die im Zusammenhang mit der Unterscheidung der Hilfeformen verwendet wird. Eine durch Beaufsichtigung charakterisierte Hilfeform zeichnet sich dadurch aus, dass die Pflegekraft bei der Verrichtung zwar anwesend ist, jedoch nur dann interveniert, wenn sich eine Selbst- oder Fremdgefährdung oder eine unsachgemäße Ausführung der Tätigkeit abzeichnet.

Betreuungsrelation

Indikator zur Beurteilung der Personalausstattung. Als Referenz wird üblicherweise die ‚Zahl der Pflegebedürftigen je Betreuungskraft‘ herangezogen, wobei Betreuungskräfte die Summe aus Pflegekräften und therapeutischem Personal (ggf. incl. Zivildienstleistenden) bilden. In der vorliegenden Untersuchung wurde darüber hinaus auch eine Betreuungsrelation ‚Pflegefachkräfte – Bewohner‘ berechnet. Die genauen Berechnungsgrundlagen werden jeweils ausgewiesen.

BEH

Kürzel für Maßnahmen der Behandlungspflege.

Behandlungspflege

Pflegerische Maßnahmen, die im Zusammenhang mit ärztlich verordneten Maßnahmen durchgeführt werden bzw. auf ärztliche Anordnung erfolgen (vgl. Liste im Anhang).

Betreuungszeit

Die tatsächliche Dauer der vom Bewohner erhaltenen Maßnahmen (im Unterschied zum → Leistungsaufwand).

Fachkraftquote

Verhältnis von → Fachkräften (AltenpflegerInnen, Krankenschwestern/-pfleger) zu → Hilfskräften (Alten-/KrankenpflegehelferInnen (1-jährige Qualifizierung), angelernte Pflegehilfskräfte). Im vorliegenden Bericht wird darauf hingewiesen, dass eine isolierte Betrachtung der Fachkraftquote für die Bewertung der tatsächlichen Personalausstattung einer Einrichtung bzw. eines Wohnbereichs nicht ausreichend erscheint.

Fachkräfte

Hier verstanden als Pflegefachkräfte: Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung: AltenpflegerInnen, Krankenschwestern-/Pfleger.

HBA

Kürzel für Hilfen bei Alltagsverrichtungen.

Hilfeformen

Art und Weise der Unterstützung bzw. Durchführung der Maßnahmen durch die Pflegeperson. Im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt 5 Formen der Hilfe bei Alltagsverrichtungen unterschieden: Vollständige Übernahme, teilweise Übernahme, Unterstützung, Anleitung, Beaufsichtigung (vgl. jeweils dort).

Hilfen bei Alltagsverrichtungen

Maßnahmen, die sich auf die in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgeführten "gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens" beziehen. Ausgeschlossen blieben dabei Verrichtungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, des weiteren Leistungen, die sich zwar die im SGB XI genannten Alltagsverrichtungen beziehen, jedoch nach sozialrechtlichen Kriterien der → Behandlungspflege zuzuordnen sind.

Hilfskräfte

Hier verstanden als Pflegehilfskräfte: Alten- und KrankenpflegehelferInnen (1-jährige Qualifizierung) sowie angelernte Pflegekräfte.

Leistungsaufwand

Umfang der Arbeitszeit, der für die Durchführung von Maßnahmen aufgewendet wird. Im Unterschied zur → Betreuungszeit umfasst der Leistungsaufwand nicht die tatsächliche Zeitdauer einer Maßnahme, sondern die zeitlichen Ressourcen, die von den Mitarbeitern für eine Maßnahme aufgewendet wurden. Bei der Berechnung des Leistungsaufwandes muss berücksichtigt werden, dass Leistungen z.T. im Rahmen einer Gruppenaktivität erbracht werden, z.T. aber auch bei der individuellen Versorgung eines einzelnen Bewohners zwei oder mehr Mitarbeiter mitwirken. Der Leistungsaufwand für eine einzelne Maßnahme ergibt sich daher aufgrund der folgenden Berechnungsformel: Zeitdauer der Maßnahme multipliziert mit der Anzahl der Mitarbeiter, dividiert durch die Anzahl der gleichzeitig versorgten Bewohner. Der Leistungsaufwand wird im Rahmen des Berichtes häufig in Form eines standardisierten Zeitwertes dargestellt (Durchschnittswert je Bewohner und Tag).

Leistungsbedarf

Ausdruck für Art und Umfang von Versorgungsmaßnahmen, die im Hinblick auf die gesundheitlichen Probleme des einzelnen Bewohners/Patienten nach bestimmten Kriterien als erforderlich gelten können (→ Pflegebedarf).

Mahlzeitenversorgung

Mit diesem Begriff werden → mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen bzw. Tätigkeiten zusammengefasst, die im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme anfallen. Sie umfassen in erster Linie die Vorbereitung von Mahlzeiten, das Verteilen von Mahlzeiten, das Auf- und Abdecken sowie andere Aufräumarbeiten.

Maßnahmebereiche

Bei den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wird der Begriff verwendet, um Hilfen bei Alltagsverrichtungen, Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen jeweils zusammenzufassen.

Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Leistungen, die nicht im direkten Kontakt zum Bewohner durchgeführt wurden. Tätigkeiten wurden auch dann als mittelbar bewohnerbezogen definiert, wenn sie wie die Beratung von Angehörigen zwar für einen einzelnen Bewohner erbracht wurden, jedoch nicht in eine Interaktion mit dem Bewohner eingebettet waren.

Mobilitätseinschränkungen

Zur Unterscheidung von Bewohnergruppen wurde auf der Basis der erhobenen → pflegerischen Problemlagen ein Merkmal "Grad der Mobilitätseinschränkung" definiert, bei der die Selbständigkeit beim Aufstehen und Zubettgehen sowie bei der Fortbewegung (Gehen, Stehen, Treppen steigen, Fortbewegung im Rollstuhl) berücksichtigt wurde. Das Merkmal kann Ausprägungen von 0 (weitgehend mobil) bis 3 (weitgehend immobil) annehmen.

Orientierungseinschränkungen

Zur Differenzierung von Bewohnergruppen wurde, ähnlich wie im Falle der Mobilität, ein Merkmal "Grad der Orientierungseinschränkung" generiert, das ebenfalls die Ausprägungen 0 (weitgehend orientiert) bis 3 (weitgehend desorientiert) annehmen kann. Bei der Generierung dieses Merkmals wurde die Fähigkeit zur örtlichen, zeitlichen und situativen Orientierung sowie die Fähigkeit zur Personenerkennung berücksichtigt.

Pflegebedarf

Art und Umfang der Maßnahmen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante gesundheitliche Probleme von Patienten bzw. Pflegebedürftigen zu beeinflussen. Pflegebedarf ist keine objektive Größe, sondern muss stets vor dem Hintergrund des aktuellen Standes pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und konkret definierter Zielsetzungen der Versorgung gesehen werden. Pflegebedarf lässt sich insofern nicht unmittelbar aus den gesundheitlichen Problemlagen bzw. den eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten von Patienten und Pflegebedürftigen ableiten, sondern ist stets das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den fachliche oder auch sozialrechtliche Normen einfließen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Frage, welches Qualitätsniveau mit der pflegerischen Versorgung (hier: der vollstationären Pflege) sichergestellt werden soll.

Problemlagen, gerontopsychiatrische

Begriff zur Bezeichnung von bestimmten → pflegerischen Problemlagen, die durch kognitive Einschränkung bzw. psychische Erkrankungen oder Behinderungen ausgelöst oder mit bedingt werden (z.B. Zwangshandlungen, Angstzustände, aggressives Verhalten etc.).

Problemlagen, pflegerische

Der Begriff wird im Rahmen des Berichtes ähnlich wie der Ausdruck "Pflegeprobleme" verwendet. Er bezeichnet die Konsequenzen von Erkrankungen oder anderer gesundheitlicher Probleme für den betroffenen Patienten bzw. Bewohner ("Reaktion" des Patienten), insbesondere den Verlust der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen, Unselbständigkeit zur Durchführung der zur Beeinflussung von Krankheit oder aufgrund einer ärztlichen Behandlung erforderlichen Maßnahmen, körperliche und kognitive Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme sowie das Unvermögen, hinreichend für die eigene Sicherheit zu sorgen.

PSY

Kürzel für "psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen".

Psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen

Leistungen, die weder eine Hilfestellung bei Alltagsverrichtungen darstellen noch auf die Beeinflussung körperlicher Funktionen abzielen. Sie richten sich vielmehr auf psychische und soziale Bedürfnisse oder Problemlagen der Bewohner.

Ressourcenorientierte Pflege

Dieser Begriff wird im Bericht zur Bezeichnung einer Pflege verwendet, deren übergeordnetes Ziel in der Förderung von Selbständigkeit, Eigenaktivität und Individualität besteht. Sie zielt also vor allem darauf ab, fortschreitenden Autonomieverlusten oder Funktionseinschränkungen der Patienten entgegenzuwirken (durch Aktivierung und Förderung der noch verbliebenen Fähigkeiten) und den Patienten darin zu unterstützen, verlorene oder eingeschränkte Selbstversorgungsfähigkeiten so weit wie möglich wieder zu erlangen. Im Unterschied zu einer defizitorientierten Pflege beschränkt sich ressourcenorientierte Pflege nicht darauf, Unselbständigkeit bei der Durchführung notwendiger Verrichtungen auszugleichen. Dementsprechend stehen auch andere pflegerische Interventionsformen im Vordergrund des Versorgungshandelns (→ Hilfeformen). Hierzu gehört auch, die Durchführung einer Alltagsverrichtung erforderlichen Handlungen vom Patienten bzw. Pflegebedürftigen nach Möglichkeit (soweit es seine körperliche Konstitution bzw. seine körperlichen Fähigkeiten noch zulassen) selbst durchführen zu lassen und den Schwerpunkt der Unterstützung auf die Moti-

vierung, Anleitung und "kleine" Hilfestellungen zu legen oder ggf. den Pflegebedürftigen darin zu unterstützen, bestimmte Handlungen, die beispielsweise durch einen Schlaganfall nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können, neu zu erlernen.

Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen

Zur Erfassung des Profils der → pflegerischen Problemlagen wurde die Abhängigkeit bzw. Selbständigkeit der Bewohner bei insgesamt 15 Alltagsverrichtungen erhoben. Die Selbständigkeit wurde mit Hilfe einer dreistufigen Skala eingeschätzt, die unterschiedet, ob ein Bewohner die betreffende Verrichtung regelmäßig ohne nennenswerte Hilfe, teilweise selbstständig durchführen kann oder hierbei gänzlich auf Hilfe angewiesen ist (unselbständig).

Sonstiges Personal

Bezeichnung für an der Versorgung der Bewohner beteiligtes nicht-pflegerisches Personal. Hierunter sind vorrangig Zivildienstleistende, PraktikantInnen, SchülerInnen sowie Hauswirtschaftskräfte zu fassen. Subsumiert wurden ebenfalls nicht-ärztliche Therapeuten und (sozial)pädagogische Berufsgruppen, die jedoch nur einen äußerst geringen Anteil an der Versorgung der Bewohner haben.

Teilweise Übernahme (Hilfeform)

Bezeichnung zur Charakterisierung einer pflegerischen Maßnahme, bei der die Pflegenden einen Teil der bei einer Verrichtung anfallenden Tätigkeiten übernehmen, bei der jedoch ein relevanter Teil vom Bewohner selbst durchgeführt wird.

Übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen

Als solche wurden Tätigkeiten definiert, die das Ziel der Qualitätssicherung oder Qualitätsentwicklung verfolgen, aber nicht auf den einzelnen Bewohner bezogen waren, sondern sich auf Qualitätsaspekte der Versorgung innerhalb eines Wohnbereichs oder der Einrichtung insgesamt beziehen (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkeln, Entwicklung von Pflegestandards, Erstellung eines Qualitätshandbuchs etc.).

Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen/Maßnahmen

Maßnahmen, die in unmittelbarem Kontakt zum Bewohner durchgeführt werden.

Unterstützung (Hilfeform)

Als Unterstützung wird eine der im Rahmen des Berichtes unterschiedenen 5 Hilfeformen bezeichnet. Unterstützung charakterisiert ein Vorgehen, bei dem die Pflegekraft die bei einer Alltagsverrichtung anfallenden Tätigkeiten weitgehend dem Bewohner überlässt und sich darauf beschränkt, einzelne Handreichungen zu übernehmen (z.B. Bereitstellung der benötigten Utensilien) oder Orientierungshilfen zu geben.

Vollständige Übernahme (Hilfeform)

Bezeichnung zur Charakterisierung einer pflegerischen Maßnahme, bei der die Pflegenden alle oder nahezu alle bei einer bestimmten Alltagsverrichtung anfallenden Tätigkeiten übernehmen.

Zeitaufwand

→ Leistungsaufwand.

Anhang

A1. Bogen zur Erfassung allgemeiner Bewohnerinformationen und pflegerischer Problemlagen (Datenprofil)

Allgemeine Informationen

- Code
- Alter
- Geschlecht
- Pflegestufe
- Härtefall (ja/nein)
- Heimaufnahme (Datum)

Ärztliche Diagnosen

Aus den in Kapitel 3.2 näher dargelegten Gründen wurde nach den Diagnosen nur in sehr allgemeiner Form gefragt. Anzugeben war, ob ärztliche Diagnosen vorliegen, und wenn ja, ob sie Hinweise auf folgende Erkrankungen geben:

- Zustand nach Apoplex
- Dementielle Erkrankung
- Sonstige, psychiatrische Erkrankung

Einschätzung des Hilfebedarfs (Selbständigkeit/Abhängigkeit von Hilfe) bei ausgewählten Verrichtungen/Tätigkeiten

Berücksichtigt wurden folgende Verrichtungen/Tätigkeiten:

- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Gehen/Stehen/Treppensteigen
- Fortbewegung im Rollstuhl
- Verlassen/Wiederaufsuchen der Einrichtung
- Mundgerechte Zubereiten der Nahrung
- Essen
- Trinken
- Toilettengang
- Waschen
- Duschen/Baden
- Sonstige Körperpflege
- Medikamenteneinnahme
- Blutzuckerkontrolle
- Insulingabe

Für jede dieser Verrichtungen/Tätigkeiten war die Selbständigkeit des Bewohners anhand folgender Vorgaben zu beurteilen:

1. Bewohner kann die Tätigkeit ohne Hilfe/Beisein von anderen Personen durchführen.
2. Bewohner kann die Tätigkeit teilweise selbst durchführen, benötigt aber Hilfe.
3. Bewohner kann die Tätigkeit auch nicht teilweise selbst durchführen.

Angegeben werden konnte außerdem, daß die jeweilige Verrichtung bei dem Bewohner "entfällt" (z.B. Fortbewegung bei Bettlägerigkeit).

Einschränkungen

- Schlucken
- Atmen
- Sprechen
- Hören
- Sehen
- Schlafen
- Sich im Bett bewegen
- Stuhlkontinenz
- Harnkontinenz
- Personenerkennung
- Zeitliche Orientierung
- Örtliche Orientierung
- Situative Orientierung
- Merkfähigkeit
- Kurzzeitgedächtnis
- Langzeitgedächtnis
- Tag-/Nachtrhythmus
- Soziale Kontaktfähigkeit
- Motivation zur Selbstversorgung

Antwortvorgaben: keine - mäßige - schwere Einschränkungen.

Bewußtseinslage

Antwortvorgaben: wach - schläfrig - benommen - somnolent - komatös.

Spezielle Problemlagen

- Motorische Unruhe
- Nächtliche Unruhe
- Weglauftendenzen
- Wahnvorstellungen
- Sinnestäuschungen
- Depressive Stimmungslage
- Angstzustände
- Aggressives Verhalten
- Sturzrisiko
- Selbstgefährdung
- Fremdgefährdung
- Suchtverhalten
- Zwangshandlungen

Antwortvorgaben:

Problemlage liegt nicht vor - mäßig ausgeprägt - schwer ausgeprägt

Zusätzlich wurde erfragt, ob sich der Bewohner im Sterbestadium befindet (ja/nein).

Spezielle Versorgungsbedarfe

- Sondenernährung
- Blasenkatheter
- Anus-Praeter-Versorgung
- Windeln/Vorlagen
- Spezielle Augen-/Ohren-/Nasenpflege
- Bronchialtoilette
- Trachealkanülenpflege
- Dekubitusversorgung
- Sonstige Wundversorgung
- Stützverbände
- Injektionen (ohne Insulin)
- Gefäßkatheter/Infusionen

Antwortvorgaben: ja/nein

A2. Maßnahmenkatalog (unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen)

(Mobilität)

- Lagern/Betten
- Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen (ggf. einschl. Lagern/Betten)
- Hilfe beim An-, Aus- und Umkleiden
- Hilfe beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, bei der Fortbewegung im Rollstuhl
- Hilfe beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Einrichtung

(Ernährung)

- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (einschl. mundgerechte Zubereitung)
- Hilfe bei Sondenernährung

(Ausscheidung)

- Hilfen beim Toilettengang (einschließlich Wechsel von Inkontinenzartikeln, Reinigung und Versorgung künstlicher Ausgänge; ohne Katheterisierung)
- Einlauf
- Blasenkatheter legen/wechseln

(Körperpflege)

- Hilfe beim Waschen (Ganz- und Teilwaschung, inkl. Hautpflege)
- Hilfe beim Duschen, Baden (inkl. Hautpflege)
- Hilfe bei sonstiger Körperpflege (Kämmen, Rasieren, Zahn-/Mundpflege)
- Spezielle Maßnahmen (spezielle Augen-/Ohren-/Nasenpflege, Bronchialtoilette, Trachealkanülenpflege)

(Weitere Maßnahmen, die dem Bereich "Behandlungspflege" zugeordnet werden können)

- Dekubitusbehandlung
- Sonstige Wundversorgung, Verbände
- Wickel
- Medizinische Einreibung
- Medikamente verteilen/eingeben (ohne Injektionen)
- Insulin verabreichen
- Sonstige Injektionen
- Infusion wechseln
- Kontrolle Vitalparameter (Temperatur, Atmung, Puls, Blutdruck)
- Blutzucker-/Urinzuckerkontrollen

(Psychosoziale Betreuung, spezielle Interventionen)

- Einzelgespräche mit spezifischer Zielsetzung: entlastende, beratende, ressourcenfördernde Einzelgespräche; Hilfen zur Alltagsbewältigung; Beratung in persönlichen Angelegenheiten
- Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte
- Durchführung von Gruppenaktivitäten zur Befriedigung von religiösen, sozialen/kommunikativen und ästhetischen Bedürfnissen oder Bewegungsbedürfnissen (nur innerhalb der Einrichtung)
- Trauerbegleitung (sofern nicht bei anderen Maßnahmen berücksichtigt)
- Sterbebegleitung (sofern nicht bei anderen Maßnahmen berücksichtigt)
- Intervention bei Weglauftendenz
- Orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen
- Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung
- Spezielle Interventionen bei Angst, Wahn, Halluzination, depressiver Stimmung, Unruhezuständen, einschl. Validation und anderer spezieller, psychiatrisch ausgerichteter Maßnahmen)

Die Leistungen wurden anhand von Kürzeln (wie LB=Lagern/Betten) dokumentiert. Maßnahmen, die in der Liste nicht aufgeführt sind, wurden im Klartext aufgeführt.

A3. Datenprofil des Erhebungsbogens zur Erfassung mittelbar bewohnerbezogener und sonstiger Leistungen

1. Code (zur Unterscheidung der einzelnen Mitarbeiter)
2. Erhebungstag (Datum)
3. Arbeitsbeginn und -ende (Uhrzeit)
4. Pausen, Ausfallzeiten
5. Pflegeplanung und -dokumentation
6. Arbeitsbesprechungen
7. Kooperation mit Laienhelfern
8. Kontakte zu Angehörigen
9. Unterstützung anderer Berufsgruppen
10. Koordination, Organisation, Verwaltung
11. Mahlzeitenversorgung

12. Wäscheversorgung
 13. Arzneimittel stellen
 14. Übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen
 15. Fortbildung
 16. Sonstiges
- (Angabe in Minutenwerten, soweit nicht anders vermerkt)

A4. Bogen zur Erfassung von Strukturdaten und anderen Merkmalen der Einrichtungen und Wohnbereiche

Einrichtungsbezogene Informationen

Angebote für die Bewohner (psychosozialer und Service-Bereich)

- Allgemeine Angebote (freie Auflistung)
- Spezielle gerontopsychiatrische Angebote (freie Auflistung)

Bewohnerstruktur

- Anzahl der Bewohner insgesamt
- Anzahl Frauen
- Anzahl Männer
- Durchschnittsalter
- Durchschnittliche Verweildauer in der Einrichtung

Pflegesätze, Auslastung und räumliche Ausstattung

- Tagessätze nach Pflegestufen
- Anzahl der besetzten Plätze nach Pflegestufen
- Auslastungsgrad der Einrichtung insgesamt (in Prozent)
- Anzahl der Einzel-, Doppel- und Mehrbettzimmer

Personalausstattung

- Angaben über Voll- und Teilzeitstellen (umgerechnet auf Vollzeitstellen), differenziert nach Qualifikation

Qualitätssicherung

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (freie Auflistung)
- Schriftlich formuliertes Pflegekonzept (ja/nein)

Wohnbereichsbezogene Informationen

Bewohner und Auslastung

- Anzahl Bewohner, differenziert nach Pflegestufen
- Anzahl freier Plätze

Personalausstattung

- Angaben über Voll- und Teilzeitstellen (umgerechnet auf Vollzeitstellen, ohne Nachtwachen), differenziert nach Qualifikation
- Mitarbeiter mit (geronto-)psychiatrischer Zusatzqualifikation

Pflegeorganisation und Versorgungsangebot

- Pflegesystem (Funktionspflege, Bereichs-, Zimmer- oder Gruppenpflege, Bezugspflege)
- Pflegedokumentationssystem
- Verwendung von Pflegestandards
- Schriftlich formuliertes Pflegekonzept für den Wohnbereich
- Berücksichtigung der Versorgung gerontopsychiatrisch veränderter/erkrankter Bewohner im Pflegekonzept
- Beschäftigungs(therapeutische)angebote im Wohnbereich und außerhalb des Wohnbereichs
- Spezielle Angebote für gerontopsychiatrisch veränderte/erkrankte Bewohner im Wohnbereich und außerhalb des Wohnbereichs
- Fachärztliche (psychiatrische/neurologische) Betreuung der gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner
- Kooperation (Arbeitsteilung) mit Ärzten im Bereich Behandlungspflege

Räumliche Ausstattung

- Anzahl der Einzel-, Doppel- und Mehrbettzimmer
- Küche
- Wohngruppenbezogene Aufenthaltsräume
- Wohngruppenbezogene Essensräume
- Möglichkeit der Selbstmöblierung