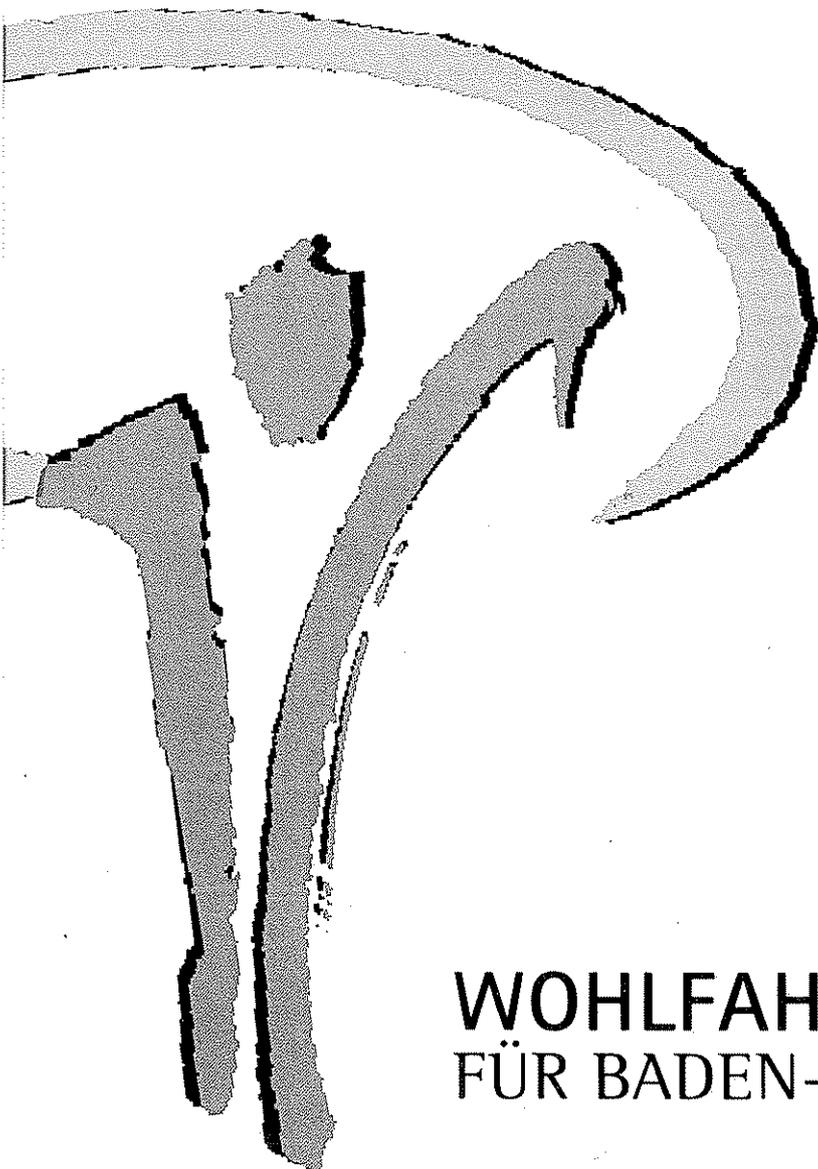


# Die BASIS-Studie 1997

(Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse  
in der Stationären Altenhilfe)

Ein Beitrag zur Entwicklung eines Verfahrens zur Hilfebedarfs-,  
Leistungs- und Personalbemessung in der stationären Altenhilfe



**WOHLFAHRTSWERK  
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

## **Die BASIS-Studie 1997**

**(Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse  
in der Stationären Altenhilfe)**

Ein Beitrag zur Entwicklung eines Verfahrens zur Hilfebedarfs-, Leistungs- und  
Personalbemessung in der stationären Altenhilfe

Verfasser: Ingrid Hastedt, Barbara Steiner, Ilka Weinbrenner

Mit freundlicher Unterstützung

**Allianz** 

Herausgeber:  
 Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg  
 Falkertstraße 29  
 70176 Stuttgart  
 Tel. (0711) 6 19 26-0  
 Fax (0711) 6 19 26-199  
 E-Mail: info@wohlfahrtswerk.de  
 www.wohlfahrtswerk.de

Stuttgart, 2002.

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Vorwort	5
1. Einleitung	7
1.1 Anlass der Studie	7
1.2 Der Ansatz der BASIS-Studie	9
1.3 Zur Relevanz der Studie	11
1.4 Finanzierung der Studie	11
2. Methodik	12
2.1 Einrichtungsbeschreibung	12
2.2 Grundgesamtheit der Stichprobe	14
2.2.1 Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner	14
2.3 Erhebungsinstrumentarium	15
2.3.1 Erhebungsinstrumentarium zum Hilfebedarf	15
2.3.1.1 Anforderungsprofil der Instrumente	15
2.3.1.2 Auswahl und Geltungsbereich der Assessment-Instrumente	16
2.3.2 Erhebungsinstrumentarium Leistungserfassung	18
2.3.2.1 Leistungserfassung Pflege	18
2.3.2.2 Leistungserfassung Sozialdienst	30
2.3.3 Soziodemographische Merkmale	35
2.3.4 Organisatorische und räumliche Bedingungen	35
2.4 Durchführung der Erhebung in einer Einrichtung 1 Jahr später – abgeänderte Methodik	35
3. Ablauf der Studie	36
3.1 Zeitlicher Verlauf	36
3.2 Inhaltlicher Ablauf	37
3.2.1 Anforderungen an die Vorbereitung und Organisation der Erhebung als Qualitätsmaßstab	37
3.2.2 Durchführung der Erhebung in den Einrichtungen	38
3.2.3 Zentrale Datenerfassung und Auswertung	42
3.3 Interviewer	42

4.	Ergebnisse	43
4.1	Hilfebedarf	43
4.1.1	Hilfebedarf der Grundgesamtheit	43
4.1.1.1	Körperlicher Hilfebedarf	43
4.1.1.2	Notwendigkeit zur Beaufsichtigung	44
4.1.1.3	Orientiertheit	45
4.1.1.4	Kognitiver Status	46
4.1.2	Vergleich Hilfebedarf Grundgesamtheit - Leistungsstichprobe	47
4.1.3	Hilfebedarf - Veränderungen nach 1 Jahr	49
4.1.4	Auswertung des Hilfebedarfs nach Pflegestufen	51
4.2	Ergebnisse der Leistungserhebung	53
4.2.1	Quantitative Betrachtung der Leistungen	53
4.2.2	Leistungsstruktur und Pflegestufe	54
4.2.3	Entwicklung des Leistungsumfangs von Zeitpunkt I zu II	56
4.2.4	Plausibilitätsprüfung zur Leistungserhebung	57
4.3	Weitere Effekte der Studie	63
4.4	Übertragbarkeit der Studie auf andere Einrichtungsträger	64
5.	Zusammenfassung und Ausblick	65
5.1	Die Relevanz der BASIS-Studie für Konzeption, Personalentwicklung und Organisation im Heim	65
5.2	Die Relevanz der BASIS-Studie für die Entgeltgestaltung	68
6.	Anhang	71
6.1	Abbildungsverzeichnis	71
6.2	Abbildung Erhebungsbögen Geriatrisches Assessment - ausgefüllte Muster -	72
6.3	Tabellenverzeichnis	79
6.4	Literaturverzeichnis	82

## Vorwort

Die Daten unserer BASIS-Studie 1997 und die bei der Erhebung und Auswertung gemachten Erfahrungen, die im vorliegenden Band veröffentlicht sind, konnten nur durch Mitwirkung vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeheimen des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg gewonnen werden. Den Leitungen, Mitarbeitern und Betriebsräten möchte ich deshalb an dieser Stelle nochmals meinen Dank aussprechen für ihre Bereitschaft und Offenheit, bei der Vorbereitung von Pflegesatzverhandlungen neue Wege zu gehen und dafür auch noch erhöhten Dokumentationsaufwand zu bewältigen.

Die Studie hat sehr umfangreiches Datenmaterial ergeben, das nur mit enormem Aufwand ausgewertet werden konnte. Die Auswertung der Daten wäre aus eigener Kraft deshalb nicht in diesem Umfang leistbar gewesen. Dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gilt deshalb der Dank für die finanzielle Unterstützung zur Auswertung der Daten.

Wer wie das Wohlfahrtswerk als Einrichtungsträger Daten aus der eigenen Arbeit veröffentlicht, leistet einen Beitrag zur Transparenz, wird jedoch auch angreifbar. Von den Leserinnen und Lesern wünschen wir uns deshalb einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ergebnissen – insbesondere, wenn versucht wird, Vergleiche zu anderen Einrichtungen zu ziehen.

Der vorliegende Text wurde verfasst im Jahr 1999. Die Verzögerung in der Veröffentlichung der BASIS-Studie 1997 hat vielfältige Gründe. 4/5 Jahre nach Umstellung der Entgeltgestaltung auf die Bedingungen des SGB XI hat die Veröffentlichung, so meinen wir, aber immer noch ihre Rechtfertigung.

Beim Verfassen dieser Veröffentlichung haben wir Wert darauf gelegt, dass für Praktikerinnen und Praktiker in den Heimen, die möglicherweise beabsichtigen, eigene Erhebungen zu Hilfebedarf oder Leistungen durchzuführen, nicht nur die Vorgehensweise deutlich wird, sondern praktische Erfahrungen bei der Umsetzung dargestellt werden. Die Veröffentlichung möge ihnen im Vorfeld solcher Planungen nützlich sein.

Stuttgart, im Oktober 2002

Ingrid Hastedt  
 Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg  
 Vorsitzende des Vorstands

## 1. Einleitung

### 1.1 Anlass der Studie

Die Einführung des SGB XI erfordert von den Pflegeheimen seit 1996 mit neuen Situationen umzugehen, für die noch keine Erfahrungen vorliegen. Nachdem die Übergangsregelung nach Artikel 49 a SGB XI zum 31.12.1997 auslief, mussten zum 01.01.1998 in Baden-Württemberg erstmals Pflegesätze nach den Prinzipien des SGB XI verhandelt werden.

Die Regeln, nach denen die Pflegesätze zu verhandeln sind, waren durch den Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips neu zu gestalten. Die frühere Vorgehensweise, dass sich Pflegesätze an den in der Vorperiode entstandenen Kosten orientieren, verlor im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung ihre Gültigkeit:

Nach § 84 Abs. 2 SGB XI sollen die Pflegesätze leistungsgerecht sein. An der „Leistung“ eines Pflegeheims sollte nun erstmals das Entgelt in Pflegesatzverhandlungen bemessen werden. Um Entgelte herzuleiten, benötigte man deshalb eine *Leistungsdarstellung*, die neben Inhalten der Leistungen auch eine Leistungsmenge greifbar werden lässt.

Diese Leistungsdarstellung ist in der Praxis jedoch außerordentlich schwierig. Am einfachsten fällt die Auflistung, welche Tätigkeiten erbracht werden. Den Umfang der verschiedenen Tätigkeiten - der die eigentliche Leistung je Bewohner bedeutet - darzustellen, fällt wesentlich schwerer: Orientiert am Individuum erhalten Bewohner unterschiedliche Leistungen. Einen oder mehrere "Standard-Bewohner" zu beschreiben, kann deshalb nicht gelingen. Auch deshalb existieren bis dato für die stationären Pflegeeinrichtungen keine verbindlichen Leistungsstandards<sup>1</sup> und kein verbindlicher Weg, um Leistungen fassbar zu machen, zu messen. Der "Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg", gültig ab 12.12.1996, legt fest, dass von der Einrichtung "die im Einzelfall erforderlichen Hilfen" zu erbringen sind. Dieses sind dann die Regelleistungen des Pflegeheims. Sie werden im Zusammenhang mit der Definition von Zusatzleistungen abgegrenzt: "Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen ... hinausgehenden Leistungen der Pflege und der Unterkunft und Verpflegung" (vgl. o.g. Rahmenvertrag § 3 Abs. 1). Das "Maß des Notwendigen" ist also für jeden Einzelfall zu erbringen, Umfang oder Häufigkeit werden jedoch nicht näher definiert. Die fachlichen Standards, die zugrunde liegen sollen, stützen sich auf den "allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse" (§ 1 Abs. 2 des Rahmenvertrags). Es wird keine Aussage getroffen, welche Personalausstattung vorzuhalten ist.

Ein Haus mit geringem Leistungsumfang entspricht den Anforderungen der Rahmenvereinbarung in Ermangelung näherer Definitionen daher ebenso wie ein Haus mit hohem Leistungsumfang.

<sup>1</sup> Leistungsstandards sind nicht zu verwechseln mit Pflegestandards: Pflegestandards beschreiben im Detail die Vorgehensweise in einer bestimmten Pflegesituation, Leistungsstandards beschreiben, welche Leistung (für die gegebenenfalls ein Pflegestandard vorliegt) mit welcher Häufigkeit erbracht werden soll.

Noch im Sommer 1997 war deshalb nicht erkennbar, welche Kriterien für eine leistungsgerechte Entgeltgestaltung den Pflegesatzverhandlungen zugrunde liegen würden.

Für das Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg als Träger von 11 Pflegeheimen galt es, in Vorbereitung auf die im Herbst 1997 geplanten Pflegesatzverhandlungen einen Anhaltspunkt für die Leistungen zu finden. Dies war einer der zentralen Anlässe für die Durchführung der BASIS-Studie.

Nun hätte man sagen können, dass die Pflegeeinstufung nach SGB XI ja eine Gruppierung darstellt, die eine einheitliche Bemessung der Leistungen ermöglicht.

Im Frühjahr 1997 versuchte deshalb ein interdisziplinär mit Heimleitungen, Pflegedienst-, Sozialdienst- und Hauswirtschaftsleitungen des Wohlfahrtswerks besetzter Arbeitskreis über Monate ein Standard-Leistungsspektrum, orientiert an der Pflegestufe, zu formulieren. Man hatte zunächst an diesem Punkt angesetzt, weil mit steigenden Versicherungsleistungen der Pflegekassen auch das Entgelt, das die Einrichtung für die Leistung erhält, anstieg. Dieses suggerierte, dass die Leistungen und Entgelte sich wohl auch an dieser Logik der Pflegestufen orientieren müssten. Im Ergebnis haben es die Mitglieder des Arbeitskreises als nicht vertretbar und nicht umsetzbar angesehen, die Leistung an der Pflegestufe zu orientieren: Es lässt sich aus der Pflegestufe kein Standard-Leistungspaket ableiten. Diese ursprüngliche Absicht stellte sich als der falsche Ansatz heraus.

Hinzu kamen die im Wohlfahrtswerk Mitte 1997 vorliegenden praktischen Erfahrungen. Häufig zeigte sich, dass eine mangelnde Übereinstimmung zwischen dem aus der Pflegeeinstufung zu vermutenden Leistungsumfang und der tatsächlich zu erbringenden Leistung vorlag. Mit ansteigender Pflegestufe stieg der aus fachlicher Sicht erforderliche Leistungsumfang nicht zwangsläufig an - oder anders ausgedrückt: Manche Bewohner mit niedriger Pflegestufe erhielten nach dem Eindruck vieler Pflegekräfte einen höheren Leistungsumfang als Bewohner mit der höchsten Pflegestufe.

Diesen Eindruck einer wissenschaftlichen Überprüfung auszusetzen war ein weiterer Anlass für die BASIS-Studie 1997.

Es stand also der Zweifel im Raum, dass die Pflegestufe kein ausreichender Faktor für die Herleitung eines Entgelts sei. Das führte zur Frage: Wodurch begründet sich eigentlich der Leistungsumfang oder der Zeitbedarf für die Pflege einer Person? Sind es ausschließlich die Wünsche und unterschiedlichen Ansprüche der Pflegebedürftigen?

Die seit Umsetzung der Pflegeversicherung im stationären Bereich aufgeworfenen Fragen des Pflegepersonals waren demzufolge auch:

- Erbringen wir die „richtigen“ Leistungen – richtig in Form von „dokumentierbar für den MDK“ oder in Form von „dem Bewohnerbedürfnis entsprechend“?
- Wer erhält warum welche Leistung? Aufgrund seines Hilfebedarfs, aufgrund seiner MDK-Pflegeeinstufung o.a.?
- Wieviel und welche Leistungen werden derzeit für wen erbracht?

Qualitätssicherung oder die Abbildung von Qualität war ausdrücklich *keine* Zielsetzung.

## 1.2 Der Ansatz der BASIS-Studie

Der Grund für den Umzug in ein Pflegeheim ist in der Regel keine Erkrankung, sondern die Folgen, die sich daraus ergeben: Behinderungen, die dazu führen, dass eine vollkommen selbständige Bewältigung oder Organisation des Alltags nicht mehr möglich ist. Zwar wird immer wieder betont, dass es sich bei Pflegeheimbewohnern um polymorbide Menschen mit meist chronischen Erkrankungen handelt. Was sich daraus ergibt, nämlich die Erkenntnis, dass Menschen mit Behinderungen in den Pflegeheimen wohnen, hat aber noch keine große Beachtung in der Analyse der Leistungen von Pflegeheimen gefunden. Aber gerade das Bewusstsein, dass es sich um Behinderungen handelt, führt weiter bei der Überlegung, wie man den Leistungsumfang in der stationären Pflege systematisch darstellen kann. Für die Betrachtung des Ausmaßes von Behinderungen gibt es bereits vielfältige beschreibende und messende Verfahren.

Wir gingen im Wohlfahrtswerk davon aus, dass eine Leistung nur dann erbracht wird, wenn ein Hilfebedarf vorliegt. Hilfebedarfe sind also einer Leistung vorgelagert. Der Analyse von Leistungen muss deshalb die Erfassung von Hilfebedarfen vorangestellt werden.

Eine Erfassung der Hilfebedarfe zielt auf ein Assessment<sup>2</sup>, verstanden als "Beurteilung der Fähigkeit, in der Arena des Alltags zu funktionieren"<sup>3</sup>. Methodisch können eine Vielzahl von sogenannten "Assessment-Instrumenten" eingesetzt werden, die wissenschaftlich auf ihre Aussagekraft überprüft sind und die je nach Fragestellung gezielt ausgewählt werden können. Anschließend wurden tatsächlich erbrachte Leistungen ermittelt, um Zusammenhänge zwischen Hilfebedarf und Umfang der Pflegeleistung ermitteln zu können. Daraus ergibt sich eine objektive Datenbasis, in der als „Daten“ nicht Euro-Beträge, sondern Informationen über Hilfebedarf und Leistungen vorliegen, die für die Personalbemessung und für die Entgeltherleitung ein Fundament bilden können.

<sup>2</sup> Eine ausführliche Diskussion zum Begriff und Bedeutung von "Assessment" findet sich in Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.): Niehörster, G., Garms-Homolova, V., Vahrenhorst, V.: Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung. Abschlußbericht im Rahmen des Forschungsprojekts. "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe" Schriftenreihe des BMFSFJ Band 147.4, Stuttgart/Berlin/Köln, 1998.

<sup>3</sup> vgl. Runge, Martin, Rehfeld, Gisela: "Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team", Stuttgart, 1995, S. 43.

Deshalb hat das Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg im Herbst 1997 in 11 Pflegeheimen mit insgesamt 927 Bewohnern die BASIS-Studie (**B**ewohner-**A**ssessment und **I**ndikatoren**A**nalyse in der **S**tationären **A**ltenhilfe) durchgeführt, was in dieser Form zu diesem Zeitpunkt und in diesem Umfang im stationären Altenhilfesektor in Deutschland erstmalig geschah.

Dabei sollten keine neuen Instrumentarien entwickelt werden, sondern auf bereits vorhandene und wissenschaftlich etablierte Messinstrumente zurückgegriffen werden. Neben der Hilfebedarfserhebung, dem „Assessment“, sollten in der Studie gezielt Leistungsdaten erhoben werden und zwar neben Leistungen der Pflege auch im beratenden und begleitenden sozialen Funktionsbereich der Heime.

Folgende Annahmen liegen der BASIS-Studie 1997 des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg zugrunde:

- die Pflegestufen bilden den Hilfebedarf nicht umfassend ab
- zwischen der Pflegeeinstufung und der tatsächlich erbrachten Leistung besteht kein ausreichend zwingender Zusammenhang, so dass die Pflegestufe keinen verursachungsgerechten Parameter für das Entgelt darstellt
- der Hilfebedarf kann mit Hilfe standardisierter Assessment-Instrumente besser abgebildet werden als durch die Pflegestufe
- nach Vorliegen von Daten zum Hilfebedarf und zur erbrachten Leistung ist es möglich, Kriterien zu entwickeln, die geeignet sind, einen verursachungsgerechten Zusammenhang zwischen Leistung und Entgelt von Pflegeheimen abzubilden.

Mit der Zielsetzung, Hilfebedarfe zu erheben und Leistungen darzustellen, um Grundlagen für die Ableitung von Personalressourcen und Entgelten zu schaffen, wollte das Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg auch einen Beitrag zur Praxisforschung leisten.

Die vorliegende Veröffentlichung konzentriert sich auf

- die Darstellung der Vorgehensweise und der Erfahrungen bei der Datenerhebung in den Heimen
- die Darstellung der durch Assessment-Instrumente erhobenen Hilfebedarfe der Heimbewohner
- die Darstellung ausgewählter Ergebnisse der Leistungserhebung einschließlich Auswertungen zur Verknüpfung von Pflegestufe und Leistungsumfang.

Darüber hinaus wurden umfangreiche statistische Auswertungen zu den Zusammenhängen zwischen Hilfebedarfen und Leistungsumfang durchgeführt. Diese Ergebnisse werden in einer separaten Veröffentlichung<sup>4</sup> dargestellt.

<sup>4</sup> Hastedt, I.: „Fallpauschalen als Entgeltsystematik für stationäre Altenpflegeeinrichtungen? Methodische Ansätze und empirische Befunde“ (Arbeitstitel). Veröffentlichung in Vorbereitung.

### 1.3 Zur Relevanz der Studie

Die derzeit gängigste Methode der Leistungsdarstellung in der Pflege nach Einführung des SGB XI ist zeitliche Durchschnittswerte für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu ermitteln. Die Auswertungen orientieren sich in der Regel an der Pflegestufe<sup>5</sup>. Ob die Pflegestufe einen geeigneten Parameter für die Datenauswertung darstellt, wurde seither noch nicht untersucht.

Welche Daten für eine objektive Vergleichsbasis erforderlich sind, um beispielsweise einen an der Leistung orientierten Pflegeheimvergleich durchführen zu können, ist ebenfalls noch nicht ausreichend erforscht.

Daneben liegen nur wenig empirische Erhebungen zum tatsächlichen Leistungsumfang im Pflegeheim vor. Hilfebedarfe von Pflegeheimbewohnern werden erst neuerdings in zeitlich der BASIS-Studie des Wohlfahrtswerks nachgelagerten Forschungsprojekten berücksichtigt.

Die Erhebungen zur BASIS-Studie wurden im Herbst 1997, also ungefähr 1 Jahr nach Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich durchgeführt. Das Kosten- und Leistungsniveau und das Pflegesatzniveau hatte sich zum Erhebungszeitpunkt noch wenig von den Verhältnissen zum Zeitpunkt vor Einführung der Pflegeversicherung entfernt.

### 1.4 Finanzierung der Studie

Es handelt sich bei der BASIS-Studie 1997 um ein internes Projekt des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg. Vorbereitung, Durchführung und Auswertung sowie das Verfassen von Berichten erfolgten ausschließlich durch eigene Mitarbeiter/innen.

Die Durchführung der BASIS-Studie 1997 geschah terminlich im Hinblick auf bevorstehende Pflegesatzverhandlungen und damit unter einem hohen Zeitdruck. Die Studie wurde deshalb innerhalb einer sehr kurzen Frist geplant und durchgeführt: Von der Idee bis zum Vorliegen der ersten Rohdaten vergingen nur wenige Monate. Ein Antrag auf Fördermittel für die Durchführung der Studie wurde deshalb nicht gestellt, da damit eine Verzögerung der Durchführung verbunden gewesen wäre.

Die Vorbereitung, Datenerhebung, Dateneingabe und erste Auswertungen erfolgte im Rahmen des „üblichen“ Betriebs. Es standen also keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung. Konkret bedeutete dies im Herbst 1997 einen erheblichen zusätzlichen Aufwand zum „Alltagsgeschäft“, insbesondere für die Pflegedienstleitungen und die Mitarbeiterinnen in der Hauptverwaltung, die mit der Dateneingabe und -auswertung befasst waren.

<sup>5</sup> Neueste Daten hierzu: Vgl. Schneekloth, U., Müller, U.: "Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit". Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 127, München, 1999.

Da die enorme Datenfülle jedoch eine große Vielfalt an Auswertungsmöglichkeiten versprach, die im Rahmen des üblichen Betriebs eines Altenhilfeträgers nicht ohne zusätzliche Personalressourcen zu leisten sind, wurde nach der ersten Auswertungsphase 1998 ein Antrag an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gestellt mit dem Ziel der Finanzierung der weiteren Auswertung der bereits vorliegenden Daten. Nach Vorliegen der Förderzusage des BMFSFJ konnten die weiteren Auswertungen daraufhin von Februar bis November 1999 im Wohlfahrtswerk umfassend und auf wissenschaftlichem Niveau durchgeführt werden. Die Fertigstellung des vorliegenden Berichts zog sich bis in das Jahr 2001.

## 2. Methodik

### 2.1 Einrichtungsbeschreibung

An der BASIS-Studie waren 11 Pflegeeinrichtungen des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg beteiligt, die insgesamt über 928 Dauerpflegeplätze verfügen. Eine der Einrichtungen wurde jedoch 1997 neu eröffnet und befand sich in der Aufbau- und Belegungsphase. Die Einbeziehung dieses Hauses in die Datenerhebung hätte aufgrund der fehlenden Eingespieltheit und Routine der Teams zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen können. Statt dieses Haus in die Erhebung einzubeziehen, wurden in dieser Einrichtung daher Pretests im Vorfeld der eigentlichen Erhebung durchgeführt, um insbesondere das Instrumentarium der Leistungserhebung auf seine Vollständigkeit und Anwendbarkeit hin zu testen.

Die Daten der BASIS-Studie beziehen sich deshalb auf zehn der elf Pflegeeinrichtungen. Sie bilden ein breites Spektrum unterschiedlicher *Betriebsgrößen*, *-standorte* und *-strukturen*:

#### a) Variable: Betriebsgröße

Die Anzahl der Pflegeplätze liegt in der Spannbreite von 35 bis 146 Plätzen.

#### b) Variable: Standort

Die untersuchten Einrichtungen verteilen sich fast gleichmäßig auf unterschiedliche *Regionen*:

- vier Einrichtungen liegen in einer *städtischen* Region, d.h. im Stadtgebiet Stuttgart
- drei Einrichtungen sind im *Ballungsraum* „Mittlerer Neckar“ (Fellbach, Kornwestheim, Filderstadt) angesiedelt
- drei Einrichtungen befinden sich im *ländlichen* Bereich (Bad Schönborn, Heimsheim, Mössingen)

#### c) Variable: Betriebsstruktur

Das *Leistungsspektrum* der Einrichtungen reicht vom monostrukturierten Pflegeheim bis hin zu Häusern mit breitem Leistungsspektrum bestehend aus

- Altenpflegeheim
- Tagespflege / Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Betreutes Wohnen
- Gästemittagstisch
- Sonstiges (Ambulanter Pflegedienst, Essen auf Rädern, Gästemittagstisch, Praxen, Cafeteria u.a.).

Zum Zeitpunkt der Erhebung war die Pflegestufenstruktur der Bewohner der 10 Pflegeheime fast deckungsgleich mit den landesweiten Durchschnittswerten, so dass die Studie diesbezüglich eine repräsentative Auswahl von stationär versorgten Pflegebedürftigen darstellt.

Die Pflegeheime, auf die sich die Untersuchung bezieht, sind zwischen 1962 und 1996 eröffnet worden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Struktur der Häuser.

Einrichtung	Pflegeheimplätze	Tagespflege	Kurzzeitpflege	Betreutes Wohnen	Gästemittagstisch	Sonstige Leistungen	Region
Haus 1	82	X	X	X	X	Junge Pflege (u.a. Multiple Sklerose) Cafeteria	städtisch
Haus 2	118	-	X	-	X	-	städtisch
Haus 3	98	-	-	X	X	Praxen (Massage, Ergotherapie, Krankengymnastik) Ambulante Geriatrische Rehabilitation, Cafeteria	städtisch
Haus 4	90	X	X	X	X	Nachtpflege Ambulanter Pflegedienst Essen auf Rädern	Ballungsraum
Haus 5	146	X	X	-	-	Cafeteria	ländlich

Einrichtung	Pflegeheimplätze	Tagespflege	Kurzzeitpflege	Betreutes Wohnen	Gästemitagstisch	Sonstige Leistungen	Region
Haus 6	113	X	X	X	X	Zugelassene Ergotherapiepraxis, Ambulanter Pflegedienst	Ballungsraum
Haus 7	62	X	X	X	X	Cafeteria	ländlich
Haus 8	35	X	X	X	X	Cafeteria Essen auf Rädern Ambulanter Pflegedienst Körperbehindertenwohngruppe	städtisch
Haus 9	78	X	X	-	X	Cafeteria Essen auf Rädern	Ballungsraum
Haus 10	58	X	X	-	-	-	ländlich
<b>Summe</b>	<b>880</b>	-	-	-	-	-	-

Tab. 1 Struktur der Einrichtungen

## 2.2 Grundgesamtheit der Stichprobe

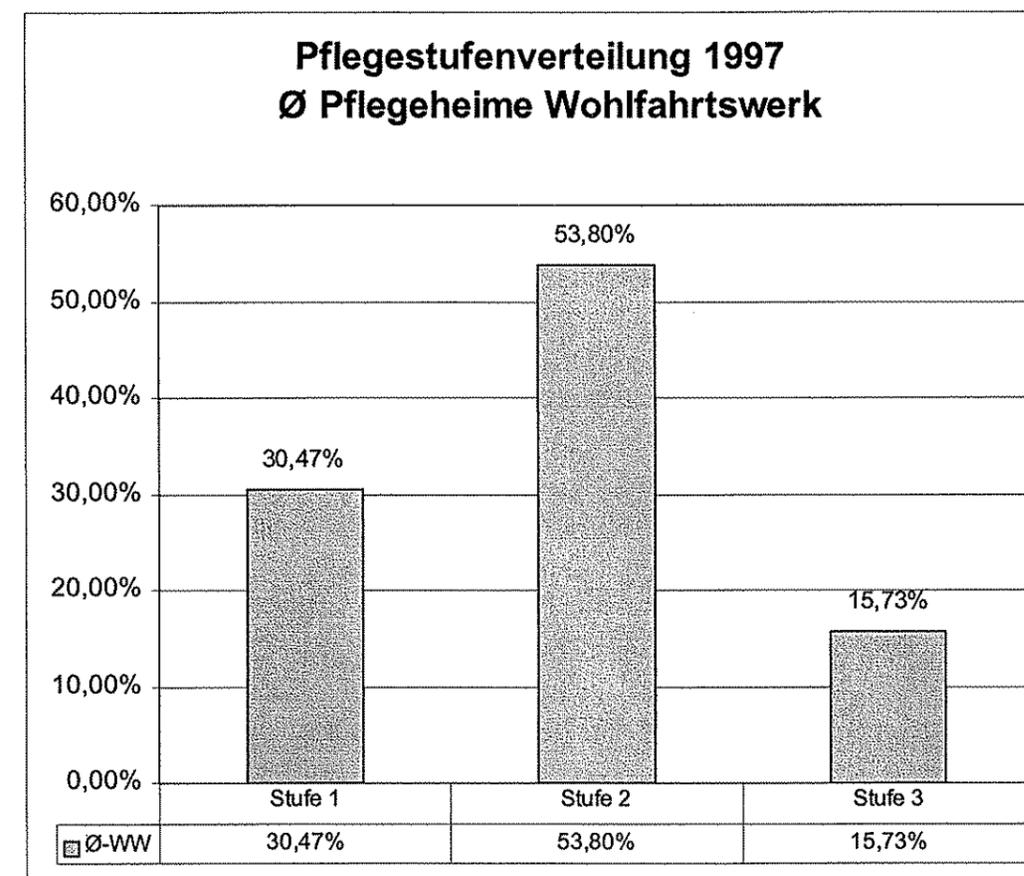
### 2.2.1 Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner

In den untersuchten Pflegeheimen lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung überwiegend (75 %) hochaltrige Bewohner im Alter von 80 und mehr Jahren und in der Mehrzahl (81 %) Frauen (Tab.2). Ihr Anteil steigt mit zunehmendem Alter von 47 % bei den unter 60jährigen auf 87 % bei den 90 bis 99jährigen. Der Anteil der Männer bei den unter 60jährigen ist mit 53 % gegenüber den anderen Altersgruppen verhältnismäßig hoch.

Alter	Frauen		Männer		insgesamt		Verhältnis Frauen zu Männern
	Absolut	(in %)	absolut	(in %)	absolut	(in %)	
Unter 60 Jahre	8	1 %	9	1 %	17	2 %	1 : 1
60 – 69 Jahre	25	3 %	13	2 %	38	5 %	2 : 1
70 – 79 Jahre	107	12 %	27	3 %	134	15 %	4 : 1
80 – 89 Jahre	360	42 %	85	10 %	445	52 %	4,3 : 1
90 – 99 Jahre	189	22 %	26	3 %	215	25 %	7,3 : 1
100 u.m. Jahre	4	0 %	0	0 %	4	0 %	
Zusammen:	693	81 %	160	19 %	853	100 %	

Tab. 2 Bewohner nach Alter und Geschlecht

Die Durchschnittswerte der Pflegestufenverteilung des Jahres 1997 für die Pflegeheime des Wohlfahrtswerks zeigen, dass der Schwerpunkt der Einstufungen mit annähernd der Hälfte der Bewohner (47 %) in Pflegestufe II liegt. Etwas mehr als ein Viertel (27 %) liegen in Stufe I, während die Pflegestufen 0 und III weniger stark vertreten sind.



Tab. 3 Pflegestufenverteilung 1997 Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

## 2.3 Erhebungsinstrumentarium

### 2.3.1 Erhebungsinstrumentarium zum Hilfebedarf

#### 2.3.1.1 Anforderungsprofil der Instrumente

Hilfebedürftigkeit ist das Ergebnis von Krankheiten beziehungsweise krankheitsbedingter Einschränkungen und Behinderungen. Der Hilfebedarf im Pflegeheim ist ganz wesentlich gekennzeichnet durch Einschränkungen in den Aktivitäten des Täglichen Lebens (ADLs) und der Mobilität, durch das Vorliegen kognitiver Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Orientiertheit sowie durch Verhaltensauffälligkeiten, die besondere Anforderungen an die Pflege und Betreuung der Bewohner stellen. Mittlerweile stehen zur systematischen Erfassung des

Hilfebedarfs bei älteren Menschen eine wissenschaftlich weitentwickelte Auswahl an Assessmentinstrumenten zur Verfügung. Im Hinblick auf die obengenannte Fragestellung kamen bei der Auswahl der Instrumente validierte Erhebungsinstrumente des geriatrischen Assessments zur Anwendung, die folgenden Anforderungen entsprechen:

1. Die Bewohner unserer Pflegeheime zeichnen sich durch Multimorbidität aus, also durch das Vorhandensein unterschiedlicher und gleichzeitig auftretender Behinderungen. Folglich muss das Erhebungsinstrumentarium zwangsläufig mehrdimensional sein und verschiedene Ausprägungen von Behinderungen messen können.
2. valide Instrumente, also wissenschaftlich abgesichert.
3. breit angewendete Instrumente, um Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen zu haben.
4. Übereinstimmung mit Messinstrumenten, die auch in anderem Zusammenhang, beispielsweise im Geriatrischen Assessment in Baden-Württemberg angewandt werden und auch eine Übereinstimmung mit Messinstrumenten aufweisen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen bei der Begutachtung von pflegebedürftigen Bewohnern berücksichtigt werden.
5. Relevanz für den Pflege- und Betreuungsalltag.
6. angesichts der eng bemessenen Personalressourcen in den Einrichtungen soll die Anwendbarkeit der Instrumente mit möglichst geringem Zeitaufwand und einem Minimum an Instrumenten verbunden sein.
7. Anwendbarkeit im Alltag von den Beurteilern, also den Mitarbeitern unserer Einrichtungen.
8. differenzierte Aussagekraft zum Hilfebedarf.

Im Hinblick auf diese Anforderungen wurde das Assessmentinstrumentarium sehr kritisch ausgewählt.

### 2.3.1.2 Auswahl und Geltungsbereich der Assessment-Instrumente

Zur Erfassung des Hilfebedarfs haben wir ein Assessment-Instrumentarium zusammengestellt, das im Wesentlichen aus fünf Bestandteilen besteht. Die angewandten Assessment-Formulare sind im Anhang enthalten.

#### a) Der Barthel-Index (Mahoney und Barthel)<sup>6</sup>

Es handelt sich um ein sehr anerkanntes und einfach anzuwendendes Verfahren zur Erfassung grundlegender Alltagsaktivitäten und ihrer Veränderungen über die Zeit sowie zur raschen Abklärung des Selbstständigkeitsgrades. Kommunikative und kognitive Aspekte werden nicht erfasst.

<sup>6</sup> Erläuterungen zum Hintergrund, Aussagefähigkeit und Anwendung des Barthel-Index, der Esslinger Transfer-Skala und des MMSE sowie anderer Assessment-Instrumente finden sich in Runge, M., Rehfeld, G.: "Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team", Stuttgart, 1995.

10 Aktivitäten des täglichen Lebens werden betrachtet. Dabei muss eingeschätzt werden, ob und in welchem Ausmaß diese Aktivitäten selbständig, mit Anleitung oder gar nicht vom Pflegebedürftigen ausgeführt werden können. Jede Ausprägung ist mit einem Punktwert gewichtet. Bei vollständiger Selbständigkeit können maximal 100 Punkte erreicht werden.

#### b) Die Esslinger Transferskala<sup>6</sup>

Neben der Selbständigkeit bei den Alltagsaktivitäten ist im Pflegealltag von Bedeutung, wie viel Unterstützung Bewohner bei der Fortbewegung (Lokomotion) benötigen. Zur Untersuchung der Fortbewegungsfähigkeit und zur Darstellung, ob und welche Hilfsmittel zur Fortbewegung eingesetzt werden, dient die Esslinger Transfer-Skala. Drei Situationen werden erfasst: das „Umsetzen von einem Stuhl zum anderen beziehungsweise zum Rollstuhl“, inwieweit „Gehen mit oder ohne Unterstützung“ möglich ist und welche „Unterstützung beim Treppensteigen“ erforderlich ist. Bedeutsam ist, dass die Esslinger Transfer-Skala erhebt, ob Laienhilfe oder professionelle Hilfe erforderlich ist und ob eine oder sogar zwei Personen beim Transfer unterstützen müssen.

#### c) Der Mini-Mental-Status-Test (MMSE) nach Folstein<sup>6</sup>

Dieses ist eines der am häufigsten angewandten Screeningverfahren zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Der Test kann nach entsprechender Schulung und Anleitung auch von Mitarbeitern in der Pflege durchgeführt werden. Beim MMSE handelt es sich um einen Test, bei dem die Mitwirkung des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Dieses bedeutet einen zeitlichen Aufwand, der schwankend ist. Als Erfahrungswert im Rahmen der BASIS-Studie waren durchschnittlich 20 - 30 Minuten erforderlich.

Der MMSE beinhaltet 30 Fragen beziehungsweise Aufgaben, die von einem geschulten Interviewer gestellt und protokolliert werden. Die Wissenschaft geht davon aus, dass ein Wert unter 21 oder 20 Punkten<sup>7</sup> auf kognitive Defizite hinweist. Bei den Fragen handelt es sich um eine Mischung aus der Prüfung verschiedener Fähigkeiten, u.a. des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, des Sprachverständnisses und des Rechenvermögens. Bei Personen mit eingeschränktem Hör- oder Sehvermögen und/oder einer vorliegenden Aphasie kann der Test nicht durchgeführt werden. Die Anforderungen an die Durchführung des MMSE sollten den Untersuchern besonders deutlich gemacht werden: er sollte in entspannter Atmosphäre und von Mitarbeitern durchgeführt werden, die einen positiven Kontakt zum Bewohner aufbauen können, seine Leistungen würdigen und ihn nicht unter Zeitdruck setzen, damit keine Versagensgefühle entstehen. Besonders dieser Test erfordert eine gute Schulung und hohe Sensibilität der Interviewer, da die Gefahr der Ablehnung durch die Pflegebedürftigen ansonsten groß ist.

#### d) Fragebogen zur Orientiertheit

#### e) Fragebogen zur Beaufsichtigungsintensität

<sup>7</sup> Die Untersuchungen setzen den Wert unterschiedlich an.

Die beiden Fragebögen geben Auskünfte über die Alltags- und Sozialkompetenzen der untersuchten Personen, fragen nach Auftreten und Häufigkeit von verschiedenen Verhaltensweisen, Selbst- und Fremdgefährdungspotentialen. Die Fragebögen können ohne Mitwirkung durch den Bewohner von den Pflegekräften ausgefüllt werden. Sie wurden in Anlehnung an das Instrumentarium der Infrateststudie "Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter" weiterentwickelt<sup>8/9</sup>.

Die Erhebungsinstrumente zum Hilfebedarf wurden in der Arbeitsgruppe des Wohlfahrtswerks vorgestellt und besprochen, daraufhin wurde ein Pretest in einer Einrichtung durchgeführt und im Hinblick auf Anwendungs- und Durchführungsprobleme durch die Pflege- und Sozialdienstmitarbeiter überprüft.

### 2.3.2 Erhebungsinstrumentarium Leistungserfassung

#### 2.3.2.1 Leistungserfassung Pflege

In der Diskussion um die Methode der Leistungserfassung in der Pflege wurde deutlich, dass

- die vorliegenden unterschiedlichen und hausbezogen angewendeten Dokumentationssysteme nicht geeignet sind, um vergleichbare Leistungen nach Häufigkeiten und Zeitwerten entnehmen zu können
- bei der Größe der anvisierten Stichprobe von 25 % der Pflegeheimbewohner, also ungefähr 240 Bewohner, und einem Erhebungszeitraum von 5 Arbeitstagen, eine Erfassung der Pfl egetätigkeiten mit Zeitwerten, die mit der Stoppuhr gemessen werden, personell nicht umsetzbar ist.

Daher wurde es methodisch für sinnvoll erachtet, die Häufigkeiten der pflegerischen Tätigkeiten zu erfassen und daraufhin die entsprechenden Zeitwerte aus der jeweiligen Bewohnerdokumentation zu entnehmen beziehungsweise zu schätzen und entsprechend zu protokollieren.

Es war ein Leistungskatalog und Zeiterfassungsbogen zu entwickeln. Eine Arbeitsgruppe, die sich aus den Haus- und Pflegedienstleitungen der zu untersuchenden Einrichtungen zusammensetzte, erarbeitete dieses Instrumentarium von September bis Oktober 1997. Der Leistungskatalog basierte auf den Vorlagen der im Wohlfahrtswerk vorliegenden unterschiedlichen und hausbezogen angewendeten Dokumentationssysteme und wurde im Hinblick auf häuserübergreifende Relevanz,

<sup>8</sup> Schneekloth, U., Pothoff, P.: "Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten." Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2. Stuttgart/Berlin/Köln, 1993.

<sup>9</sup> Im Rahmen einer im Jahr 1994 vom "Verein für Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V." durchgeführten Studie im Haus an der Steinlach, Mössingen, einer Einrichtung des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg. Die Veröffentlichung der Studie ist den Verfassern nicht bekannt.

inhaltliche und konzeptionelle Aspekte sowie praktische Anwendbarkeit in der Leistungserfassung mehrfach überarbeitet und abgestimmt. Der Leistungskatalog umfasst letztlich insgesamt einen Pool von 50 Teiltätigkeiten im Bereich der Grundpflege, 24 Teiltätigkeiten im Bereich Behandlungspflege und 11 Teiltätigkeiten im Bereich der pflegenahen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Abb. 1, Abb. 2). Die Teiltätigkeiten in den Tätigkeitsbereichen Grund- und Behandlungspflege wurden zu folgenden Tätigkeitsgruppen aggregiert:

Grundpflege:

1. Körperpflege
2. Ankleiden und Auskleiden
3. Ausscheidungen
4. Ernährung
5. Kommunikation
6. Psychische Betreuung
7. Lagerungen
8. Besonderheiten – Suchen von ...  
– Begleitung zu ...  
– Kommunikation mit Dritten

Behandlungspflege:

1. Wundpflege
2. Injektion/Infusion/Sonde
3. Urogenitalpflege
4. Spezielle Hilfe/Darmentleerung
5. Spezielle Krankenbeobachtung
6. Physikalische Pflege
7. Medikamentenüberwachung/Medikamentenverabreichung
8. Bronchialtoilette/Trachealkanülenpflege/Atemwegspflege/Sonstiges
9. Teilnahme an Arztvisiten

Die pflegenahen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wurden im Einzelnen aufgeführt, da sie sich sehr unterschiedlich darstellen.

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

1. Bett machen
2. Bettwäsche wechseln
3. Wäscheversorgung
4. Geschirrversorgung
5. Kleinere Reinigungsarbeiten
6. Kontrolle im Heimbewohnerzimmer
7. Mahlzeiten verteilen

8. Getränke verteilen
9. Blumen gießen
10. Abfallversorgung
11. Essen geben

Tätigkeiten, die sich auf allgemeine Organisation beziehen (Übergaben, Dienstplangestaltung, Besprechungen etc.), sowie der Besuch von Mitarbeitern bei Fortbildungen sind nicht im Leistungskatalog enthalten. Der Leistungskatalog konzentriert sich auf die direkt Bewohnern zuzuordnenden Leistungen.

Im anschließend entwickelten Zeiterfassungsbogen (*Abb. 3, Abb. 4*) werden umfassende Informationen zu den Leistungen erfragt:

- Art der Leistungen nach Leistungsgruppen
- Zeitpunkt der Leistungserbringung (Uhrzeit nach Stunden über einen 24 Stundentag)
- Häufigkeiten mit entsprechenden Zeitwerten
- Bewohnerdaten (Name, Heim, Pflegestufe, Wohnbereich, Datum und Nummer des Erhebungstages), um die bewohnerbezogenen Leistungsdaten den bewohnerbezogenen Assessmentdaten zuordnen und die Übereinstimmung der Pflegestufe überprüfen zu können
- Tätigkeitsfeld, in dem die ausgeführten Teiltätigkeiten als Ziffern aufgeführt werden können, um eine differenziertere Leistungsdarstellung zu erhalten
- Feld für Bemerkungen, die Auskunft über erhebungs- und ergebnisrelevante Einflüsse geben. So beispielsweise, ob der Bewohner im Erhebungszeitraum an Grippe erkrankt ist, vor kurzem ins Heim aufgenommen wurde, vor kurzem (maximal 2 Tage) einen Krankenhausaufenthalt hatte, ins Krankenhaus verlegt wurde oder mittlerweile verstorben ist.

Ein Auswertungsbogen (*Abb. 5, Abb. 6*) dient der Zusammenfassung der Zeitwerte der 5 einzelnen Erhebungstage und der Plausibilitätsprüfung der Angaben. In einem Pretest wurde das Erhebungsinstrumentarium in einer Einrichtung auf seine Anwendbarkeit hin überprüft und anschließend nochmals überarbeitet. Im Zeitraum vom 25.10. bis 6.11.1997 haben die Mitarbeiter in der Pflege die bewohnerbezogenen Leistungen nach genauen Angaben protokolliert. Dazu erhielten sie genaue Vorgaben:

#### 1. Auswahl der Stichprobe

25 % der Bewohner im Pflegeheim. Dabei soll die Stichprobe eine gleichmäßige Verteilung über alle Pflegestufen aufweisen. Sollten in der Einrichtung keine Bewohner der Stufe 0 oder kaum Bewohner der Stufe 3 wohnen, soll der Erfassungsschwerpunkt zu den Bewohnern der Stufe 2 tendieren.

#### 2. Dauer der Erhebung

Je erfassten Bewohner 7 aufeinanderfolgende Kalendertage. Zeitraum der Erhebung vom 21.10.1997 bis längstens 10.11.1997.

#### 3. Anwendung der Erhebungsbögen

Für jeden ausgewählten Bewohner sind für 7 Tage jeweils 1 Fragebogen (Teil 1 und Teil 2) auszufüllen, also insgesamt 14 Erfassungsbögen.

**Abb. 1: Leistungskatalog Grund- und Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten**

<b>Grundpflege</b>	
<b>1.1 Körperpflege</b>	
1.1.1 Ganzkörperwäsche im Bett	1.3.4 Benutzen von Urinflasche
1.1.2 Teilwäsche im Bett	1.3.5 Leeren des Urinbeutels
1.1.3 Teilwäsche am Waschbecken	1.3.6 Wechsel des Urinbeutels Tag/Nacht
1.1.4 Mundpflege	1.3.7 Wechsel Einlage wegen Urin
1.1.5 Mundpflege und Zahnpflege	1.3.8 Wechsel Inkontinenzslip wegen Urin
1.1.6 Mund- und Prothesenpflege	1.3.9 Wechsel Einlage Stuhl
1.1.7 Kämmen	1.3.10 Wechsel Inkontinenzslip wegen Stuhl
1.1.8 Kämmen - Langhaar	1.3.11 Wechsel Einlage Stuhl und Urin
1.1.9 Kämmen - Nabhaar	1.3.12 Wechsel Inkontinenzslip Stuhl und Urin
1.1.10 Rasur elektrisch	1.3.13 Durchfall
1.1.11 Hautpflege	1.3.14 Manuelles Ausräumen
1.1.12 Nagelpflege	1.3.15 Stomaentleerung
1.1.13 Haarwäsche und trocknen	1.3.16 Stomaplatt anlegen
1.1.14 Vollbad	
1.1.15 Vollbad mit Haarwäsche und Fönen	<b>1.4 Ernährung</b>
1.1.16 Dusche mit Haarwäsche und Fönen	1.4.1 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung
1.1.17 Duschen	1.4.2 Essen reichen
1.1.18 Dusche mit Haarwäsche und Fönen	1.4.3 Verabreichen von Sondennahrung
	1.4.4 Zusätzliche Flüssigkeitszufuhr
<b>1.2 Ankleiden und Auskleiden</b>	<b>1.5 Kommunikation</b>
1.2.1 Komplett	
1.2.2 Oberkörper	
1.2.3 Unterkörper	<b>1.6 Psychische Betreuung</b>
1.2.4 Anlegen von Hörgerät	1.6.1 Akutgespräche
1.2.5 Anlegen von geputzter Brille	
1.2.6 Anlegen von Prothesen, Auge, Extremitäten	<b>1.7 Lagerungen</b>
1.2.7 Anlegen eines Stützkorsettes	
<b>1.3 Ausscheidungen</b>	<b>1.8 Besonderheiten</b>
1.3.1 Toilettengang	1.8.1 Suchen von Bewohner, Gebiss, ...
1.3.2 Benutzen vom Toilettensstuhl	1.8.2 Begleitung zu ... (nicht im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten) z.B. zur Gruppentherapie, zum Gottesdienst etc.
1.3.3 Benutzen von Steckbecken	1.8.3 bewohnerbezogene Kommunikation mit Dritten (nicht MA des Hauses)

**Abb. 2: Leistungskatalog Grund- und Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten**

<b>Behandlungspflege</b>	
<b>2.1 Wundpflege/Verbände</b>	
2.1.1 Wundpflege ohne Verband	2.6.2 Medizinische Bäder, Teilbäder
2.1.2 Wundpflege mit Verband bei Wunden jeglicher Genese einschließlich notwendiger Reinigung und Spülung	2.6.3 Packungen, Auflagen, Rotlicht
<b>2.2 Injektionen/Infusionen</b>	<b>2.7 Medikamentenüberwachung/-verabreichung</b>
2.2.1 Subkutane Injektionen	2.7.1 Vorbereitung/Überwachung/Verabreichung von Medikamenten
2.2.2 Intramuskuläre Injektionen	2.7.2 Einträufeln von Augen-, Ohren-, Nasentropfen
2.2.3 Anlegen einer subkutanen Infusion	2.7.3 Einführen von Suppositorien
2.2.4 Überwachung einer Infusion	2.7.4 Medikamentenpflaster anlegen
2.2.5 Mitwirkung bei programmierter Schmerztherapie (Katheter oder Pumpe)	2.7.5 Einreiben von ärztlich verordneten Medikamenten (z.B. Salben, Tinkturen)
	2.7.6 Sauerstoffverabreichung
<b>2.3 Urogenitalpflege</b>	<b>2.8 Bronchialtoilette/Trachealkanülenpflege/Atemwegspflege/Sonstiges</b>
2.3.1 Legen und Wechseln eines Katheters	2.8.1 Atemerleichternde/sekretlösende Maßnahmen
2.3.2 Blaseninstillation und Spülung	Sekretentleerende Maßnahmen
2.3.3 Pflege bei Harnröhrenkatheter und suprapubischen Katheter Urostomapflege	Trachealkanülenpflege/-wechsel
<b>2.4 Spezielle Hilfe bei Darmentleerung</b>	<b>2.9 Teilnahme an Arztvisiten</b>
2.4.1 Reinigungseinlauf, Klyisma, Mikroklistier, Manuelle Darmausräumung Einlauf mit med. Zusätzen	2.9.1 Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung der Visiten
<b>2.5 Spezielle Krankenbeobachtung/Überwachung</b>	<b>Hauswirtschaftliche Tätigkeiten</b>
2.5.1 Kontrolle von Vitalwerten, Puls, Atmung, Temperatur, Blutdruck, Einfuhr und Ausfuhrbilanz	3.1 Bett machen
2.5.2 Psychosoziale Situation	3.2 Bettwäsche wechseln
<b>2.6 Physikalische Pflege</b>	3.3 Bettwäsche Wechsel komplett
2.6.1 Wickel, zirkulär, angelegten Umschläge	3.4 Bettwäsche Wechsel teilweise
	3.5 Wäscherversorgung rein/unrein
	3.6 Geschirr eindecken/abräumen
	3.7 Kleinere Reinigungsarbeiten
	3.8 Kontrolle im HB-Zimmer

Grund- und Behandlungspflege Heim: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Tag

Bewohnername: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_ Bemerk: \_\_\_\_\_

Uhrzeit	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	Tätig- keiten	geschätz- te Zeit	
																											Summe 1.1 - 1.8:
1.1 Körperpflege																											
1.2 An- und Auskleiden																											
1.3 Ausscheidung																											
1.4 Ernährung																											
1.5 Kommunikation																											
1.6 Psychische Betreuung																											
1.7 Lagerungen																											
1.8 Besondere Begleitungen zu ... Dauer eintragen																											
	Summe 1.1 - 1.8:																										
2.1 Wundpflege																											
2.2 Injektionen/Infusion./Sonde																											
2.3 Urogenitalpflege																											
2.4 Spez. Hilfe Darmentleerung																											
2.5 Spez. Krankenbeobachtung																											
2.6 Physikalische Pflege																											
2.7 Medikamentation																											
2.8 Sonstiges																											
2.9 Teilnahme Arztvisiten																											
	Summe 2.1 - 2.9:																										

Abb. 3 Erhebungsbogen Leistung Pflege Teil 1

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Heim: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Tag

Bewohnername: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

Uhrzeit	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	Min.	
																										Summe 3.1 - 3.11:
3.1 Bett machen																										
3.2 Bettwäsche wechseln																										
3.3 Wäscheversorgung																										
3.4 Geschirrvorsorgung																										
3.5 Kleinere Reinigungsarb.																										
3.6 Kontrolle im HB Zimmer																										
3.7 Mahlzeiten verteilen																										
3.8 Getränke verteilen																										
3.9 Blumen gießen																										
3.10 Abfallversorgung																										
3.11 Essen eingeben																										
	Summe 3.1 - 3.11:																									

Abb. 4 Erhebungsbogen Leistung Pflege Teil 2

**Auswertungsbogen Teil 1**

Bewohnerbezogene Leistungen in Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Bewohnername: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_ Bereich: \_\_\_\_\_ Erhebungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Heim: \_\_\_\_\_

**GRUND- UND BEHANDLUNGSPFLEGE**

	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	Zeitdauer gesamt
1.1 Körperpflege								
1.2 An-/Auskleiden								
1.3 Ausscheiden								
1.4 Ernährung								
1.5 Kommunikation								
1.6 Psychische Betreuung								
1.7 Lagerungen								
1.8 Besonderheiten								
<b>Summe 1.1 - 1.8:</b>								
2.1 Wundpflege								
2.2 Injektion./Infusion./Sonde								
2.3 Urogenitalpflege								
2.4 Spez. Hilfe Darmentleerung								
2.5 Spez. Krankenbeobachtung								
2.6 Physikalische Pflege								
2.7 Medikamentation								
2.8 Sonstiges								
2.9 Teilnahme Arztvisiten								
<b>Summe 2.1 - 2.9:</b>								

Abb.5: Auswertungsbogen Leistung Pflege Teil 1

**AUSWERTUNGSBOGEN TEIL 2**

Bewohnerbezogene Leistungen in Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Heim: \_\_\_\_\_

Bewohnername: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_ Bereich: \_\_\_\_\_ Erhebungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN**

	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	Zeitdauer gesamt
3.1 Bett machen								
3.2 Bettwäsche wechseln								
3.3 Wäscheversorgung								
3.4 Geschirrvorsorgung								
3.5 Kleinere Reinigungsarb.								
3.6 Kontrolle im HB Zimmer								
3.7 Mahlzeiten verteilen								
3.8 Getränke verteilen								
3.9 Blumen gießen								
3.10 Abfallversorgung								
3.11 Essen eingeben								
<b>Summe 3.1 - 3.11:</b>								

Abb.6: Auswertungsbogen Leistung Pflege Teil 2



### 2.3.2.2 Leistungserfassung Sozialdienst

Zur Erfassung der Leistungen im Bereich "Soziale Betreuung, Aktivierung" durch den in allen Häusern vorhandenen Sozialdienst wurde das indirekte Messverfahren der Selbstaufschreibung angewandt. Der methodische Ansatz umfasste 2 Schritte: zum einen die Erstellung eines Leistungskatalogs, der die Leistungen des Sozialdienstes in den direkten, bewohnerbezogenen Leistungen darstellt, zum anderen die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes zur Protokollierung der Leistungen und der entsprechenden Zeitwerte. Die Grundlagen für die Leistungserfassung wurden in mehreren Arbeitskreissitzungen des Sozialdienstes von Mai bis September 1997 erarbeitet.

Zur Erstellung des Leistungskatalogs konnte auf den Tätigkeitskatalog mit Tätigkeitsbeschreibungen des Sozialdienstes –zusammengefasst im "Handbuch Sozialdienst"<sup>10</sup>- im Wohlfahrtswerk zurückgegriffen werden, der von 1994 bis 1996 von einer trägerbezogenen Arbeitsgruppe des Sozialdienstes erarbeitet worden war. Ziel der Erstellung des Handbuches war seinerzeit die Verdeutlichung der Ziele, Standards und Leistungen des Sozialdienstes und die Profilierung der Sozialen Arbeit im Qualitätsmanagement der Einrichtungen. Denn im Gegensatz zum Pflegebereich lagen seinerzeit noch keine Veröffentlichungen von Leistungsstandards beziehungsweise Tätigkeitsbeschreibungen für Sozialdienste in Heimen vor.

Die insgesamt 38 Teiltätigkeitsgruppen des Gesamtleistungskatalogs wurden nach konzeptionellen Überlegungen zu folgenden 9 Tätigkeitsgruppen (Kategorien) aggregiert:

Kategorie 1: Kommunikation, Geselligkeit, Aktivierung

Kategorie 2: Psychosoziale Beratung und Begleitung

Kategorie 3: Beratung bezüglich der Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner

Kategorie 4: Leistungerschließende Beratung (vor allem Pflegeversicherung, Sozialhilfe)

Kategorie 5: Öffentlichkeitsarbeit

Kategorie 6: Milieugestaltung

Kategorie 7: Interne Organisation

Kategorie 8: Anleitung, Fortbildung von Mitarbeitern, Ehrenamtlichen, Schülern

Kategorie 9: Sonstiges.

Die Zusammenfassung zu einer überschaubaren Zahl an Leistungskategorien wurde aus Gründen einer praktikablen Dokumentation der Leistungen für sinnvoll erachtet.

Im Anschluss daran wurde der Protokollbogen entwickelt, in dem die Inhalte der Leistungen ausformuliert und die Zeitwerte in Zuordnung zu einer Tätigkeitsgruppe eingetragen werden konnten. Als Kategorien fanden aber nur die bewohnerbezogenen Leistungen, das heißt, die Kategorien 1 (Kommunikation, Geselligkeit, Aktivierung), Kategorie 2 (Psychosoziale Beratung

und Begleitung), Kategorie 3 (Beratung bezüglich der Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner), Kategorie 4 (Leistungerschließende Beratung - vor allem Pflegeversicherung und Sozialhilfe) und Kategorie 6 (Milieugestaltung) Eingang auf dem Protokollbogen (Abb. 9).

Im Oktober 1998 – parallel zur Pflege – haben die examinierten Mitarbeiter des Sozialdienstes in den Einrichtungen ihre bewohnerbezogenen Leistungen nach genauen Vorgaben protokolliert:

- Dokumentation über den Zeitraum einer Arbeitswoche und 5 Arbeitstage im vorgegebenen Erhebungszeitraum (Abb. 9)
- keine gezielte Auswahl der Bewohner, sondern Dokumentation der Leistungen wie sie sich im normalen Tagesarbeitsablauf ergeben
- bei Gruppenangeboten sind **alle** Teilnehmer in angefügter Teilnehmerliste namentlich aufzuführen (Abb. 10)
- jeder Mitarbeiter des Sozialdienstes füllt einen separaten Mitarbeiterbogen aus.

<sup>10</sup> Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): Steiner, B.: „Handbuch Sozialdienst im Heim“, Stuttgart, 1996.



TÄTIGKEIT	Name(n) des/der Bewohner/s	Zeit	Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4	Kat. 6
Arbeitskreis Zeitgeschehen	Muster, L.; Hager, J.; Rabe, E.;	9.30 – 12.00	150				
Vorbereitung/Nachbereitung/Durchführung (6 TN)	Singer, U., Weninger, R., List, A.						
Telefonat Künstler für AK im Dezember		13.30 – 13.45	15				

Abb. 11: Erhebungsbogen Bewohnerbezogene Leistungserfassung SBD – ausgefülltes Muster

### 2.3.3 Soziodemographische Merkmale

Ergänzend zum Hilfebedarf und den Leistungsdaten wurden soziodemographische Merkmale der Bewohner wie Alter, Geschlecht und Pflegestufe erhoben.

### 2.3.4 Organisatorische und räumliche Bedingungen

Die Leistung, die Mitarbeiter in einem Pflegeheim erbringen, steht auch im Zusammenhang mit den organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen. Ein besonderes Augenmerk haben wir diesbezüglich auf die Wegelängen gelegt, die die Mitarbeiter während ihres Dienstes zurücklegen. Die Wegelängen wurden mit Hilfe von Schrittzählern gemessen.

### 2.4 Durchführung der Erhebung in einer Einrichtung 1 Jahr später – abgeänderte Methodik

Anlässlich einer von den Pflegekassen in Baden-Württemberg in Auftrag gegebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem der Pflegeheime des Wohlfahrtswerks im Herbst 1998 wurde es erforderlich, die Leistungen des Heims darzustellen. Eine Beurteilung der Leistungen ohne Darstellung der Ausgangsbasis, der Hilfebedarfe, erschien aus Sicht des Wohlfahrtswerks nicht sinnvoll. Deshalb wurde im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Wiederholung des Assessments der Hilfebedarfe für alle Bewohner des Pflegeheims genau ein Jahr nach der Ersterhebung im Rahmen der BASIS-Studie durchgeführt. Gleichzeitig sollten von der Einrichtung Leistungsdaten zur Verfügung gestellt werden. Vom externen, mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung beauftragten Beratungsinstitut wurde keine Methodik vorgegeben. Eine Wiederholung der Zeitbudgetstudie war wegen des damit verbundenen, hohen Aufwands in dem gesetzten Terminrahmen nicht leistbar. Deshalb wurde bei der Leistungserhebung auf eine Dokumentenanalyse ausgewichen. Für diesen Zweck war die Pflege-/Leistungs-dokumentation (= Leistungserfassungsbogen) ohne Erhebung der Leistungszeiten erweitert worden. Der in der BASIS-Studie angewandte Leistungskatalog wurde überarbeitet: Zum Beispiel wurden einige Pflegeleistungen weiter differenziert. Andererseits wurde vereinfacht, indem Leistungspakete, die vom Sozialdienst erbracht wurden, stärker zusammengefasst, dafür aber in den Leistungserfassungsbogen integriert wurden. Die Ergebnisse dieser Leistungserhebung sind deshalb nicht mit den in der BASIS-Studie 1997 erhobenen Leistungen methodisch vergleichbar. So beschränkt sich der Vergleich der erhobenen Daten auf die Assessment-Ergebnisse von Stichtagserhebungen im Oktober 1997 und Oktober 1998.

### 3. Ablauf der Studie

#### 3.1 Zeitlicher Verlauf

Die Durchführung der BASIS-Studie von der Entwicklung der differenzierten Methodik über die Durchführung und anschließende Auswertung der Daten nahm ungefähr ein Jahr (vom Mai 1997 bis Mai 1998) in Anspruch.

Mai 1997	Entwicklung Erhebungsinstrument „Selbstaufschreibung Sozialdienst“
Juli/August 1997	Durchführung „Selbstaufschreibung Sozialdienst“
September 1997	Entwicklung weiteres Forschungsdesign
07.10.1997	Heimleiter-Konferenz: Vorstellung Forschungsdesign
07.10. bis 22.10.1997	Heiminterne Vorbereitungen
23.10.1997	Schriftliche Info an Heime: 1. Fragebogen Geriatrisches Assessment 2. Anleitungen/Erläuterungen
23.11. bis 30.11.1997	Erhebung Geriatrisches Assessment
25.10. bis 06.11.1997	Zeitbudgeterhebungen Pflege Bewohnerbezogene Selbstaufschreibung Sozialdienst
06.11. bis 18.11.1997	Erhebung Wegelängen
18.11. bis 23.11.1997	Auswertung Rohdaten
24.11. bis 27.11.1997	Pflegesatzverhandlungen

Der Verlauf der BASIS-Studie umfasst im Wesentlichen 4 Phasen:

1. Entwicklung Forschungsdesign: Von Mai 1997 bis September 1997 wurde das Forschungsdesign und das Erhebungsinstrumentarium der BASIS-Studie entwickelt. Der vergleichsweise lange Entwicklungszeitraum gründete auf den Anspruch, mit den Mitarbeitern

zusammen ein in der Praxis anwendbares und akzeptiertes Verfahren zu schaffen und umzusetzen. Zudem standen keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung, um externe Unterstützung hinzuziehen zu können.

2. Heiminterne Vorbereitungen (Organisation, Information, Schulung) vom 7. bis 23.10.1997
3. Durchführung der Erhebung in den Einrichtungen vom 25.10. bis 30.11.1997
4. Datenerfassung und Auswertung der ersten Rohdaten für die Pflegesatzverhandlungen vom 30.10. bis 27.11.1997.

#### 3.2 Inhaltlicher Ablauf

##### 3.2.1 Anforderungen an die Vorbereitung und Organisation der Erhebung als Qualitätsmaßstab

Die Erhebung wurde ausschließlich von den Mitarbeitern in den Einrichtungen durchgeführt. Die Frage nach der Vergleichbarkeit und Qualität der Ergebnisse, wenn eine große Zahl und auch hausinterne Mitarbeiter als "Interviewer" fungieren, betrifft 5 Punkte:

- welche Methodik wird angewandt und wie wird sie umgesetzt?
- welche Mitarbeiter werden für die Durchführung der Erhebung für qualifiziert und persönlich geeignet erachtet und als Interviewer ausgewählt?
- wie werden die Mitarbeiter im Hinblick auf die Anwendung der Erhebungsinstrumente eingeführt, geschult und angeleitet?
- es ist damit zu rechnen, dass insbesondere bei der Leistungsdokumentation einzelne Mitarbeiter gegebenenfalls unter einen gewissen Erfolgsdruck geraten. Sie könnten die Leistungen für Bewohner tendenziell besonders positiv dokumentieren, das heißt, eher im obersten Leistungsniveau ansetzen. Wie wird den Mitarbeitern vermittelt, dass es im Hinblick auf die Zielsetzung der Studie auf die objektive Darstellung der Leistungen ankommt?
- wie wird die gesamte Erhebung in den Einrichtungen unter personellen, organisatorischen, ablauftechnischen und informationsbezogenen Gesichtspunkten vorbereitet und durchgeführt?

Die grundlegende Basis für ein qualitativ gutes Forschungsergebnis der BASIS-Studie ist darin zu sehen, dass die Assessment- und Leistungserfassungsinstrumente zusammen mit den Haus- und Pflegedienstleitungen auch im Hinblick auf ihre praktische Anwendung durch die Mitarbeiter in den Einrichtungen erarbeitet, laufend verbessert und letztlich in Pretests überprüft wurden. In der Regel war aus jeder Einrichtung ein Teilnehmer in der Begleitgruppe vertreten und konnte sich mit spezifischen Problemstellungen bereits in der Entwicklungsphase des Forschungsdesigns auseinandersetzen. Dies war für den Transfer in die Einrichtungen besonders bedeutsam. In der Anwendung der Instrumente wurden für den Zeitpunkt der Erhebung keine bedeutenden Probleme

für die Umsetzung mehr gesehen. Den Einrichtungen wurde daraufhin das gesamte Erhebungsinstrumentarium mit einem Handlungsleitfaden an die Hand gegeben, der schriftlich über die verschiedenen Erhebungsinstrumente des Assessment und der Leistungserfassung informierte und von schriftlichen Anweisungen und Erläuterungen zur Umsetzung ergänzt wurde. Zusätzlich stand eine zentrale Ansprechpartnerin in der Hauptverwaltung für Nachfragen zur Verfügung.

### **3.2.2 Durchführung der Erhebung in den Einrichtungen**

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Erhebung in den Einrichtungen war mit einem hohen organisatorischen und Zeitaufwand verbunden. Welche Gesichtspunkte für die Einrichtungen dabei eine Rolle spielten, soll der ausführliche Erfahrungsbericht der Pflegedienstleistung einer Einrichtung exemplarisch verdeutlichen, der am 31.03.1998 auf der Fachtagung des Wohlfahrtswerks zur BASIS-Studie vorgetragen wurde (Drenk 1998: "Erfahrungen mit der Durchführung der BASIS-Studie im Pflegeheim"):

*Im Folgenden möchte ich schildern, wie sich die Studie praxisnah durchführen ließ und auf welche Sachverhalte besonderes Augenmerk gelegt werden musste.*

#### **Bewohneraspekte**

*Gemäß dem Leitbild des Wohlfahrtswerks steht der einzelne Bewohner und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt der täglichen Arbeit. Dazu gehört es auch, ihn und seine Ängste ernst zu nehmen und seine Würde zu achten. Deshalb ist es im Vorfeld notwendig, den Bewohnern die Hintergründe und Verfahrensabläufe detailliert zu erklären. Hierzu gehört die Information des Heimbeirats, die strikte Gewährleistung der Anforderungen des Datenschutzes sowie die Einwilligung jedes einzelnen Bewohners zur freiwilligen Teilnahme. Wo notwendig, sind Verwandte oder Betreuer anzusprechen. Dies ist besonders für die aktive Teilnahme der Bewohnerschaft am Mini-Mental-Status-Test wichtig. Sollten hierbei Ängste auftreten, muss der erhebende Mitarbeiter sehr sensibel und einfühlsam mit dem Bewohner umgehen oder gegebenenfalls auch das Interview abbrechen. Es versteht sich von selbst, dass auf Wunsch über die Ergebnisse der Studie dem Heimbeirat berichtet wird.*

#### **Organisationsbezogene Gesichtspunkte**

*Zuerst ist es notwendig, den Ablauf der Studie bis ins Detail vorzuplanen. Dazu wird ein Zeitplan erstellt und die Zuständigkeiten festgelegt. Die theoretischen Grundlagen und Formulare müssen vom Träger rechtzeitig zur Verfügung gestellt und dann wiederum innerhalb des Hauses weitergeleitet werden. Eine funktionierende Bewohnerdokumentation ist Voraussetzung für die Gewinnung der notwendigen Daten. Sollten diese nicht in der Dokumentation enthalten sein, steigt der Zeitbedarf der Studie sprunghaft an.*

*Der Verweis auf die Bestimmungen des Datenschutzes an alle, die mit persönlichen Informationen umgehen, ist selbstverständlich. Die notwendigen Organisationshilfsmittel und Materialien sind in ausreichender Menge zur Verfügung zu stellen. Die Personen, welche die Erhebungen durchführen, müssen genau instruiert und eingewiesen werden. Hier ist besonderer Wert auf eine Einbettung in die routinemäßigen täglichen Arbeitsabläufe zu legen.*

*Die Personalbesetzung sollte während des Erhebungszeitraums dem erhöhten Aufwand Rechnung tragen. Außerdem muss schon im Vorfeld geklärt sein, wie die Rückgabe der erhobenen Daten erfolgt und wie bei außergewöhnlichen Ereignissen – beispielsweise akuter Änderung des Gesundheitszustandes eines Bewohners – vorzugehen ist. Sobald die Studie läuft, muss ein kontinuierlicher Ablauf gewährleistet werden und eine Ansprechperson für Problemfälle anwesend sein. Die Erhebungspersonen dürfen nicht unter Zeitdruck stehen, damit die Beurteilungen sachgerecht vorgenommen werden können. Die Zugänglichkeit zu allen notwendigen Dokumenten oder Räumen muss gewährleistet sein. Störungen während der Erhebung sind zu vermeiden. Nach der Erhebung müssen die Ergebnisse termingerecht an die bezeichnete Stelle geliefert werden.*

*Im Anschluss werden die gewonnenen Daten analysiert. Dazu gehört auch eine Plausibilitätskontrolle der erzielten Ergebnisse. Nicht mehr benötigte Unterlagen sind zu archivieren oder zu vernichten. Die verantwortliche Person sollte für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sobald die Ergebnisse vorliegen, ist der Zeitpunkt gekommen, diese mit Mitarbeitern und Heimbeirat zu diskutieren.*

#### **Mitarbeiterbereich**

*Eine Einschaltung des Betriebsrats oder der Mitarbeitervertretung war aufgrund des Forschungsansatzes nicht zwingend nötig. Dennoch ist es für die notwendige Motivation der Mitarbeiter förderlich, frühzeitig entsprechende Informationen herauszugeben. Damit können auch Ängste genommen werden, dass eine indirekte Leistungsbeurteilung stattfindet, oder die Ergebnisse womöglich dazu dienen sollen, Personal zu reduzieren. Die Vorbereitung erfordert eine verstärkte Präsenz des Leitungspersonals, sei es, um gegebenenfalls die Strukturen zu klären, sei es, um beratend und informierend einzugreifen.*

*Die notwendigen Schulungen hinsichtlich Ablauf und Verhaltensweise sollten mit genügend zeitlichem Vorlauf und von ausreichender Dauer sein. Ideal ist es, wenn die Mitarbeiter mit einem Rollenspiel die Befragungssituation beim Bewohner trainieren.*

*Ablauf der Studie:*

### **Vorbereitungsphase**

*In Arbeitskreisen wurden die einzelnen Erhebungsinstrumentarien vorbesprochen und bearbeitet. Um die Ergebnisse rechtzeitig präsentieren zu können, gingen die Heime zügig an die Umsetzung. Bis zum Beginn der Studie stand ein Planungszeitraum von ungefähr 3 Wochen zur Verfügung. Entsprechend wurden schriftliche Durchführungsanweisungen von der Hauptverwaltung des Trägers zur Verfügung gestellt. Diese beinhalteten auch bereits die fertigen Kopiervorlagen für die Formulare.*

*Für das Haus am Fleinsbach wurde festgelegt, dass das geriatrische Assessment, mit Ausnahme des Mini-Mental-Status-Tests von examiniertem Fachpersonal, hierunter 2 Bereichsleitungen und ihre Stellvertretungen, begleitet werden sollte. Die direkte Befragung der Bewohner in Form des Mini-Mental-Status-Tests sollte von den Mitarbeitern des Sozialdienstes durchgeführt werden. Die Pflegemitarbeiter empfanden dies als unglücklich. Im Blick auf die verfügbaren zeitlichen Ressourcen war dies allerdings nicht anders möglich.*

*Im Weiteren wurde festgelegt, welche Bewohner den Mitarbeitern zugeordnet werden sollten. Als praktikabelste Lösung erwies sich, dass die Mitarbeiter den Bewohnern zugewiesen wurden, die sie auch normalerweise betreuen. Eventuelle Bedenken gegen Voreingenommenheit haben sich im Verlauf der Studie nicht bestätigt. Die Schulung der Bereichsleitungen und deren Stellvertretungen erfolgte durch die Heimleitung und die Pflegedienstleitung. Diese wiederum instruierten die weiteren Mitarbeiter. Aufgrund des guten Schulungsmaterials trat der Effekt einer rasant verschlechterten Informationskette nicht auf. Dank des Vorlaufs wurden die Dienstpläne im Blick auf den erhöhten Personalbedarf gestaltet.*

*Anschließend wurden an den Heimbeirat und die anderen Beteiligten die notwendigen Informationen ausgegeben sowie die erforderlichen Genehmigungen eingeholt. Von Seiten der Bewohnerschaft gab es keine Vorbehalte gegen die Studie, vielmehr wollten sie im Interesse einer guten Pflege zur Transparenz beitragen. Die Belegschaft wurde rechtzeitig während der mittäglichen Dienstübergabe mit der Studie vertraut gemacht. Auch die Mitarbeiterschaft unterstützte die Erhebung und versprach sich dadurch Argumentationshilfen für die Sicherung der Pflegequalität. Der hauswirtschaftliche Bereich und die Nachtdienste wurden in den regelmäßigen Dienstbesprechungen in Kenntnis gesetzt.*

*Parallel wurden die Formulare vervielfältigt und bereits mit den in der Verwaltung vorliegenden Daten wie Name, Alter, Pflegeklasse versehen sowie die notwendigen Organisationshilfsmittel (Ordner, Schreibzeug u.a.) bereitgestellt. Als Zeitbedarf dieser Phase wurde innerhalb der Einrichtung ein Zeitaufwand von 25 Stunden in der Verwaltung und 30 Stunden in Pflege- und Sozialdienst ermittelt.*

### **Durchführungsphase**

*Die Studie wurde von 8 ausgebildeten Pflegefachkräften und 2 Mitarbeitern im Sozialdienst durchgeführt. In der Regel wurden sämtliche Erhebungsbestandteile pro Bewohner, mit Ausnahme des MMSE durch denselben Mitarbeiter durchgeführt. Wohnbereichsbezogen wurden Teams gebildet, die gleichzeitig mit der Studie beschäftigt waren. Als günstigste Zeit für die Fremderhebungen hat sich der Zeitraum nach dem Mittagessen herausgestellt. Hier trat die geringste Störung des Alltagsbetriebs auf. Der MMSE wurde vom Sozialdienst vorzugsweise in Bewohnerbesuche mitintegriert. Der Zeitbedarf in dieser Phase belief sich für die Verwaltung auf 2 Stunden, Pflege- und Sozialdienst 90 Stunden.*

### **Nachbereitungsphase**

*In der Nachbereitungsphase war die Vollständigkeit der zurückgegangenen Formulare festzustellen. Außerdem wurden die Daten einer Plausibilitätskontrolle unterzogen, indem die Daten mit den Erfahrungen der Pflegedienstleistung verglichen wurden. Für die gute Vorbereitung der BASIS-Studie spricht, dass keine wesentlichen Differenzen auftraten. Der MMSE brachte jedoch unerwartete Ergebnisse. Einige Bewohner, deren Fähigkeiten im Vorfeld niedriger eingeschätzt wurden, sorgten für die Überraschung. Die vorhandenen Fähigkeiten sind weit größer, als sich dies im Alltag vermuten lässt. Die weitere Analyse der Daten wurde in der Hauptverwaltung vorgenommen und der Einrichtung zur Verfügung gestellt. Die Diskussion der Ergebnisse innerhalb der Einrichtung ist noch im Gange. Der Zeitbedarf in dieser Phase belief sich auf 5 Stunden für die Verwaltung.*

### **Zusammenfassung und Ausblick**

*Trotz der Mehrbelastung für die Mitarbeiter ... haben die Mitarbeiter des "Haus am Fleinsbach" an der Studie gerne mitgewirkt. Zum einen in der Hoffnung, einen Beitrag für die Vergütungsverhandlungen zu leisten, zum anderen den Mitarbeitern vor Ort die Gelegenheit zu geben, aktiv an der Studie mitzuwirken. Erhebungen von den eigenen Mitarbeitern durchführen zu lassen kann sicherlich kritisch betrachtet werden. Die Vorteile bei der Durchführung des Assessment liegen klar auf der Hand. Es gibt keine Probleme mit dem Datenschutz, den Mitarbeitern ist die Handhabung mit dem Dokumentationssystem vertraut und die Bewohner kennen den Erhebenden des MMSE.*

*Es stellte sich ferner ein überaus positiver Nebenaspekt ein. Die Mitarbeiter konnten ihre Aufzeichnungen und Wahrnehmungen nochmals auf Richtigkeit überprüfen. In den Rückmeldungen der Mitarbeiter wurde gerade dieser Punkt nochmals besonders hervorgehoben. Nicht unterschätzt werden darf auch die durch die Studie entstandene Identifikation mit dem Träger. Das Bewusstsein,*

an einer Pilotstudie innerhalb der Altenhilfe teilzunehmen, war für das Selbstverständnis förderlich. Beeindruckt hat auch die Aufgeschlossenheit der Bewohner und deren Interesse an der Thematik.

### 3.2.3 Zentrale Datenerfassung und Auswertung

Die Erhebungsbögen wurden von der zuständigen Mitarbeiterin der Entwicklungsabteilung in der Hauptverwaltung gesammelt und zusammengeführt. Die Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms Excel erfasst und die Rohdaten für die Pflegesatzverhandlungen aufbereitet. Eine differenzierte Analyse der Daten erfolgte im Jahr 1998 mit Hilfe des Programms SPSS.

### 3.3 Interviewer

Als Interviewer in den Einrichtungen waren annähernd ausschließlich qualifizierte Mitarbeiter tätig (Abb. 12). Das Assessment – mit Ausnahme des MMSE - wurde ausschließlich von Mitarbeitern der Pflege, der MMSE vorwiegend von Mitarbeitern im Sozialdienst erhoben. Da die einzelnen Instrumente des Assessment für einen Bewohner in der Regel vom selben Mitarbeiter bearbeitet wurden, waren insgesamt ungefähr 70 unterschiedliche Mitarbeiter als Interviewer tätig.

Erhebungsinstrument	Zeitraum	Anzahl/Durchführende
Entwicklung Erhebungsinstrument Selbstaufschreibung Sozialdienst	Mai 1997	20 SD-Mitarbeiter
Durchführung Selbstaufschreibung SD	Juli/August 1997	20 SD-Mitarbeiter
Entwicklung weiteres Forschungsdesign	September 1997	AK Pflege/Standards
Geriatrisches Assessment	23.11.-30.11.1997	
- Stammdaten (Alter, Geschlecht, Einrichtungen)		a) 60 Pflege/SD
- Barthel-Index		b) 59 Pflege
- MMSE		c) 70 Pflege/SD
- Esslinger Transferskala		d) 56 Pflege
- Fragebogen Orientiertheit		e) 58 Pflege
- Fragebogen Beaufsichtigung		f) 58 Pflege
Zeitbudgeterhebung Pflege	25.10.-06.11.1997	Stichprobe: Pflege
Bewohnerbezogene Selbstaufschreibung Sozialdienst	25.10.-06.11.1997	16 SD qual.
Erhebung Wegelängen	06.11.-18.11.1997	131 Schichten/-MA

Abb. 12 Anzahl und Qualifikation Mitarbeiter nach Erhebungsinstrumenten

## 4. Ergebnisse

Ausgehend von der Überlegung, dass der Hilfebedarf ausschlaggebend dafür ist, welche Leistungen erbracht werden, sind zunächst die Ergebnisse der Untersuchung des Hilfebedarfs vorgestellt.

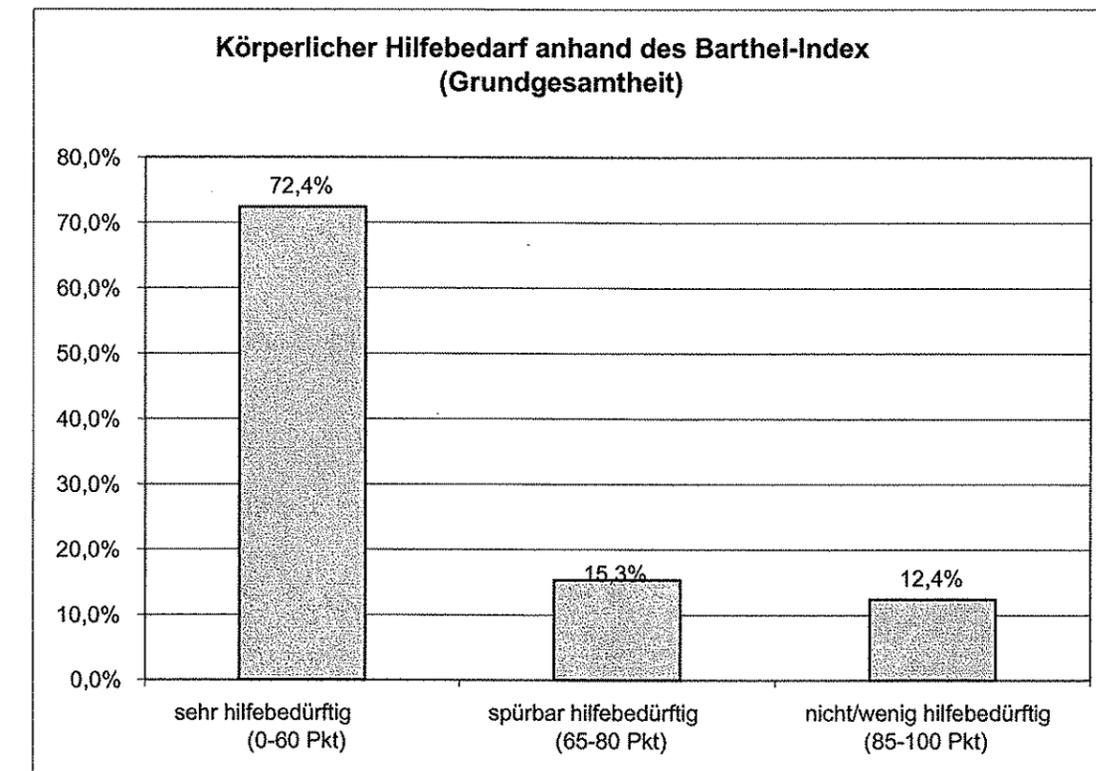
### 4.1 Hilfebedarf

#### 4.1.1 Hilfebedarf der Grundgesamtheit

Die nachfolgenden Darstellungen des Hilfebedarfs beziehen sich stets auf die **gesamte Bewohnerschaft** (857 Datensätze).

##### 4.1.1.1 Körperlicher Hilfebedarf

Der körperliche Hilfebedarf, gemessen mit dem Barthel-Index, ist bei 87,6 % der Bewohner spürbar vorhanden: 72,4 % sind sehr hilfebedürftig, weitere 15,3 % sind spürbar hilfebedürftig (Tab. 4).



Tab. 4 Körperlicher Hilfebedarf anhand des Barthel-Index

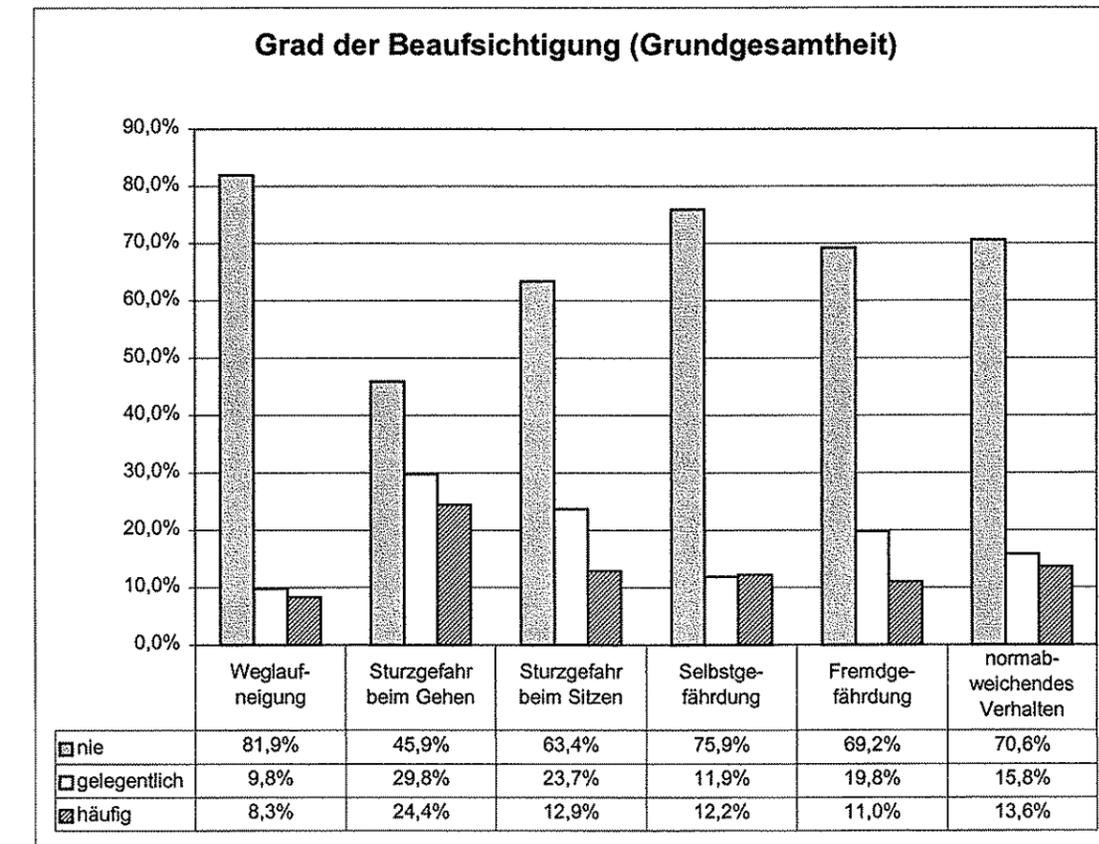
Greift man einen speziellen Indikator für die körperliche Hilfebedürftigkeit heraus, z.B. das „Treppen steigen“, sind die Ergebnisse dieser speziellen Betrachtung deshalb nicht verwunderlich: wie Tab. 5 zeigt, werden beim Treppen steigen bei insgesamt 62,4 % der Bewohner mindestens zwei professionelle Helfer benötigt – oder es ist gar nicht mehr möglich. Misst man die Mobilität an der Fähigkeit zum Gehen, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung mit der Esslinger Transfer-Skala, dass nur ein reichliches Viertel (27,8 %) in der Lage ist, allein ohne personelle Hilfe zu gehen.

Die Beurteilung, inwieweit jemand in der Lage ist zu gehen, sollte jedoch nicht vorgenommen werden, ohne die Frage zu berücksichtigen, inwieweit die Fortbewegung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann. Immerhin 71,4 % der stationären Bewohner benötigen dazu Hilfsmittel (Tab. 6).

An erster Stelle rangiert der Rollstuhl. Summiert man alle Nennungen, bei denen ausschließlich der Rollstuhl oder Kombinationen von Rollstuhl und anderen Hilfsmitteln genannt sind, dann benutzen knapp die Hälfte (43 %) aller Bewohner einen Rollstuhl. In der Häufigkeit an zweiter Stelle folgt der Rollator, der insgesamt von 21,3 % genutzt wird, wobei er bei 15,3 % die einzige Mobilitätshilfe ist. 4,3 % der Bewohner benutzen sowohl Rollstuhl als auch Rollator.

#### 4.1.1.2 Notwendigkeit zur Beaufsichtigung

Die Notwendigkeit zur Beaufsichtigung ergibt sich aus der Sorge darum, dass einerseits körperliche Einschränkungen eine Gefahr bedeuten können, andererseits kognitive Einschränkungen und psychische Veränderungen zu Selbst- und Fremdgefährdung führen. Die Ergebnisse des Fragebogens zur Beaufsichtigungsintensität verdeutlichen, welche große Bedeutung der Sturzgefahr beigemessen werden muss. Bei 29,8 % der Bewohner tritt „Sturzgefahr beim Gehen“ gelegentlich auf, bei 24,4 % häufig, in der Summe also bei 54,2 % (Tab. 7). Beim Sitzen ist Sturzgefahr immerhin noch bei 36,6 % festzustellen.

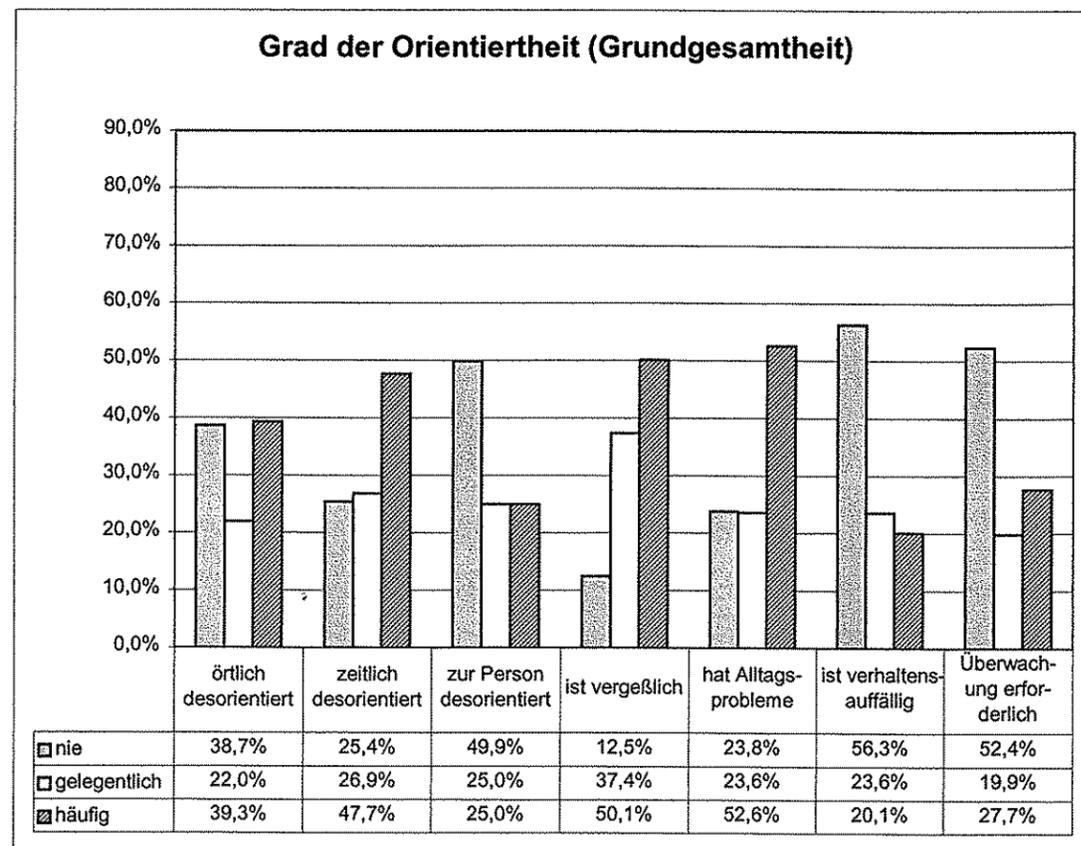


**Tab. 7 Grad der Beaufsichtigung**

Aus kognitiven Defiziten und psychischen Veränderungen ergeben sich die weiteren vier Aspekte von Beaufsichtigungsanforderungen. Sie werden ebenfalls durch den Fragebogen zur Beaufsichtigungsintensität erhoben: „Weglaufneigung“, „Selbstgefährdung“, „Fremdgefährdung“ und „normabweichendes Verhalten“. Aus Tab. 7 ist zu entnehmen, dass nahezu jeder fünfte Bewohner gelegentlich bis häufig eine Weglaufneigung zeigt. Fast jeder vierte gefährdet sich gelegentlich bis häufig selbst, fast jeder dritte gefährdet gelegentlich oder häufig andere. Insgesamt ergibt sich daraus, dass bei fast der Hälfte der Bewohner gelegentliche bis häufige Beaufsichtigung erforderlich ist.

#### 4.1.1.3 Orientiertheit

Je nachdem, worauf sich die Orientierung bezieht, ergibt sich bei den Bewohnern ein recht unterschiedliches Bild (Tab. 8). Am besten sind sie zu ihrer eigenen Person orientiert: Lediglich 25 % sind häufig zur Person desorientiert, 49,9 % haben nie Probleme damit. Bei Betrachtung aller Bewohner zeigt sich, dass 39,3 % häufig Schwierigkeiten mit der örtlichen Orientierung haben, bei 22 % zeigt sich das Problem gelegentlich.

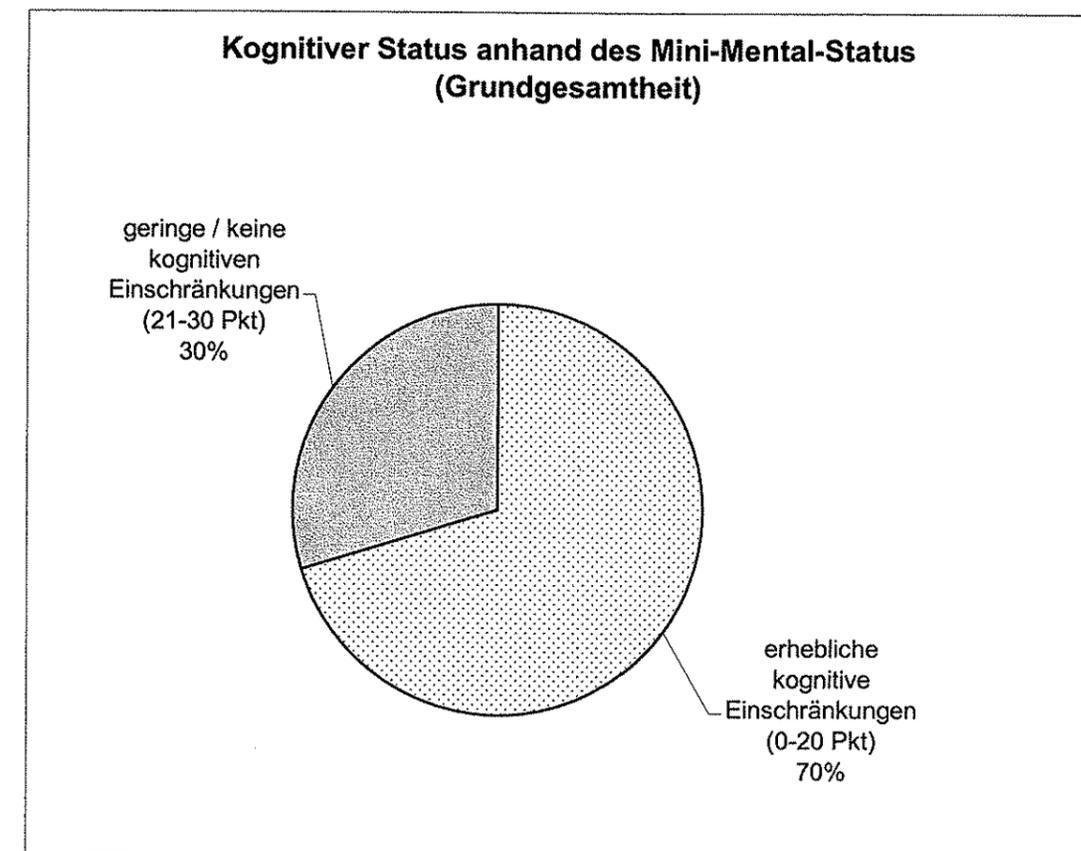


**Tab. 8 Grad der Orientiertheit**

Die zeitliche Desorientierung ist am weitesten verbreitet: Lediglich ein Viertel (25,4 %) ist nie zeitlich desorientiert.

#### 4.1.1.4 Kognitiver Status

Das Ausmaß des Hilfebedarfs kann auch durch die generelle Betrachtung kognitiver Defizite beschrieben werden. Hierzu wurde der Mini-Mental-Status-Test angewandt. Bei 70 % der Bewohner weisen die Ergebnisse des Tests auf erhebliche kognitive Einschränkungen hin (Tab. 9).



**Tab. 9 Kognitiver Status anhand des MMSE**

#### 4.1.2 Vergleich Hilfebedarf Grundgesamtheit - Leistungsstichprobe

Nur für einen Teil unserer Bewohnerschaft wurden - wie bereits erwähnt - auch die erbrachten Leistungen erhoben, da es sich bei der Selbstaufschreibung um den Teil der Untersuchung handelt, der im Pflegealltag den größten Aufwand mit sich bringt. Das Vorgehen bei der Auswahl dieser Personen wurde - wie bereits in Kapitel 2 geschildert - genau vorgegeben: Zielgröße war es, 25 % der Bewohner zu erfassen. Diese 25 % sollten so ausgewählt werden, dass keine Extremfälle hinsichtlich des Versorgungsaufwands darunter waren, sondern Bewohner, die von den Pflegekräften intuitiv als "durchschnittlich" für die Pflegestufe eingeschätzt wurden. Außerdem sollte je Pflegestufe die gleiche Anzahl Bewohner einbezogen werden. Deshalb bildet diese als „Leistungsstichprobe“ bezeichnete Gruppe eine von der Grundgesamtheit leicht abweichende Zusammensetzung ab, denn in der Grundgesamtheit verteilen sich die Bewohnern nicht gleichmäßig über die Pflegestufen. Die Leistungsstichprobe weist beispielsweise einen größeren Anteil der Pflegestufe 3 zu Lasten der Pflegestufe 2 im Vergleich zur Grundgesamtheit auf.

Aufgrund dieser Abweichungen in der Zusammensetzung von Grundgesamtheit und Leistungsstichprobe erscheint es interessant, den Hilfebedarf dieser beiden Gruppen gegenüberzustellen.

Vergleicht man den Hilfebedarf der gesamten Bewohnerschaft mit dem Hilfebedarf der Leistungsstichprobe, ist bei der Leistungsstichprobe - wie zu erwarten - die Tendenz eines höheren Hilfebedarfes zu erkennen. Das gilt zum einen für den mittels Barthel-Index gemessenen körperlichen Hilfebedarf (siehe *Tab. 10*): Der Anteil der spürbar bis sehr hilfebedürftigen Menschen liegt um 2 % höher als bei der Grundgesamtheit. Zum anderen gilt diese Beobachtung auch für den kognitiven Status, bei dem sich die erheblichen kognitiven Einschränkungen ebenfalls um 2 % erhöhen und auf 72 % der Leistungsstichprobe zutreffen (siehe *Tab. 11*).

In *Tab. 12* sind die Ergebnisse der Betrachtung der Lokomotion bei der Leistungsstichprobe dargestellt.

Beim Treppen steigen zeigt sich, dass der prozentuale Anteil der Bewohner, die mindestens zwei professionelle Helfer dafür benötigen beziehungsweise es ihnen gar nicht mehr möglich ist, um knapp 5 % höher liegt als in der Grundgesamtheit. Noch höher ist die Abweichung im Bereich des Gehens. Gleichzeitig geht bei allen drei betrachteten Arten der Lokomotion (Transfer, Gehen, Treppen steigen) der Anteil derer, die keine personellen Hilfe benötigen, um 2 – 4 % im Vergleich zur Grundgesamtheit zurück.

Allerdings benutzen statt 71,4 % der Grundgesamtheit nur noch 67 % der Leistungsstichprobe überhaupt ein Hilfsmittel bei der Fortbewegung (*Tab. 13*). Jedoch hat der Anteil der Rollstuhlnutzer zugenommen. Er beträgt jetzt über 2/3 der Hilfsmittel zur Fortbewegung und der Anteil der Nutzer von Rollator und anderem Hilfsmittel ist im Vergleich zur Grundgesamtheit niedriger.

Die Betrachtung der Sturzgefährdung weist in die gleiche Richtung: Wie aus *Tab. 14* zu entnehmen ist, sind 30,7 % der Leistungsstichprobe „häufig“ beim Gehen sturzgefährdet im Vergleich zu 24,4 % der Grundgesamtheit. Die Differenz in der „Sturzgefahr beim Sitzen“ ist identisch.

In der Leistungsstichprobe sind also im Verhältnis mehr Personen mit stärker ausgeprägtem körperlichen Hilfebedarf als in der Grundgesamtheit vertreten.

Unterschiede zeigen sich auch im Grad der Orientiertheit (*Tab. 15*): In allen sieben Items der Orientiertheit liegt der Anteil der Bewohner, bei denen „häufig“ eines der Merkmale auftritt, deutlich über den Werten der Grundgesamtheit. Bei der Orientiertheit zu Ort, Zeit und Raum betragen die Unterschiede ungefähr 10 %, die Nennungen bei den Items „ist vergesslich“ und „hat Alltagsprobleme“ weichen ebenfalls um ca. 10 % voneinander ab. Lediglich der Unterschied beim Item „ist verhaltensauffällig“ liegt darunter und beträgt 4,8 %.

Daraus resultiert eine höhere Beaufsichtigungshäufigkeit der Leistungsstichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit (vgl. *Tab. 7* und *Tab. 14*): Beim Item „Selbstgefährdung“ liegt die Differenz bei Betrachtung der Summe der Nennungen bei „gelegentlich“ und „häufig“ bei 5,9 %. Die Summe der Nennungen der Bewohner mit gelegentlichem oder häufigem „normabweichenden Verhalten“ beträgt 3,8 %. Die gelegentliche oder häufige „Fremdgefährdung“ liegt bei der Leistungsstichprobe um 6,2 % über dem Wert der Grundgesamtheit.

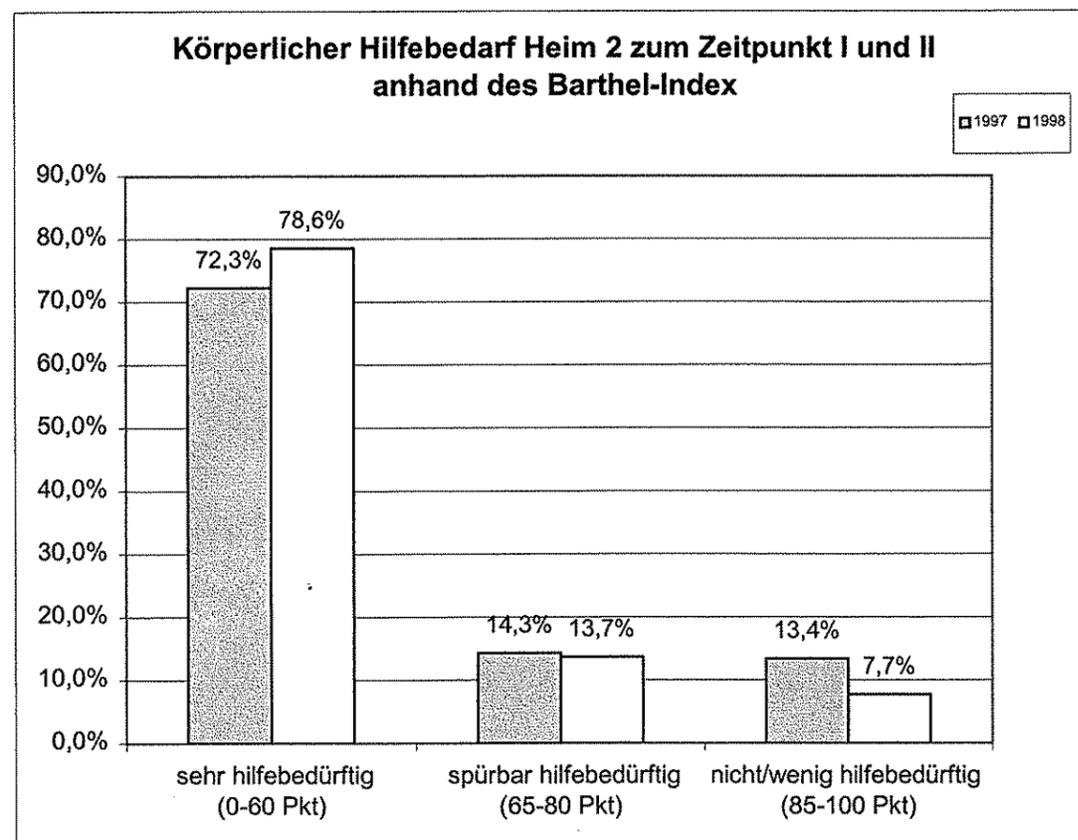
Diese Unterschiede im Hilfebedarf zwischen Grundgesamtheit und Leistungsstichprobe müssen bei der Interpretation der Daten der Leistungserhebung berücksichtigt werden.

#### 4.1.3 Hilfebedarf - Veränderungen nach 1 Jahr

Die Hilfebedarfsentwicklung von **Zeitpunkt I zu II** (vgl. 2.4.) bezieht sich auf ein Pflegeheim und auf eine Stichprobengröße von 119 (1997/Zeitpunkt I) beziehungsweise 117 Bewohnern (1998/Zeitpunkt II). Außerdem wurde zum Zeitpunkt II beim Wiederholungs-Assessment der kognitive Status nach MMSE nicht berücksichtigt.

Insgesamt zeigt sich anhand der Daten, dass eine Verschlechterung des Hilfebedarfs vom Zeitpunkt I zum Zeitpunkt II im Querschnitt, also bezogen auf die Einrichtung allgemein, zu verzeichnen ist. Das bestätigt die Ergebnisse anderer Studien<sup>11</sup>, die alle zur Aussage kommen, dass der allgemeine Hilfebedarf in Pflegeheimen in den letzten Jahren zugenommen hat. So sind im hier betrachteten Heim statt 13,4 % im Jahr 1997 ein Jahr später nur noch 7,7 % aller Bewohner nicht oder sehr wenig körperlich hilfebedürftig (*Tab. 16*).

<sup>11</sup> Vgl. z. B. Zimmer, A., Schäufele, M., Weyerer, S.: „Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu“ in: Gesundheitswesen, 60. Jahrgang, Stuttgart/New York, 1998, S. 239 - 246.



**Tab. 16 Körperlicher Hilfebedarf Heim 2 - Zeitpunkt I und II anhand des Barthel-Index**

Bei allen drei betrachteten Aspekten der Lokomotion (Transfer, Gehen, Treppen steigen) ist der Anteil derer, die keiner personellen Hilfe bedürfen, gesunken: beim Transfer von 26,9 % auf 22,2 %, beim Gehen von 21,8 % auf 19,7 % und beim Treppen steigen von 12,6 % auf 11,1 % (Tab. 17 und Tab. 18).

Gleichzeitig ist allerdings der Anteil derer, die keine Hilfsmittel benutzen, leicht gestiegen (Tab. 19 und Tab. 20).

Der Vergleich der Ergebnisse des Fragebogens zur Orientiertheit zeigt ein uneinheitliches Bild : Der Anteil der Personen im Heim mit gelegentlicher oder häufiger Desorientiertheit zur Person und zum Ort hat sich zwischen Zeitpunkt I und Zeitpunkt II kaum verändert (Tab. 21 und Tab. 22). Beim Merkmal „verhaltensauffällig“ hat sich der Anteil der Bewohner, bei denen dieses gelegentlich beobachtet wird, von 28,6 % auf 35,0 % erhöht. Gleichzeitig ist der Anteil, bei denen Verhaltensauffälligkeiten häufig beobachtet werden, von 19,3 % auf 16,2 % gesunken. Der Anteil derer, die zeitlich desorientiert sind, hat eher abgenommen. Gleiches gilt für das Merkmal „ist vergesslich“, wenn auch die Unterschiede nur gering sind.

Leicht steigende Tendenz zeigt der Vergleich bei der Betrachtung aller Bewohner bei den Merkmalen „Alltagsprobleme“ und „Überwachung erforderlich“. Wird damit das Merkmal „normabweichendes Verhalten“ des Fragebogens zur Beaufsichtigungsintensität in Verbindung gesetzt (Tab. 23 und Tab. 24), erklärt sich die Zunahme der Überwachungsnotwendigkeit unter anderem durch den leichten Anstieg der „Fremdgefährdung“ und des „normabweichenden Verhaltens“.

Dieser gestiegene Hilfebedarf spiegelt sich im Vergleich der Pflegestufenzusammensetzung der Einrichtung zu den beiden Zeitpunkten wider (vgl. Stichprobenbeschreibung Kapitel 2.2.1.2).

#### 4.1.4 Auswertung des Hilfebedarfs nach Pflegestufen

Aussagen zum Hilfebedarf werden heute vielfach durch Nennung einer Pflegestufe nach § 14 SGB XI beschrieben. Im Folgenden sollen deshalb die im Rahmen der BASIS-Studie erhobenen Hilfebedarfe darauf untersucht werden, wie sie sich in den einzelnen Pflegestufen durchschnittlich darstellen.

Insgesamt ist mit aufsteigender Pflegestufe eine lineare Zunahme des Hilfebedarfs gerade im kognitiven und körperlichen Bereich zu erkennen, jedoch mit unterschiedlich steilen Anstiegen: Die Pflegestufe 0 hat in fast allen Bereichen den geringsten Hilfebedarf, der aber absolut betrachtet einen beachtlichen Umfang ausmacht. In der anschließenden Darstellung der Leistungsdaten spiegelt sich dies auch wieder.

In Tab. 25 bis Tab. 27 wird der Unterstützungsbedarf beim „Transfer“, „Gehen“ und „Treppensteigen“ dargestellt. Beim Transfer steigt der Anteil der Bewohner, bei denen mehr als ein professioneller Helfer erforderlich ist, mit der Pflegestufe kontinuierlich an (Tab. 25). Das „Gehen“ ist nicht möglich bei 7,7 % in Pflegestufe I, bei 30,1 % in Pflegestufe II und bei 56,8 % in Pflegestufe III, wie Tab. 26 zeigt. Auffällig ist, dass bei 11,7 % der Bewohner ohne Pflegeeinstufung „Gehen“ nicht möglich ist. Beim „Treppen steigen“ liegt bei Bewohnern ohne Pflegestufe der Anteil derer, bei denen dies nicht möglich ist, jedoch wieder niedriger als in den anderen Pflegestufen (Tab. 27).

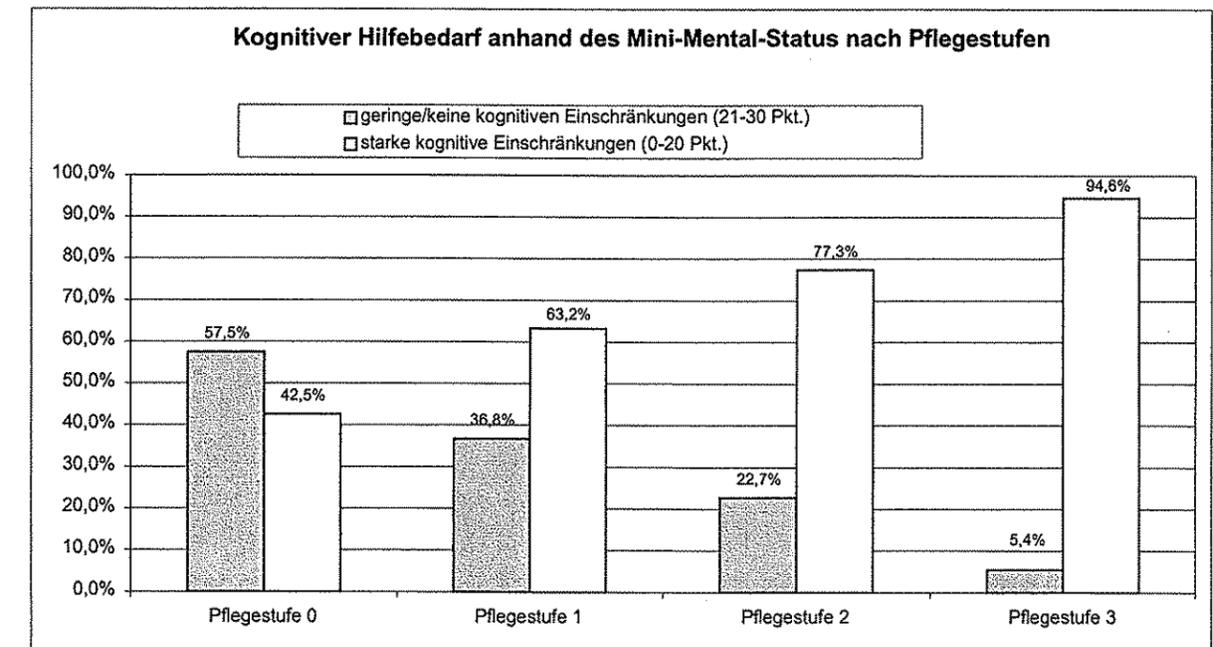
Der körperliche Hilfebedarf, betrachtet mit dem „Gesamtmaß“ des Barthel-Index, zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Pflegestufe und Barthel-Wert: Bewohner der Pflegestufe III sind zu 100 % „sehr hilfebedürftig“. Aus Tab. 28 geht daneben hervor, dass in Pflegestufe II nur noch ein geringer Anteil „nicht/wenig hilfebedürftig“ (2,7 %) oder „spürbar hilfebedürftig“ (6,8 %) ist. Der Wert des Barthel-Index bei Bewohnern in Pflegestufe 0 verteilt sich dagegen auf alle drei Ausprägungen und 26,6 % dieser Bewohner sind „sehr hilfebedürftig“.

In den sechs Merkmalen des Grades der Beaufsichtigung ist zu erkennen, dass die Pflegestufe I und II bei der durchschnittlichen Merkmalsausprägung häufig ganz nahe beieinander liegen. Besonders deutlich wird dies in den beiden Kategorien „Sturzgefahr beim Gehen“ und „Weglaufneigung“, in denen sich auf diese beiden Stufen sogar die größte Häufigkeit verteilt. Das bedeutet, dass Stufe I und II einen höheren Beaufsichtigungsgrad nach sich ziehen als Pflegestufe III (Tab. 29 und Tab. 30).

Die Merkmale „Selbstgefährdung“, „Fremdgefährdung“ und „normabweichendes Verhalten“ stehen im Zusammenhang mit kognitiven Defiziten. Ein Zusammenhang zwischen Pflegestufe und Merkmalsausprägung ist nur schwach zu erkennen, wie die Betrachtung der Tab. 31 bis Tab. 33 zeigt. Ein hoher Wert einer „häufigen“ Selbstgefährdung in Pflegestufe III geht einher mit hohen Werten der „Sturzgefahr im Sitzen“ und „Sturzgefahr beim Gehen“. Deutlich setzt sich das Vorkommen von „normabweichendem Verhalten“ in der Ausprägung „häufig“ bei Bewohnern der Pflegestufe III im Vergleich zu den Bewohnern der anderen Pflegestufen ab. Die Desorientierung zu Ort, Zeit und Person steigt in der Regel ebenfalls mit der steigenden Pflegestufe an (Tab. 34 bis Tab. 36). Desorientiertheit der Ausprägungen „häufig“ ist bei Bewohnern der Pflegestufe 0 beim Merkmal „örtlich desorientiert“ bei 9,6 %, beim Merkmal „zeitlich desorientiert“ bei 22,6 % und beim Merkmal „zur Person desorientiert“ bei 6,4 % festzustellen.

Die Werte der sonstigen, im Fragebogen zur Orientiertheit enthaltenen Merkmale „ist vergesslich“, „hat Alltagsprobleme“, „ist verhaltensauffällig“ und „Überwachung erforderlich“ sind in Tab. 37 bis Tab. 40 dargestellt. Es zeigt sich bei allen Merkmalen ein Zusammenhang mit den Pflegestufen. Durchgängig kommen jedoch auch alle Dimensionen („nie“, „gelegentlich“, „häufig“) in allen Pflegestufen vor.

Die Auswertung des Mini-Mental-Status-Tests nach Pflegestufen zeigt, dass der Anteil von Bewohnern mit starken kognitiven Einschränkungen von 42,5 % in Pflegestufe 0 linear bis auf 94,6 % in Pflegestufe III ansteigt. Entsprechend sinkt der Anteil von Bewohnern mit geringen oder ohne kognitive Einschränkungen mit steigender Pflegestufe. Tab. 41 stellt dies anschaulich dar.



Tab. 41 Kognitiver Hilfebedarf anhand des MMSE nach Pflegestufen

## 4.2 Ergebnisse der Leistungserhebung

Die erhobenen Leistungen wurden einerseits in ihrer inhaltlichen Ausprägung analysiert, andererseits wurde quantitativ betrachtet, welche IST-Zeiten für welche Leistung und welche Bewohnergruppe erbracht wurden.

### 4.2.1 Quantitative Betrachtung der Leistungen

Die nachfolgenden Leistungsbetrachtungen beziehen sich grundsätzlich auf direkt den Bewohnern zuzuordnende Leistungen mit Vor- und Nachbereitung. Wie bereits in Kapitel 2.3.2.1 erläutert, wurde bei der Erhebung die allgemeine Organisation, beispielsweise Übergaben, Dienstplangestaltung und Fortbildung etc. – also Zeiten, die von den Mitarbeitern neben der direkten Tätigkeit für den Bewohner zu erbringen sind – nicht erhoben.

Entsprechend der üblichen Funktionsbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen wurden die Leistungen getrennt nach Grundpflege, Behandlungspflege, pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen im direkten Bewohnerumfeld und Leistungen des sozialen Betreuungsdienstes getrennt ausgewertet.

Wie Tab. 42 anschaulich verdeutlicht, zeigt die Erhebung in den Pflegeheimen des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg sehr deutliche Leistungsschwerpunkte: 50 % der direkten

Zeiten entfallen auf die Grundpflege. Hinzu kommen 31 % der gemessenen Zeiten, die durch Pflegebedürftigkeit bedingte hauswirtschaftliche Leistungen im Wohnbereich betreffen. Die Leistungen des sozialen Betreuungsdienstes betragen 6 % des gesamten Zeitbudgets an direkten Leistungen. Grob ausgedrückt könnten diese 3 Werte zu einem Wert für „Grundpflege“ zusammengefasst werden, der dann 87 % des direkten Leistungsgeschehens ausmacht, da für die Behandlungspflege im Durchschnitt aller Häuser 13 % der direkten Leistungszeiten aufgewandt wurde.

Die inhaltliche Gewichtung der Leistungen ist in *Tab. 43 bis Tab. 45* näher aufgeschlüsselt: Leistungen bezüglich Körperpflege (26 %), Ernährung (20 %) und Ausscheidung (18 %) beschreiben zwei Drittel der Leistungszeiten der Grundpflege (*Tab. 43*). Auch die restlichen grundpflegerischen Leistungen sind relativ gleichgewichtig: Auf An- und Auskleiden (14 %), Lagerungen (10 %) und Psychische Betreuung (11 %) beziehen sich die restlichen Leistungen der Grundpflege.

Die Betrachtung der Behandlungspflege zeigt eine eher ungleiche Verteilung (*Tab. 44*): Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Medikation ergeben 46 % der behandlungspflegerischen direkten Leistungen. Sehr viel geringer ist der Anteil der Wundpflege mit 16 %, gefolgt von der Speziellen Krankenbeobachtung, für die 11 % des behandlungspflegerischen Zeitbudgets aufgewandt werden. Anteile für Injektionen/Infusionen (7 %), Physikalische Pflege (5 %), Urogenitalpflege und spezielle Hilfe bei der Darmentleerung (4 %) sind dagegen relativ gering. Das Zeitbudget, das für die Information der Hausärzte, die sogenannte „Teilnahme bei Arztvisiten“ aufgewandt wird, beträgt immerhin 4 % des gesamten behandlungspflegerischen Zeitumfangs.

Die Betrachtung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen zeigt, dass der Bereich der Mahlzeitenversorgung eine wichtige Rolle spielt: 18 % entfallen auf das Verteilen der Mahlzeiten, 12 % auf die Geschirrvorsorgung. Essen eingeben (11 %) und Getränke eingeben (9 %) kommen hinzu. Insgesamt entfallen damit 50 % der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen auf die Mahlzeitenversorgung (*Tab. 45*).

#### 4.2.2 Leistungsstruktur und Pflegestufe

Die Pflegeleistungen nehmen in ihrer Summe über die aufsteigenden Pflegestufen zu. Dabei ist der Anstieg der durchschnittlichen, in Minuten gemessenen, absoluten Leistungsumfänge in der Grundpflege am deutlichsten. *Tab. 62* verdeutlicht, dass der Anstieg der Mittelwerte je Tag nahezu linear verläuft.

Bei den pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen ist ebenfalls ein Anstieg der direkt zuordenbaren Durchschnittswerte vorhanden (*Tab. 63*). Allerdings befinden sich die absoluten Durchschnittswerte von Pflegestufe 2 und 3 auf gleichem Niveau.

Der soziale Betreuungsdienst erbringt Leistungen schwerpunktmäßig bei Bewohnern niedrigerer Pflegestufen: Der absolute durchschnittliche, in Minuten ausgedrückte Leistungsumfang sinkt mit steigender Pflegestufe (*Tab. 64*).

Bei der Behandlungspflege ist absolut gesehen, also in Minuten pro Woche, der Leistungsumfang bei den Stufen 2 und 3 am größten und nahezu identisch (*Tab. 65*). Hier übersteigt das absolute Leistungsvolumen der Stufe 2 sogar das der Stufe 3.

In der Zusammenschau ergibt sich das in *Tab. 66* dargestellte Bild teils gegenläufiger Entwicklungen über die Pflegestufen hinweg. Werden sämtliche Werte je Pflegestufe addiert, ergibt sich allerdings, dass die Leistungen, die direkt den Bewohnern zugeordnet werden können, von ihrem zeitlichen Umfang her mit der Pflegestufe ansteigen, wie aus *Tab. 67* entnommen werden kann.

Setzt man die gesamten Leistungszeiten je Pflegestufe als 100 %, so verschieben sich die Strukturen innerhalb dieser Gesamt-Leistungsbudgets.

Bei den einzelnen Pflegebereichen, also Grundpflege, Behandlungspflege, pflegenahen hauswirtschaftlichen Leistungen und dem sozialen Betreuungsdienst ist nur in einer Pflegeart ein stetiger Aufwärtstrend vorhanden und zwar in der Grundpflege. Sie macht im Durchschnitt 50 % der gesamten Pflegeleistungen aus (*Tab. 42*), allerdings gibt es eine Spannweite von 31 % in Stufe 0 bis 58 % in Stufe 3 (*Tab. 58 bis Tab. 61*). Daraus erklärt sich ein stetiger Anstieg der gesamten direkten, für Pflegeleistungen erbrachten Zeiten.

Einen genau umgekehrten Verlauf nimmt die Verteilung der absoluten Werte des sozialen Betreuungsdienstes: Sie sind in der Stufe 0 mit 21 % am höchsten und nehmen über die Pflegestufen ab, bis sie in Stufe 3 mit 2 % nicht einmal mehr ein Drittel des prozentualen Leistungsumfanges der Stufe 0 erreichen. Da aber der Gesamtanteil des sozialen Betreuungsdienstes durchschnittlich nur 6 % an allen pflegerischen Leistungen ausmacht, beeinflusst dies den Anstieg der gesamten pflegerischen Leistungen nur minimal.

Den in der Gesamtbetrachtung zweitgrößten Anteil der gesamten Pflegeleistungen haben mit 31 % die pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen. Der höchste Wert liegt in Pflegestufe 0 mit einem Anteil von 34 %, Stufe 1 und 3 liegen mit 29 % gleichauf und in Pflegestufe 2 liegt der Wert dazwischen bei 32 %.

Als vierter und letzter Pflegebereich bleibt die Behandlungspflege zu erwähnen. Im Durchschnitt liegt ihr Anteil bei 13 %. Es sind kaum Schwankungen über die Pflegestufen zu erkennen.

Die Zusammensetzung der Leistungen ist in den einzelnen Pflegestufen nicht gleich. Die IST-Daten zeigen, dass der Anteil der Körperpflege und der psychischen Betreuung an der Grundpflege umso größer ist, je niedriger die Pflegestufe (Tab. 46 bis Tab.49): Während Körperpflege bei Bewohnern der Stufe 0 33 % der gesamten Grundpflege ausmacht, sinkt dieser Wert bei Bewohnern der Pflegestufe 1 auf 27 % und bei Stufe 2 und 3 auf jeweils 25 %. Deutlicher ist die Veränderung bei der psychischen Betreuung: Sie beträgt durchschnittlich 24 % der grundpflegerischen Leistungszeiten bei Bewohnern der Pflegestufe 0, in Pflegestufe 1 liegt dieser Wert bei 21 % und sinkt auf jeweils 8 % bei Bewohnern der Pflegestufen 2 und 3. Erkennbar ist daneben ein Anstieg des Anteils der Lagerungen mit der Pflegestufe: 0 % bei Bewohnern ohne Pflegestufe, 3 % bei Bewohnern der Pflegestufe 1, 11 % bei Bewohnern der Pflegestufe 2 und 15 % bei Bewohnern der Pflegestufe 3 beträgt der Anteil von Lagerungen an der Grundpflege. Bei An- und Auskleiden, Ernährung und Ausscheidung ist eher kein oder nur ein geringer Zusammenhang mit der Pflegestufe zu erkennen.

Die genauere Betrachtung der Behandlungspflege zeigt ebenfalls Verschiebungen der Strukturen über die Pflegestufen hinweg, wie Tab. 50 bis Tab. 53 veranschaulichen: Während die Medikation bei Bewohnern ohne Pflegestufe 63 % des gesamten behandlungspflegerischen Leistungsumfangs ausmacht, sinkt der Anteil kontinuierlich bis auf 39 % bei Bewohnern der Pflegestufe 3. Dagegen steigt der Anteil der Wundpflege an der Behandlungspflege von 5 % in Pflegestufe 0 über 8 % in Pflegestufe 1 und 16 % in Pflegestufe 2 auf 28 % in Pflegestufe 3 an.

Bei den pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen sind die größten inhaltlichen Unterschiede bei der Position „Essen eingeben“ zu verzeichnen, wie aus Tab. 54 bis Tab. 57 entnommen werden kann. So wie der Umfang des Essen-Eingebens mit der Pflegestufe ansteigt, sinkt der Anteil bei der Position „Mahlzeiten verteilen“ mit ansteigender Pflegestufe.

#### 4.2.3 Entwicklung des Leistungsumfangs von Zeitpunkt I zu II

Wie bereits in Kapitel 2.4. beschrieben, wurde ein Jahr nach der ersten Erhebung nur eine Einrichtung untersucht und dabei aus triftigen Gründen andere Leistungserfassungsinstrumente entwickelt. Bei 25 von den 119 Bewohnern wurden Leistungen zum Zeitpunkt I erhoben und zum Zeitpunkt II wurden bei allen 117 Bewohnern Leistungen betrachtet – allerdings in Form von Häufigkeiten. Für die Beurteilung der Entwicklung des Leistungsumfangs in dieser Einrichtung wirft diese Vorgehensweise allerdings Probleme auf, da unterschiedliche Bezugsbasen

- a) bei den Leistungskategorien und
- b) bei den Meßgrößen

verwendet wurden. Dies führt dazu, dass die Leistungsumfänge zu den beiden Erhebungszeitpunkten methodisch nicht vergleichbar sind. Hier zeigt sich die hohe Bedeutung einer einheitlichen Methodik bei Leistungserhebungen.

Werden die Messgrößen konstant gehalten, handelt es sich um den Fall, dass Leistungshäufigkeiten der Zeitpunkte I und II miteinander verglichen werden. Diese sind bei der von uns angewandten Methodik jedoch nicht vergleichbar, weil pflegerische Handlungen bei der Erhebung zum Zeitpunkt II besonders im Bereich der Grundpflege viel tiefer gegliedert wurden als zum Zeitpunkt I, und so viel höhere Häufigkeitszahlen auftreten. Praktisch hat dies zur Folge, dass sich beispielsweise das Verhältnis der Grundpflege zu Behandlungspflege zu beiden Zeitpunkten völlig verschieden darstellt. Auch lassen sich aus den Häufigkeiten nur schwer Aussagen über den zeitlichen Leistungsumfang ableiten, da keine einheitliche Zeit-Bezugsbasis hinter den Häufigkeiten steht und eine Häufigkeit in ihrem zeitlichen Leistungsumfang kaum der einer anderen Häufigkeit entspricht.

Der einzige Vorteil der Leistungshäufigkeitserfassung zum Zeitpunkt II ist die einfachere Erfassung im Vergleich zu Leistungszeiten. Außerdem stellt diese Erhebung den engsten Bezug zur derzeit gebräuchlichen Leistungsdokumentation dar. Für Zwecke der Personalbedarfsermittlung sind Häufigkeitsmessungen ohne Ergänzung durch zeitliche Angaben weniger gut als Grundlage geeignet.

Hält man die Bezugsbasis der Leistungskategorien konstant, handelt es sich um den Fall, dass Leistungs-Zeiten und Leistungs-Häufigkeiten zum jeweiligen Zeitpunkt I betrachtet werden. Bei unserer Untersuchung zum Zeitpunkt II wurden jedoch keine Zeitmessungen durchgeführt. Eine direkte Vergleichbarkeit der Erhebungen ist somit nicht möglich, weil bei Leistungshäufigkeiten mehr Handlungen von insgesamt kürzerer Dauer einen höheren Leistungsbedarf ausdrücken als eine lange Handlung. Dementsprechend kommt es zu Verschiebungen in der Rangfolge bezüglich des Leistungsumfanges, wenn man nach unterschiedlichen Gruppierungsmerkmalen die Erhebungsdaten auswerten will – wobei der höchste Rang dem größten Leistungsumfang entspricht.

Ein Vergleich von Leistungs-Häufigkeiten zum Zeitpunkt II mit den Leistungs-Zeiten zum Zeitpunkt I ist, nachdem a) und b) nicht durchführbar waren, ebenfalls nicht möglich, da sich dabei beide Bezugsbasen ändern, sich also die Probleme der mangelnden Vergleichbarkeit potenzieren.

#### 4.2.4 Plausibilitätsprüfung zur Leistungserhebung

Bevor weitere Interpretationen der erhobenen Leistungsdaten erfolgen, soll die Plausibilität der Daten mit unterschiedlichen Ansätzen untersucht werden.

Als erstes haben wir überprüft, in wieweit sich die durchschnittliche erhobene Pflegezeit (ermittelt über die Leistungsstichprobe), die ein Bewohner bekommt, in den einzelnen Heimen unterscheidet.

Heim	ØPflegezeiten pro Woche/Bewohner in min	Leistungsstichprobe Anzahl	Standard-abweichung in min.	ØPflegezeiten pro Tag/Bewohner in min
1	1058,10	20	505,00	151,16
2	1968,60	25	675,84	281,23
3	2344,57	23	1402,80	<b>334,85</b>
4	1852,67	24	544,27	264,67
5	1508,23	30	634,00	215,46
6	879,60	25	434,75	<b>125,67</b>
7	1506,33	15	481,37	215,19
8	1704,54	13	800,12	243,51
9	1336,49	19	990,41	190,93
10	1808,33	15	435,84	258,33
Ø	1594,62	209	855,88	227,80

Tab. 68 Durchschnittlich erhobene Pflegezeit pro Bewohner nach Heimen

Wie die obige Tabelle (Tab.68) zeigt, streuen die Zeitwerte zwischen den Heimen sehr. So hat Haus 6 mit 125,67 Minuten am Tag die geringste durchschnittliche Pflegezeit pro Bewohner und Haus 3 mit 334,85 Minuten, also mehr als dem Doppelten, die höchste. Wie erklärt sich das?

Im Ergebnis der Leistungserhebung ist zu sehen, dass die Summe aller Pflegearten über die ansteigenden Pflegestufen zunimmt. Die Verteilung der Pflegestufen über die Leistungsstichprobe innerhalb der Heime könnte also ihre Durchschnittspflegeminuten pro Bewohner beeinflusst haben. Allerdings wurde die Auswahl für die Leistungsstichprobe so getroffen, dass in jedem Heim alle Pflegestufen nahezu gleichwertig in der Leistungsstichprobe vertreten sein sollten. Hinzu kommt, dass das Vorkommen eines etwas niedrigeren Anteils von Bewohnern der Pflegestufe 3 im Vergleich zu anderen Häusern nicht zu niedrigeren Durchschnittswerten führt: Heim 3 beispielsweise hat den geringsten Anteil Pflegebedürftiger der Stufe 3 in seiner Stichprobe für die Leistungserhebung, aber die höchste durchschnittliche Pflegezeit pro Bewohner.

Pflegestufe/ Heim	0	1	2	3	Gesamt
1	10,0%	45,0%	30,0%	15,0%	100%
2	4,0%	16,0%	64,0%	16,0%	100%
3	13,0%	39,0%	39,0%	9,0%	100%
4	-	33,0%	42,0%	25,0%	100%
5	20,0%	30,0%	37,0%	13,0%	100%
6	20,0%	24,0%	36,0%	20,0%	100%
7	7,0%	20,0%	47,0%	26,0%	100%
8	-	31,0%	38,0%	31,0%	100%
9	21,0%	26,0%	21,0%	32,0%	100%
10	-	33,0%	33,0	33,0%	100%

Tab. 69 Pflegestufenverteilung der Leistungsstichprobe über die Heime

Die Zeitschwankungen lassen sich demzufolge nicht aus Unterschieden der Pflegestufenstruktur der Leistungsstichprobe innerhalb der Heime erklären.

Ein weiterer von uns vermuteter Erklärungsansatz sind die räumlichen Gegebenheiten. Aus diesem Grund wurden während der Erhebungsphase zurückgelegte Wegelängen des Pflegepersonals pro Schicht gemessen. Auch die Analyse der Wegstrecken gibt keine Auskunft über die Zeitschwankungen zwischen den Heimen, da jene Heime, deren Mitarbeiter viele Meter zurückgelegt haben, weder die höchsten noch die niedrigsten Pflegezeitminuten pro Bewohner verzeichnen.

Als Ergänzung zu den gelaufenen Wegelängen pro Schicht haben wir die Entfernungen von Pflegestützpunkt zu Bewohnerzimmer und von Bewohnerzimmer zu Schmutzraum erhoben in der Annahme, dass die bauliche Struktur der Häuser Aufschluß über diese Wegelängen geben könnte. Das Gegenteil ist der Fall: In den Häusern, die die größten Entfernungen zwischen den gerade erwähnten Räumen haben, legen die Mitarbeiter nicht die höchsten durchschnittlich zurückgelegten Wege pro Schicht zurück. Einschränkend ist zu diesen Interpretationen der Wegelängen jedoch zu sagen, dass sich daraus nicht der Schluß ziehen läßt, dass zurückgelegte Wege innerhalb einer Schicht nicht abhängig sind von der baulichen Struktur eines Hauses. Hier ist eine detailliertere Untersuchung erforderlich, da die Erhebung rein quantitativ erfolgte, ohne Verknüpfung mit qualitativen Daten wie beispielsweise Angaben dazu, wie oft das am weitesten entfernte Zimmer frequentiert werden musste.

Als letzter betrachteter Faktor zur Erklärung der Unterschiede in den durchschnittlichen Pflegezeitminuten wurde über externe und mitarbeiterbezogene Einflußfaktoren nachgedacht. Sie lassen sich jedoch nicht quantitativ nachweisen, sind aber bei den einzelnen Einrichtungen ziemlich identisch. So gibt es beispielsweise keine Unterschiede in den Anforderungen an die Pflege-

dokumentation, die den Pflegezeitbedarf beeinflussen. Hinzu kommt eine einheitliche Unternehmensphilosophie. Tagesschwankungen, die in jeder Einrichtung auftreten können, gleichen sich über die sieben Untersuchungstage und die Stichprobengröße aus. Auch diese Betrachtungsweise scheint uns keine schlüssige Erklärung für die großen Pflegezeitdifferenzen der Heime zu liefern.

Diese mangelnden Hinweise auf Einflüsse der realen Unterschiede führte zur Überprüfung von systematischen und methodischen Fehlermöglichkeiten.

In einem weiteren Schritt haben wir deshalb untersucht, ob die einzelnen Durchschnittspflegezeiten pro Bewohner, die für die einzelnen Häuser ermittelt wurden, überhaupt möglich sind, das heißt, ob die erhobenen Zeiten mit dem zum Zeitpunkt der Erhebung tatsächlich anwesenden Personal überhaupt leistbar waren. Diese Plausibilitätsprüfung wurde beispielhaft bei vier Häusern vorgenommen:

	Haus 1	Haus 2	Haus 7	Haus 9
ØPflegezeiten in min pro Tag/Bewohner	151,16	281,23	215,19	190,93
Bewohneranzahl des Heimes	82	118	62	78
Gesamtpflegezeiten in h pro Woche/Heim über alle Bewohner (Hochrechnung)	1446,07	3871,58	1556,54	1737,44
wöchentlich im Erhebungszeitraum zur Verfügung stehende IST-Nettoarbeitszeitstunden; gerundet	1502	1870	1020	1248

Tab. 70 Durchschnittspflegezeiten pro Bewohner nach IST-Nettoarbeitszeitstunden

Es zeigt sich, dass der durch die Hochrechnung ermittelte kalkulatorische Zeitbedarf bei drei der vier betrachteten Heime (Tab. 70) viel höher ist als durch die aktuell verfügbaren Personalressourcen abgedeckt werden konnte. Und dieses, obwohl unsere Erhebung keine Verteilzeiten (allgemeine Organisation etc.) beinhaltet. Muß damit die Gültigkeit der erhobenen Daten in Frage gestellt werden?

**These 1:** In Häusern, die ihre zur Verfügung stehenden Nettoarbeitszeitminuten stärker überschreiten als andere, wurden höhere durchschnittlichen Pflegezeitminuten gemessen. Dieses ist zutreffend und lässt auf methodische Mängel schließen.

Folgende Faktoren scheinen unser Ansicht nach für die Überschreitung der verfügbare Pflegezeiten bei der Leistungserhebung eingetreten zu sein:

**These 2:** Gleichzeitig stattfindende Pflegehandlungen, die separat erfasst werden, ergeben durch das Aufsummieren einen höheren Zeitwert, beispielsweise bei der Kategorie „psychische Betreuung“. Es ist eine methodische Unschärfe, gleichzeitig ablaufende Handlungen mit dem Instrumentarium nicht bestimmen zu können.

**These 3:** Die Methode der Selbstaufschreibung hat, wie bereits in Kapitel 1.1.3 erwähnt, verschiedene Schwachstellen. So bergen bei *geschätzten* Minutenwerten gerade die kleinen Zeiteinheiten eine große Fehlerquelle. Auch wenn sich die Mitarbeiter immer nur um ein paar Sekunden oder Minuten gefühlsmäßig verschätzen, entstehen bei Aufsummierung und Hochrechnung große Abweichungen. Dass diese eher höher liegen, ist nachvollziehbar, wenn unterstellt wird, dass die Pflegekräfte bei der Selbstaufschreibung geneigt sind zu zeigen, dass sie viel leisten und gefühlsmäßig eher ein paar Sekunden mehr als weniger aufschreiben.

**These 4:** Gerade bei der Pflegeart „sozialer Betreuungsdienst“ ist durch die bewohnerbezogene Erfassung bei Gruppenangeboten eine "Mehrzeit" entstanden, da Mitarbeiter die Leistung für mehrere Bewohner zeitgleich erbracht haben, die Zeiten sind in der Errechnung der Durchschnittszeiten je Bewohner jedoch jeweils komplett mit der gesamten Dauer des Gruppenangebots eingegangen, so als wären die Leistungen nacheinander erfolgt.

**These 5:** Von der vorgegebenen Verfahrensweise abweichend haben nach eigenen Angaben 50% der Heime die Wegzeiten teilweise mit in die erhobenen Pflegezeiten hineingerechnet, die anderen Häuser dagegen nicht. Diese Umsetzungsschwierigkeiten, die Fehler und somit Schwankungen zwischen den Häusern hervorrufen, sollten beispielsweise durch noch eingehendere Schulungen im Vorfeld vermieden werden.

**These 6:** Unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Auswahl der Stichprobe führen zu Verzerrungen.

Für die bereits dargestellte Auswahl der Bewohner, bei denen Leistungszeiten gemessen wurden, gab es in den Häusern drei unterschiedliche Vorgehensweisen:

- Aus jeder Pflegestufe wurde die gleiche Anzahl von Bewohnern ausgewählt, so wie es im Design vorgesehen war. Dies wurde von genau einem Heim umgesetzt, das zu dem Zeitpunkt aber keine Personen in Pflegestufe 0 hatte.
- Die Verteilung der Pflegestufen in der Stichprobe der Leistungserhebung tendierte in die Richtung der Pflegestufenverteilung der Grundgesamtheit des Heimes - eine Variante, die bei 2/3 der Heime beobachtet werden kann.
- Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach anderen Gesichtspunkten wie beispielsweise Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bewohnergruppe, so dass die Leistungserfassung gut in den Schichtablauf zu integrieren war beziehungsweise nach Personen, die man gerne höherstufen lassen wollte oder aber auch zufällig.

Die häufig aufgetretenen Varianten b) und c) stellen damit keine Fehler der Methodik, sondern eine Unschärfe bei der Umsetzung dar.

So ergibt sich statt einer angestrebten Gleichverteilung in der Leistungsstichprobe folgende Pflegestufenstruktur: 37,8 % in Stufe 3, 20,4 % in Stufe 2, 24,5 % in Stufe 0.

Unabhängig davon, nach welchem der drei Muster die Pflegestufenzusammensetzung der Leistungsstichprobe erfolgte, haben

- etwa die Hälfte der Pflegedienstleitungen angegeben, bei der Bewohnerauswahl eher diejenigen gewählt zu haben, die nach ihren Einschätzungen eher am oberen Hilfebedarfs- und Leistungslimit ihrer Pflegestufe lagen – auch wenn dies nicht unbedingt der Vorgabe, „durchschnittliche“ Bewohner der Pflegestufe auszuwählen, entsprach. Diese Verzerrungen sind also wieder den Umsetzungsproblemen zuzuordnen.
- die andere Hälfte der Pflegedienstleitungen sich dagegen nach eigenen Angaben eher am typischen vermuteten Hilfe- und Leistungsbedarf der jeweiligen Pflegestufe, also am mittleren Hilfe- und Leistungsbedarf – wie im Design vorgegeben – orientiert.

Berechnungen, in denen die gemessenen Durchschnittswerte je Bewohner auf die gesamte Heimbewohnerschaft hochgerechnet werden, können deshalb mit dem Pflegedurchschnittswert pro Bewohner – also auch auf die in die Zeiterhebung nicht einbezogenen Bewohner – nicht einfach durchgeführt werden. Letztere würden vermutlich in mindestens der Hälfte der Häuser bei einer Zeiterhebung aller Bewohnern eines Hauses unter dem Mittelwert unserer Zeitstichprobe liegen.

**These 7:** Es wurde mehr Arbeitszeit geleistet als an Nettoarbeitszeit ermittelt wurde: Die tatsächliche Diskrepanz zwischen der hochgerechneten Gesamtpflegezeit pro Heim und der zur Verfügung stehenden Nettoarbeitszeit je Heim war deshalb geringer als ausgewiesen.

Die Plausibilitätsprüfung wurde mehr als ein Jahr nach der Erhebung durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen waren deshalb auf die Dokumentenanalyse (Dienstplan, Aufzeichnungen der Arbeitszeit) angewiesen. Methodisch wäre wichtig gewesen, parallel bereits während des Erhebungszeitraums die tatsächlich geleistete Arbeitszeit zu dokumentieren. Dadurch sollten Mitarbeiter, die aufgrund eigenen hohen Engagements die Gepflogenheit haben, nach Schichtende "länger bleiben", ohne dies zu dokumentieren, zum Nachweis der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit angehalten werden. Ferner sollte das praktizierte Arbeitszeitmodell dokumentiert werden. Unterschiede durch Krankheitsausfälle können sich je nach Arbeitszeitmodell und Teilzeitquote der Mitarbeiter unterschiedlich auswirken.

Im erhobenen Datenmaterial muss von quantitativen Defiziten (weil nicht alle Leistungen erfasst wurden - vgl. psychische Betreuung/Kommunikation) und qualitativen Defiziten (beispielsweise noch ungenügende Schulung, wann eine Pflegehandlung beginnt, wann sie endet) ausgegangen werden. Vermutlich sind die errechneten Mittelwerte je Bewohner-Typ eher als Minimalwerte zu sehen. Solche Aussagen müssten aber einer Detailprüfung unterzogen werden.

Wenn in zukünftigen Erhebungen verschiedene Häuser miteinander verglichen werden sollen, müssen zunächst Leistungsstandards und damit gewisse SOLL-Vorstellungen für einzelne Pflegeverrichtungen erarbeitet werden. Auf dieser Basis können SOLL-Leistungen ausgeführt und

SOLL-Zeiten quantifiziert werden und damit die Differenz zwischen den hier verfügbaren Daten und den für eine qualitativ gute Pflege notwendigen Leistungen dargestellt werden.

Fraglich erscheint letztlich, ob die Leistungsdaten einer Stichprobe von nur 25 % der Bewohner eines Hauses überhaupt hochgerechnet werden dürfen, um einen Vergleichswert für die IST-Nettoarbeitsstunden zu ermitteln. Dies unterstellt, dass die ausgewählten Bewohner repräsentativ für den Rest der Bewohner stehen. In Anbetracht der unterschiedlichen tatsächlichen Vorgehensweisen bei der Auswahl ist dies keine zwingende Annahme.

Die obigen Ausführungen zeigen, dass insgesamt eine Vielfalt von Faktoren die Ergebnisse von Leistungserhebungen beeinflussen kann. Eine sorgfältige Vorbereitung im Vorfeld ist deshalb ebenso wichtig wie ein kritischer Umgang mit Vergleichsdaten anderer Erhebungen, denn es ist davon auszugehen, dass viele der beschriebenen Umstände der Erhebung kein trägerspezifisches Phänomen darstellen.

#### 4.3 Weitere Effekte der Studie

Im Verlauf der Erhebung konnte man resümieren, dass die Mitarbeiter mit hoher Motivation teilgenommen haben. Bei der Durchführung der Erhebung zeigte sich für die Mitarbeiter die praktische Bedeutung und Anwendbarkeit der Fragebögen zum geriatrischen Assessment, die die Einschränkungen in den geistigen, körperlichen und sozialen Funktionen erfassen. Die Einschätzung des Hilfebedarfs konnte durch diese systematische Überprüfung bei einzelnen Bewohnern korrigiert werden und von Mitarbeitern wurde angeregt, die Fragebögen regelmäßig zur Qualitätssicherung und Pflegeplanung anzuwenden.

Derzeit kann festgestellt werden, dass dies in den Einrichtungen auch bereits ansatzweise getan wird. So sind die Fragebögen in einem Projekt zur gerontopsychiatrischen Versorgung in einem Heim, bei dem es um die Einrichtung einer Nachmittagsbetreuung für Verwirrte ging, bei der Auswahl der Bewohner zum Einsatz gekommen.

Die Anwendung der Assessment-Instrumente kann damit als Bestandteil der Qualitätssicherung in den Pflegealltag eingebaut werden.

#### 4.4 Übertragbarkeit der Studie auf andere Einrichtungsträger

Inwieweit aus den Ergebnissen der Datenerhebungen zum Hilfebedarf Ableitungen für andere Einrichtungen vertretbar sind, zeigt der Vergleich der Pflegeeinstufung der in die BASIS-Studie einbezogenen Bewohner mit Werten des Landes Baden-Württemberg (Tab. 71): Es wird deutlich, dass die Pflegestufenstruktur der Bewohner, die in der BASIS-Studie berücksichtigt wurden, in etwa dem Landesdurchschnitt entspricht. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Bewohnerstruktur zumindest baden-württembergische Verhältnisse widerspiegelt. Vom Grundsatz her weisen die Einrichtungen des Wohlfahrtswerks, in denen die Erhebungen durchgeführt wurden, auch keine Besonderheiten auf, die eine mangelnde Übertragbarkeit der Erfahrungen mit sich bringen würden.

Im Rahmen der BASIS-Studie wurden etablierte und anerkannte Instrumente und Methoden angewandt. Davon abgesehen sind bei der Durchführung der BASIS-Studie - wie an anderer Stelle bereits erwähnt - einige Umsetzungsmängel aufgetreten. Diese praktischen Erfahrungen in der Anwendung der Instrumente führen zur Empfehlung, folgendes zu beachten:

- bereits bei der Planung auf die Auswertbarkeit der Daten zu achten und möglichst konkrete Anwendungshinweise zu geben
- im Vorfeld Schulungen zur Anwendung der Assessment-Instrumente durchzuführen
- kurz nach Beginn der Durchführung der ersten Assessments die Erhebungspersonen zu einem gemeinsamen Abstimmungstermin wegen eventueller Anwendungsschwierigkeiten zusammenzurufen
- einen ständigen Ansprechpartner zu benennen, der zentral für die identische Anwendung der Instrumente zuständig ist
- bei Leistungserhebungen einen Pretest vorzuschalten, der wertvolle Informationen bietet, welche Anweisungen zur Anwendung möglicherweise noch berücksichtigt werden müssen
- ausreichend Zeit für die Erhebungen zu gewähren
- den Aufwand für die Eingabe der Daten in die EDV nicht zu unterschätzen.

Beim Vergleich der Ergebnisse mit den Daten anderer Erhebungen sollte vor allem bei Leistungserhebungen darauf geachtet werden, ob beispielsweise Vor- und Nachbereitung von Tätigkeiten in einer Leistungserhebung berücksichtigt wurden. Die vorliegende Erhebung hat lediglich direkt am Bewohner erbrachte Leistungen berücksichtigt. Organisatorische Tätigkeiten ohne direkten Bewohnerbezug (beispielsweise Zeitaufwand für Dienstplangestaltung, Übergabegespräche) wurden nicht erfasst. Im Vorfeld von Erhebungen sollte auch stets überlegt werden, inwieweit solche Daten von Interesse sind.

#### 5. Zusammenfassung und Ausblick

Die BASIS-Studie 1997 hat gezeigt, dass eine Beschreibung der Bewohnerstruktur von Pflegeheimen möglich ist, die sich auf vorhandene und erprobte Instrumente stützt. Es wurde ein Weg vorgestellt, der auch ohne die Darstellung von Altersdurchschnitt und Pflegestufenstruktur nachvollziehbar beschreibt, wo schwerpunktmäßig Unterstützungsbedarf der Bewohner vorhanden ist.

Hinsichtlich der Leistungsbemessung zeigt die BASIS-Studie, dass die Beschreibung eines IST-Zustands durch Leistungserhebungen in der Pflege methodisch ein äußerst komplexes und anspruchsvolles Gebiet ist. Die selbstkritische Diskussion der Plausibilität der Ergebnisse der Leistungserhebung (vgl. Kapitel 4.2.4) zeigt, wie vielfältig die Methodik ist. Das Wohlfahrtswerk hat nach der Durchführung der BASIS-Studie bis dato an drei weiteren Projekten mitgewirkt, bei denen Leistungen erhoben wurden. In jedem Projekt wurden weitere Erhebungsaspekte, die zu berücksichtigen sind, deutlich. Methodisch gesehen heißt das, dass bei Erhebungen der IST-Leistung in der Pflege weiterer methodischer Entwicklungsbedarf besteht. Eine Perfektionierung der Methodik ist jedoch immer mit erheblichen Kosten der Datenerhebung verbunden. Man muss deshalb im Vorfeld genau abschätzen, wo der Schwerpunkt der Fragestellung liegt. Für uns im Wohlfahrtswerk stand bei der BASIS-Studie zum Beispiel im Vordergrund, einen neuen Ansatz bei der Betrachtung von Leistungen im Pflegeheim darzustellen: statt lediglich Zeiten zu messen, ohne Aussagen zum Zustand der Bewohner treffen zu können, sollte der umgekehrte Weg gegangen werden.

##### 5.1 Die Relevanz der BASIS-Studie für Konzeption, Personalentwicklung und Organisation im Heim

Die Durchführung der BASIS-Studie hat gezeigt, dass es möglich ist, Assessments im Pflegeheim in einer Form durchzuführen, die seither eher in der geriatrischen Rehabilitation bekannt war. Betrachtet man rückblickend, was die größten Belastungen beim Pflegepersonal im Zusammenhang mit der Studie ausgelöst hat, so war es weniger das Assessment, sondern vielmehr die Leistungserhebung.

Es wurde offensichtlich, dass es machbar ist, Assessments im Pflegeheim durchzuführen - selbst ohne einen langen Vorlauf durch intensive Schulung. Beispielsweise zeigt die Untersuchung der Korrelation zwischen MMSE-Score und Alter, dass eine Altersabhängigkeit besteht. Dieses inzwischen allgemein anerkannte Wissen, dass Demenz (deren Existenz mit dem MMSE überprüft werden soll) altersabhängig ist, spricht also beispielsweise für eine korrekte Anwendung des MMSE.

Trotzdem ist eine intensive Fortbildung im Zusammenhang mit der Anwendung von Assessment-Instrumenten sinnvoll. Wenn das Assessment zudem von langer Hand geplant und ohne Zeitdruck

stattfinden kann, ist auch vorstellbar, dass solche Instrumente irgendwann einmal zum Alltag im Rahmen der Anamnese im Pflegeheim gehören werden.

Inwieweit die Anwendung von Assessment-Instrumenten im Alltag eines Pflegeheims wünschenswert ist, welche Konsequenzen sich für den Betrieb ergeben würden, ist jedoch die Frage.

Zunächst ergibt sich eine neue Sichtweise der Messbarkeit der Voraussetzungen der Arbeit im Pflegeheim. Durch Assessment-Daten wird greifbarer, besser anschaulich und einheitlich - also ohne subjektive Maßstäbe - dargestellt, wie anspruchsvoll das Klientel ist. Es erhöht sich somit die Transparenz der Arbeit - nicht nur für Pflegemitarbeiter, sondern auch für Angehörige und Mitarbeiter anderer Berufsgruppen. Gestärkt wird auch die Kompetenz der Mitarbeiter in der Beschreibung des Zustands der Pflegebedürftigen, eine weitere Möglichkeit zur Verständigung über den Zustand der Bewohner wird geschaffen.

Die Messbarkeit der Ausgangsvoraussetzungen führt zu einer neuen Vergleichbarkeit von Heimen untereinander. Eine vergleichende Betrachtung der Bewohnerstruktur einzelner Häuser ohne Rückgriff auf die Pflegestufenstruktur wäre problemlos möglich.

Wenn Daten messbar werden und vergleichbar werden, wird auch eine Erfolgsmessung möglich: Ob im Laufe eines Pflegeheim-Aufenthalts kleine Fortschritte im Alltag erzielt werden, kann durch Wiederholungsuntersuchungen überprüft werden. Für Mitarbeiter kann dies motivierende Momente mit sich bringen: Kleine Fortschritte bedeuten zwar nicht unbedingt weniger Arbeit, aber mehr Lebensqualität für die Betroffenen und können als Leistung einer Einrichtung gesehen werden. Durch Zeitaufnahmen wäre dagegen eine solche Erfolgsmessung nicht möglich, weil Zeiten nichts zum Zustand eines Bewohners und zu den Zustandsveränderungen aussagen.

Weniger interne und vielmehr externe Wirkung hat die Anwendung von wissenschaftlichen Testmethoden für das Ansehen der Pflege bei den anderen Disziplinen: Die Art der Darstellung der Arbeit kommt der Denkrichtung der Krankenhäuser und Ärzte näher. Neben einem berufspolitischen Beitrag trägt diese Darstellungsform der Arbeitsvoraussetzungen (nämlich die Durchführung von Assessments) zur Transparenz in der Fachwelt bei: Die Durchführung eines Assessments mit gleichen Instrumenten wie in der Rehabilitation führt zur konzeptionellen Überlegung, dass aus dem Krankenhaus oder aus der Rehabilitation kommende Bewohner bereits mit der entsprechenden Information anhand von Assessmentdaten übergeleitet werden. Inwieweit dies im Krankenhausbereich auf Gegenliebe stoßen wird, solange dort solche Betrachtungen nicht zum Standard gehören, sei dahingestellt. Wäre jedoch - was später diskutiert wird - eventuell ein Entgelt aus solch einer Erhebung des Hilfebedarfs abzuleiten, dann erhielte diese Überleitung eine zentrale Bedeutung.

Andererseits würden solche einheitlichen Daten im Rahmen der Überleitung überflüssig, wenn die - im Idealfall dem Pflegeheimaufenthalt vorgeschaltete - Begutachtung durch den MDK bereits Assessmentdaten liefert.

Obwohl die Studie ausdrücklich nicht auf Qualitätssicherung ausgerichtet war, hat die Anwendung der Assessment-Instrumente bei den Mitarbeitern im Wohlfahrtswerk solche Effekte bewirkt: In manchem Fall entsprachen die Ergebnisse des Assessments nicht den Erwartungen, was eine Korrektur der Pflegediagnose und Pflegeplanung zur Folge hatte.

Die Assessment-Ergebnisse führen zur wichtigen Erkenntnis: Der Anteil dementiell Erkrankter im Pflegeheim ist tatsächlich hoch und kann nun qualifiziert beziffert werden.

Dass die Pflegeheime sich konzeptionell auf den Umgang mit dementiell Erkrankten einstellen müssen, wird sehr fundiert untermauert.

Interessant an der Betrachtung der Sozialdiensterhebung ist die Erkenntnis, dass sich die Interventionen recht ausgewogen auf viele verschiedenen Bewohnergruppen mit unterschiedlichen Assessment-Daten verteilen: Beispielsweise werden sowohl Sturzgefährdete als auch Weglaufgefährdete in Gruppenaktivitäten einbezogen. Weniger erreicht werden die Bettlägerigen oder jene, die sturzgefährdet auf dem Stuhl sitzen.

Solche Daten geben wertvolle Hinweise, für welche Gruppen konzeptionell Angebote zu überdenken sind.

Ableiten lässt sich beispielsweise aus der Auswahl der Bewohner, die „sturz-„ oder „weglaufgefährdet“ sind, dass die Betreuung durch den Sozialdienst eine Entlastungsfunktion für den Pflegealltag darstellt.

Die Tatsache, dass so unterschiedliche Assessmentdaten bei den von der Tätigkeit des Sozialdienstes erreichten Bewohner vorliegen, führt zu weiteren Überlegungen, näher zu untersuchen, nach welchen Kriterien die Auswahl erfolgt - oder erfolgen sollte. Durch das Vorliegen standardisierter Zustandsbeschreibungen ließen sich hausintern Vereinbarungen treffen: Welche Bewohner sollen mit welchem Gruppenangebot erreicht werden? Gruppenangebote könnten damit viel bewusster für einzelne Hilfebedarfsgruppen definiert und angeboten werden. Hierzu wäre allerdings erforderlich, dass ein Assessment nichts Einmaliges ist, sondern regelmäßig durchgeführt wird.

## 5.2 Die Relevanz der BASIS-Studie für die Entgeltgestaltung

Nach diesen Betrachtungen zur konzeptionellen Relevanz der BASIS-Studie soll beim Ausgangspunkt der Überlegungen, der Anlass für die Untersuchung war, angeknüpft werden: Die Frage ist, inwieweit solche Daten für die Entgeltgestaltung verwendbar sein können.

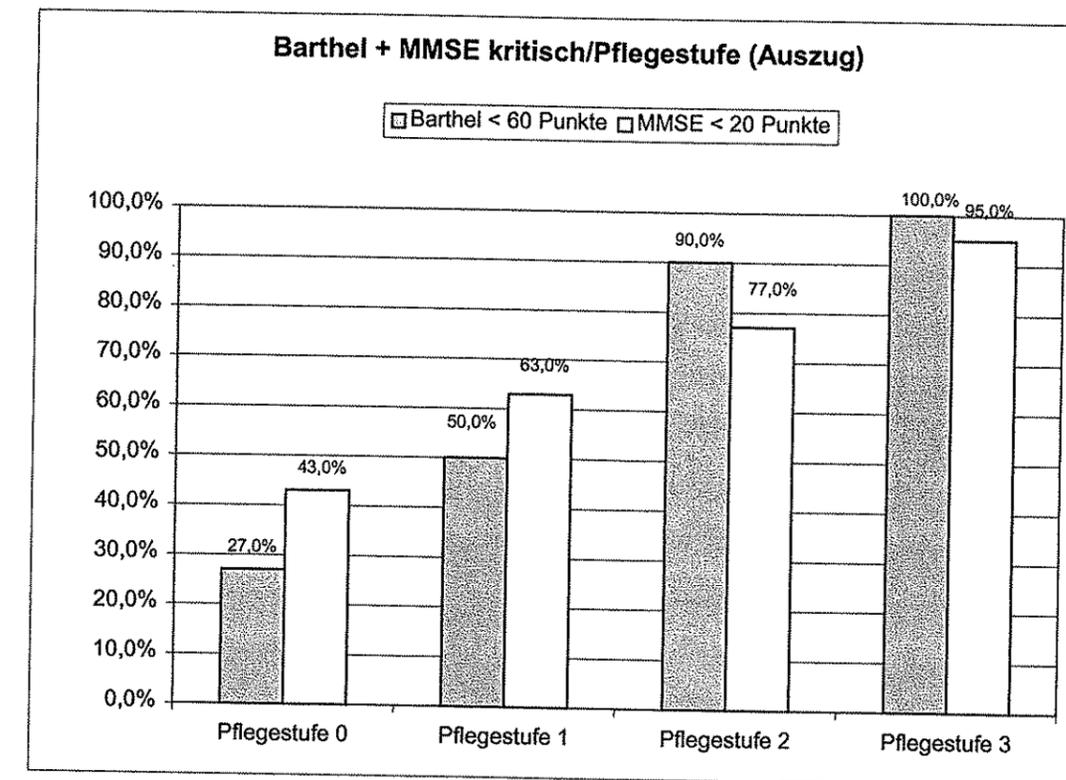
Aus den Ergebnissen ergibt sich zusammenfassend:

Bei zunehmendem Hilfebedarf, gemessen mit dem Barthel-Index, der Esslinger Transfer-Skala, dem MMSE und der bewohnerbezogenen Leistungserfassung des Sozialdienstes ergibt sich keine einheitliche Begründung für die Pflegestufe. Damit ist sie kein ausreichendes Kriterium für die Ableitung einer Pflegeklasse. De facto ist die Pflegestufe jedoch derzeit das zentrale Unterscheidungskriterium für die Ableitung der Pflegeklasse.

Aber die Gesetzgebung (SGB XI) hat ja auch bewußt die Abweichung von der Pflegestufe bei der Entgeltgestaltung ermöglicht, indem Pflegeklassen angedacht sind.

Die Auswertungen zur Beaufsichtigungsintensität verdeutlichen beispielsweise, warum bei vielen Praktikern die Unzufriedenheit mit der Ableitung von Pflegeklassen aus den Pflegestufen so groß ist:

Beim Item "muß dauernd überwacht werden" ist der Anteil Bewohner mit der größten Überwachungsintensität in Pflegestufe II am größten. Es handelt sich allerdings nur um eines von mehreren Items beim Fragebogen zur Beaufsichtigungsintensität. Die Gesamtschau der erfassten Items zeigt Linearität: Je höher die Pflegestufe, desto höher der Anteil an Bewohnern mit maximaler Beaufsichtigungsintensität. Ähnliches zeigt sich bei der Betrachtung der Orientiertheit sowie der Auswertung der Korrelation Barthel/MMSE – Pflegestufe (Tab. 72).



Tab. 72 Barthel und MMSE kritisch/Pflegestufe (Auszug)

Im Grunde stellen die in einer Pflegestufe zusammengefassten Bewohner eine, vom Umfang des Hilfebedarfs betrachtet, gemischte Gruppe dar. Für solche gemischten Gruppen ist eigentlich eine Mischkalkulation des Entgelts erforderlich - so wie es in Baden-Württemberg vor Einführung der Pflegeversicherung erforderlich war, als es lediglich einen einzigen Pauschalpflegesatz je Pflegeheim gab.

Aus den Daten zum Hilfebedarf und zu den Zeitmessungen erklärt sich auch ein Phänomen, von dem Träger berichten, die Zeitmessungen bewohnerbezogen durchgeführt haben und pflegestufenabhängig ausgewertet haben: Die Streubreite der Leistungszeiten je Bewohner ist extrem hoch. Es gibt Bewohner der Stufe 0 mit Zeitwerten, die dem Durchschnitt der Zeitwerte in Stufe 3 entsprechen. Betrachtet man ausschließlich die Zeiterhebungen, korreliert mit Pflegestufen, so ist nicht erkennbar, warum die Streubreite so groß ist.

Die Ableitung von Entgelten kann ebensogut - wenn nicht qualifizierter - aus dem Hilfebedarf geschehen - anstatt aus der Pflegeeinstufung<sup>12</sup>. Ausgangspunkt der Überlegung ist, dass Leistungen auf Hilfebedarfe zugeschnitten sein sollten und die Schwierigkeit darin besteht, zu definieren, welche Leistungen - zumindest für kalkulatorische Zwecke - zugrunde zu legen sind. Für Gruppen

<sup>12</sup> Diese Annahme gilt selbstverständlich nur unter der Prämisse, dass die heute gültigen Einstufungsrichtlinien konstant bleiben.

von Personen, die einen gleichen oder ähnlichen Hilfebedarf aufweisen, wird ein Leistungsspektrum eher zu definieren sein als für Gruppen, die sehr unterschiedliche Hilfebedarfe in sich vereinen.

Die in der BASIS-Studie gewonnenen Assessment-Daten bieten ein gutes Potential für die Untersuchung der Frage, ob es möglich ist, Gruppen von Pflegeheimbewohnern mit gleichem Hilfebedarf identifizieren zu können.

Dieser Frage wurde in einer weitergehenden Untersuchung nachgegangen, die umfangreiche statistische Auswertungen der Assessmentergebnisse beinhaltet<sup>13</sup>. Es konnte gelingen, aus den Assessmentdaten 7 Gruppen gleichen Hilfebedarfs zu bilden. Diese 7 Bewohnertypen unterscheiden sich durch unterschiedlich kombinierte Schwerpunkte der Hilfebedarfe: So gibt es beispielsweise die Gruppe derer, die eine geringe Beaufsichtigungsnotwendigkeit aufweisen, aber über niedrige Barthel-Werte verfügen und ebenso die Gruppe derer, bei denen es sich genau konträr verhält. Die Assessment-Daten ermöglichen hier eine genaue Einstufung in eine der 7 Hilfebedarfsgruppen, da die Gruppen gleichen Hilfebedarfs sich durch die Assessment-Ergebnisse definieren.

Bewohner derart in Gruppen gleichen Hilfebedarfs einzuteilen ermöglicht, für kalkulatorische Zwecke ein qualitatives Leistungsstandardpaket je Hilfebedarfsgruppe zu formulieren. Für die zu erbringenden Leistungen können Standard-Zeitwerte, abgeleitet aus Erfahrungswerten oder Soll-Vorgaben<sup>14</sup> ermittelt werden, die zu einem Personalbedarf führen. Für diesen Personalbedarf können die Kosten ermittelt werden: Ergänzt um die Zuschläge für die Pflegeorganisation und Verwaltung sowie die Berücksichtigung von Sachkosten ergeben sich pflegerische Entgelte. Somit werden die Pflegesituationen zur Hauptdeterminante für den Personalbedarf. Nicht Personalschlüssel, sondern Hilfebedarf und diesem zugeordnete Leistungen führen bei diesem Kalkulationsansatz zur Personalbemessung und zum Entgelt.

Die Herleitung eines Entgeltsystems nicht aus der IST-Leistung, sondern aus dem IST-Zustand eines Bewohners entspricht zudem der Praxis im Krankenhaus: Dort entscheidet die Tatsache, ob der Patient einen Apoplex hatte, ob es sich um einen onkologischen Fall handelt, ob eine Blinddarmentzündung oder eine Entbindung Ursache für den Krankenhaus-Aufenthalt sind, darüber, welche Höhe des Entgelts sich ergibt.

Der Hilfebedarf ist auch deshalb ein entscheidender Parameter, weil unabhängig davon, in welches Pflegeheim eine Person einzieht, sie immer die gleichen Ausgangsvoraussetzungen mitbringt - also ist der Bezug für die Leistung für jedes Haus derselbe. Allerdings bieten Heime je nach ihrem Leistungsniveau mehr oder weniger. Dieses kann in den Leistungsbeschreibungen ebenso wie in zu entwickelnden ergänzenden Qualitätskennziffern zum Ausdruck kommen.

<sup>13</sup> Die ausführliche Beschreibung der Hilfebedarfsgruppen und ihre wissenschaftliche Herleitung findet sich in: Hastedt, I.: „Fallpauschalen als Entgeltsystematik für stationäre Altenpflegeeinrichtungen? Methodische Ansätze und empirische Befunde“ (Arbeitstitel), Veröffentlichung in Vorbereitung.

<sup>14</sup> Verschiedene Instrumente beinhalten Sollzeiten für Kalkulationszwecke, beispielsweise PERSYS und PLAISIR.

## 6. Anhang

### 6.1 Abbildungsverzeichnis

Abb.-Nr.	Abbildungstitel	Seite
Abb. 1	Leistungskatalog Grund- und Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	22
Abb. 2	Leistungskatalog Grund- und Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	23
Abb. 3	Erhebungsbogen Leistung Pflege Teil 1	24
Abb. 4	Erhebungsbogen Leistung Pflege Teil 2	25
Abb. 5	Auswertungsbogen Leistung Pflege Teil 1	26
Abb. 6	Auswertungsbogen Leistung Pflege Teil 2	27
Abb. 7	Erhebungsbogen Leistung Pflege Teil 1 – ausgefülltes Muster –	28
Abb. 8	Erhebungsbogen Leistung Pflege Teil 2 – ausgefülltes Muster –	29
Abb. 9	Erhebungsbogen Bewohnerbezogene Leistungserfassung SBD	32
Abb. 10	Anlage zum Erhebungsbogen Bewohnerbezogene Leistungserfassung SBD	33
Abb. 11	Erhebungsbogen Bewohnerbezogene Leistungserfassung SBD – ausgefülltes Muster	34
Abb. 12	Anzahl und Qualifikation Mitarbeiter nach Erhebungsinstrumenten	42
Abb. 13	Erhebungsbogen Geriatrisches Assessment – ausgefülltes Muster -	72

## Erhebungsbogen

### Geriatrisches Assessment

für:

Schneider, Regina

Name BewohnerIn

72

App./Zimmer-Nr.

2

Pflegestufe

82 Jahre

Alter

Test	Test-Datum	Ergebnis
Barthel-Index	24.10.97	...85... Gesamtpunktzahl
Lokomotion: Transfer	24.10.97	<input checked="" type="checkbox"/> H0 <input type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> H2 <input type="checkbox"/> H3 <input type="checkbox"/> H4 <input type="checkbox"/> H5
Gehen	24.10.97	<input checked="" type="checkbox"/> H0 <input type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> H2 <input type="checkbox"/> H3 <input type="checkbox"/> H4 <input type="checkbox"/> H5
Treppensteigen	24.10.97	<input type="checkbox"/> H0 <input checked="" type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> H2 <input type="checkbox"/> H3 <input type="checkbox"/> H4 <input type="checkbox"/> H5
Benutztes Hilfsmittel zur Lokomotion	24.10.97	...Gehwagen...
Mini-Mental-State	24.10.97	...13... Gesamtpunktzahl
Grad der Orientiertheit	24.10.97	...45... Gesamtpunktzahl
Grad der Beaufsichtigungsintensität	24.10.97	...15... Gesamtpunktzahl

Abb. 13 Erhebungsbogen Geriatrisches Assessment – ausgefülltes Muster

### Barthel-Index

<b>Essen</b>	Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10 <input checked="" type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5 <input type="checkbox"/>
	Völlig hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
<b>Baden</b> Braucht Hilfe	Badet oder duscht ohne jede Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
		0 <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Waschen</b>	Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert, schminkt sich	5 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe	0 <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig incl. Schuhe anziehen	10 <input type="checkbox"/>
	Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Völlig hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
<b>Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	10 <input checked="" type="checkbox"/>
	Teilweise inkontinent (maximal 1x/Woche)	5 <input type="checkbox"/>
	Inkontinent (häufiger als 1x/Woche)	0 <input type="checkbox"/>
<b>Urinkontrolle</b>	Kontinent	10 <input checked="" type="checkbox"/>
	Teilweise inkontinent (maximal 1x/24 Std.)	5 <input type="checkbox"/>
	Inkontinent (häufiger als 1x/24 Std.)	0 <input type="checkbox"/>
<b>Toilettengang</b>	Unabhängig incl. Analreinigung	10 <input checked="" type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z.B. bei Kleidung, Reinigung	5 <input type="checkbox"/>
	Kann Toilette/Nachtstuhl nicht benutzen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Bett-Stuhl-Transfer</b>	Völlig unabhängig hin und zurück	15 <input checked="" type="checkbox"/>
	Minimale Assistenz oder Supervision	10 <input type="checkbox"/>
	Aufsetzen im Bett möglich, für Transfer Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
	Bettlägerig (sich aufsetzen nicht allein möglich)	0 <input type="checkbox"/>
<b>Gehen auf Ebene</b> oder: <b>Rollstuhlfahren</b>	50 m unabhängiges Gehen (evtl. mit Gehhilfe)	15 <input checked="" type="checkbox"/>
	50 m Gehen mit personeller Hilfe	10 <input type="checkbox"/>
<b>Rollstuhlfahren</b>	Für RS-Fahrer (wenn nicht 10 oder 15 codiert)	
	50 m Rollstuhlfahren incl. Ecken und Türen	5 <input type="checkbox"/>
	Kann sich nicht 50 m fortbewegen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig (kann ggf. Gehhilfe tragen)	10 <input checked="" type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe oder Supervision	5 <input type="checkbox"/>
	Kann nicht Treppen steigen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Summenscore:</b>		...85...

## Lokomotion

### Lokomotionsstufen nach Esslinger Transfer-Skalierung

Keine personelle Hilfe erforderlich	H0
spontane Laienhilfe ausreichend	H1
Geschulte Laienhilfe erforderlich	H2
Hilfe professionellen Standards erforderlich	H3
Mehr als 1 Helfer professionellen Standards nötig	H4
Nicht möglich	H5

### Lokomotionsstufen

- Transfer Standardsituation Rollstuhl/Stuhl oder Stuhl/Stuhl  
(Esslinger Skalierung H0 - H4 s.o.)  H0  H1  H2  H3  H4  H5
- Gehen  
(Esslinger Skalierung H0 - H4 s.o.)  H0  H1  H2  H3  H4  H5
- Treppe steigen  
(Esslinger Skalierung H0 - H4 s.o.)  H0  H1  H2  H3  H4  H5

### Hilfsmittel

bei Lokomotion	1	Keine	<input type="checkbox"/>
	2	Fritzstock/Gehstock	<input type="checkbox"/>
	3	1 UA-Gehstütze/Vierpunktstock	<input type="checkbox"/>
	4	2 UA-Gehstützen	<input type="checkbox"/>
	5	Rollator/Deltarad/Gehwagen	<input checked="" type="checkbox"/>
	6	Gehbock	<input type="checkbox"/>
	7	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>

24.10.97 XXX  
Datum/Unterschrift

## Mini-Mental-Status (Folstein et al.)

Name: Schneider, Regina Datum: 24.10.97

### Falsch Richtig

(je 1 Punkt)

- |                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 1. Was für ein Datum ist heute?           |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Welche Jahreszeit?                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 3. Welches Jahr haben wir?                |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 4. Welcher Wochentag ist heute?           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 5. Welcher Monat?                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 6. Wo sind wir jetzt? welches Bundesland? |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 7. welcher Landkreis / welche Stadt?      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 8. welche Stadt / welcher Stadtteil?      |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. welches Krankenhaus?                   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. welche Station / welches Stockwerk?   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 11. Bitte merken Sie sich: Apfel          |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Pfennig                               |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 13. Tisch                                 |

Anzahl der Versuche: \_\_\_\_\_

Ziehen Sie von 100 jeweils 7 ab oder buchstabieren Sie "STUHL" rückwärts

- |                                     |                          |        |   |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. 93 | L |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. 86 | H |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. 79 | U |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. 72 | T |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. 65 | S |

Was waren die Dinge, die Sie sich vorher gemerkt haben?

- |                                     |                          |             |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Apfel   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Pfennig |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Tisch   |

Was ist das?

- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 22. Uhr                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 23. Bleistift / Kugelschreiber              |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 24. Sprechen Sie nach: "Ohne wenn und aber" |

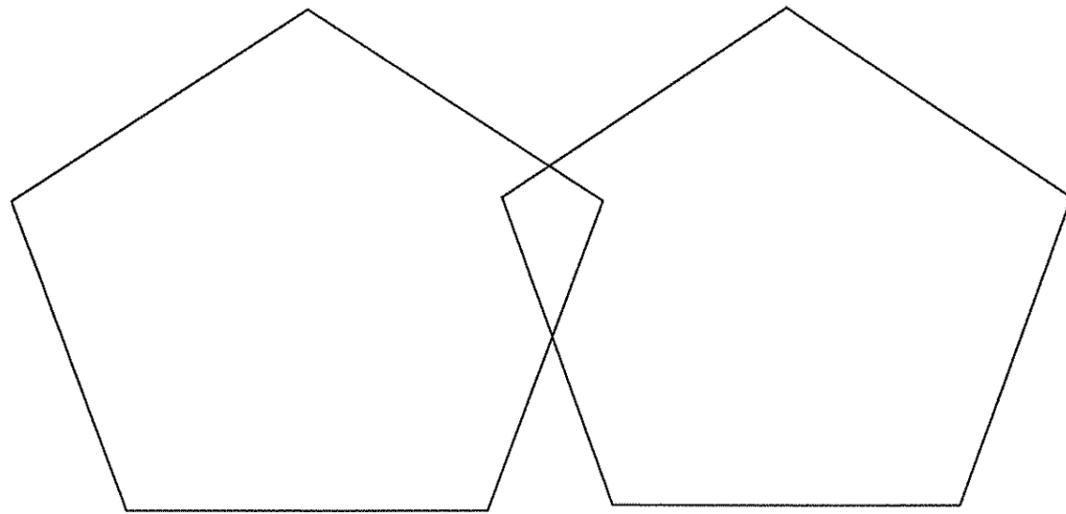
Machen Sie bitte folgendes:

- |                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 25. Nehmen Sie bitte das Blatt in die Hand, |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 26. falten es in der Mitte und              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 27. lassen Sie es auf den Boden fallen.     |

- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 28. Lesen Sie und machen es bitte ("AUGEN ZU!")                 |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 29. Schreiben Sie bitte einen Satz (mind. Subjekt und Prädikat) |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 30. Kopieren Sie bitte die Zeichnung (zwei Fünfecke).           |

13 Gesamtpunktzahl

(Datum / Unterschrift)



### Grad der Orientiertheit des Bewohners/der Bewohnerin

ER/SIE	häufig (10 P.)	gelegentlich (5 P.)	nie (0 P.)
ist örtlich unzureichend orientiert (glaubt sich z.B. in der eigenen Wohnung, findet sich nicht allein im Haus zurecht, verwechselt das Bett)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zeitlich unzureichend orientiert (kennt z.B. Jahres- und Monatsangaben nicht, weiß nicht die Tageszeit)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zur eigenen Person oder zu anderen Personen unzureichend orientiert (kennt z.B. nicht den eigenen Namen, hält fremde Personen für Familienangehörige oder umgekehrt)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vergisst vieles/alles sofort wieder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist nicht in der Lage, Alltagsprobleme zu lösen (z.B. sich am Morgen Kleider auszusuchen, einen Brief zu verstehen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Verhalten auffällig (z.B. schlägt um sich, beschimpft grundlos BewohnerInnen und Personal)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muß dauernd überwacht werden (z.B. läuft fort, fügt sich Verletzungen zu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Summe Punkte:</b>	<u>30</u>	+	<u>15</u>
<b>= Gesamtpunktzahl:</b>	<u><u>45</u></u>		

24.10.97      XXX  
Datum/Unterschrift

### Grad der Beaufsichtigungsintensität für den Bewohner/die Bewohnerin

Bei der Person besteht	häufig (10 P.)	gelegentlich (5 P.)	nie (0 P.)
die Neigung wegzulaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sturzgefahr beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzgefahr beim Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gefahr der Selbstgefährdung (z.B. Essen von Pflanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gefahr der Fremdgefährdung (z.B. aggressives Verhalten)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zu normabweichendem Verhalten (z.B. sich öffentlich entkleiden)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Summe Punkte:</b>	_____	+ _____	<u>15</u>
<b>= Gesamtpunktzahl:</b>	<u><u>15</u></u>		

24.10.97 XXX  
Datum/Unterschrift

### 6.3 Tabellenverzeichnis

Tab. Nr	Tabellentitel	Seite
Tab. 1	Struktur der Einrichtungen	13
Tab. 2	Bewohner nach Alter und Geschlecht	14
Tab. 3	Pflegestufeneinteilung Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg 1997	15
Tab. 4	Körperlicher Hilfebedarf anhand des Barthel-Index (Grundgesamtheit)	43
Tab. 5	Stufen der Lokomotion anhand der Esslinger Transferskala (Grundgesamtheit)	85
Tab. 6	Hilfsmittel (Grundgesamtheit)	85
Tab. 7	Grad der Beaufsichtigung (Grundgesamtheit)	45
Tab. 8	Grad der Orientiertheit (Grundgesamtheit)	46
Tab. 9	Kognitiver Status anhand des Mini-Mental-Status (Grundgesamtheit)	47
Tab. 10	Körperlicher Hilfebedarf anhand des Barthel-Index (Leistungsstichprobe)	86
Tab. 11	Kognitiver Status anhand des Mini-Mental-Status (Leistungsstichprobe)	86
Tab. 12	Stufen der Lokomotion anhand der Esslinger Transferskala (Leistungsstichprobe)	87
Tab. 13	Hilfsmittel (Leistungsstichprobe)	87
Tab. 14	Grad der Beaufsichtigung (Leistungsstichprobe)	88
Tab. 15	Grad der Orientiertheit (Leistungsstichprobe)	88
Tab. 16	Körperlicher Hilfebedarf Heim 2 zum Zeitpunkt I und II anhand des Barthel- Index	50
Tab. 17	Stufen der Lokomotion des Heim 2 zum Zeitpunkt I	89
Tab. 18	Stufen der Lokomotion des Heim 2 zum Zeitpunkt II	89
Tab. 19	Hilfsmittel des Heim 2 zum Zeitpunkt I	90
Tab. 20	Hilfsmittel des Heim 2 zum Zeitpunkt II	90
Tab. 21	Grad der Orientiertheit im Heim 2 zum Zeitpunkt I	91
Tab. 22	Grad der Orientiertheit Heim 2 zum Zeitpunkt II	91
Tab. 23	Grad der Beaufsichtigung Heim 2 zum Zeitpunkt I	92
Tab. 24	Grad der Beaufsichtigung Heim 2 zum Zeitpunkt II	92
Tab. 25	Stufen der Lokomotion „Transfer“ nach Pflegestufen	93
Tab. 26	Stufen der Lokomotion „Gehen“ nach Pflegestufen	93
Tab. 27	Stufen der Lokomotion „Treppen steigen“ nach Pflegestufen	94
Tab. 28	Körperlicher Hilfebedarf anhand des Barthel-Index nach Pflegestufen	94
Tab. 29	Hilfebedarf „Weglaufneigung“ nach Pflegestufen	95
Tab. 30	Hilfebedarf „Sturzgefahr beim Gehen“ nach Pflegestufen	95
Tab. 31	Hilfebedarf „Selbstgefährdung“ nach Pflegestufen	96
Tab. 32	Hilfebedarf „Fremdgefährdung“ nach Pflegestufen	96
Tab. 33	Hilfebedarf „normabweichendes Verhalten“ nach Pflegestufen	97

Tab. Nr	Tabellentitel	Seite
Tab. 34	Hilfebedarf „örtlich desorientiert“ nach Pflegestufen	97
Tab. 35	Hilfebedarf „zeitlich desorientiert“ nach Pflegestufen	98
Tab. 36	Hilfebedarf „zur Person desorientiert“ nach Pflegestufen	98
Tab. 37	Hilfebedarf „ist vergesslich“ nach Pflegestufen	99
Tab. 38	Hilfebedarf „hat Alltagsprobleme“ nach Pflegestufen	99
Tab. 39	Hilfebedarf „ist verhaltensauffällig“ nach Pflegestufen	100
Tab. 40	Hilfebedarf „Überwachung erforderlich“ nach Pflegestufen	100
Tab. 41	Kognitiver Hilfebedarf anhand des Mini-Mental-Status nach Pflegestufen	53
Tab. 42	Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen im Gesamtdurchschnitt über 7 Tage	101
Tab. 43	Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege über alle Bewohner	101
Tab. 44	Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege über alle Bewohner	102
Tab. 45	Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen über alle Bewohner	102
Tab. 46	Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 0	103
Tab. 47	Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 1	103
Tab. 48	Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 2	104
Tab. 49	Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 3	104
Tab. 50	Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 0	105
Tab. 51	Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 1	105
Tab. 52	Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 2	106
Tab. 53	Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 3	106
Tab. 54	Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 0	107
Tab. 55	Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 1	107
Tab. 56	Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 2	108
Tab. 57	Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 3	108
Tab. 58	Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen über 7 Tage der Pflegestufe 0	109
Tab. 59	Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen über 7 Tage der Pflegestufe 1	109
Tab. 60	Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen über 7 Tage der Pflegestufe 2	110
Tab. 61	Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen über 7 Tage der Pflegestufe 3	110

Tab. Nr	Tabellentitel	Seite
Tab. 62	IST-Erhebung-Mittelwert der Grundpflege über 7 Tage in Minuten (nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen- ohne Verteilzeiten)	111
Tab. 63	IST-Erhebung-Mittelwert der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen über 7 Tage in Minuten (nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen- ohne Verteilzeiten)	111
Tab. 64	IST-Erhebung-Mittelwert des sozialen Betreuungsdienstes über 7 Tage in Minuten (nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen- ohne Verteilzeiten)	112
Tab. 65	IST-Erhebung-Mittelwert der Behandlungspflege über 7 Tage in Minuten (nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen- ohne Verteilzeiten)	112
Tab. 66	IST-Erhebung-Mittelwert der Grund-, Behandlungspflege und pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen sowie sozialem Betreuungsdienst über 7 Tage in Minuten (nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen- ohne Verteilzeiten) nach Pflegestufen	113
Tab. 67	IST-Erhebung-Mittelwert Summe der Grund-, Behandlungspflege und pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen mit sowie ohne sozialem Betreuungsdienst über 7 Tage in Minuten (nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen- ohne Verteilzeiten) nach Pflegestufen	113
Tab. 68	Durchschnittspflegezeiten pro Bewohner nach Heimen	58
Tab. 69	Pflegestufenverteilung der Leistungsstichprobe über die Heime	59
Tab. 70	Durchschnittspflegezeiten pro Bewohner nach IST-Nettoarbeitszeitstunden	60
Tab. 71	Vergleich Pflegestufeneinteilung 1997 Land Baden-Württemberg zu Ø Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg	114
Tab. 72	Barthel und MMSE kritisch/Pflegestufe (Auszug)	69

#### 6.4 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Niehörster, G., Garms-Homolova, V., Vahrenhorst, V.: Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung: Abschlußbericht im Rahmen des Forschungsprojekts. "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe" Schriftenreihe des BMFSFJ Band 147.4, Stuttgart/Berlin/Köln, 1998.

Hastedt, I.: „Fallpauschalen als Entgeltsystematik für stationäre Altenpflegeeinrichtungen? Methodische Ansätze und empirische Befunde“ (Arbeitstitel). Erscheinungstermin: In Vorbereitung.

Runge, M., Rehfeld, G.: "Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team", Stuttgart, 1995.

Schneekloth, U., Potthoff, P.: "Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten." Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2. Stuttgart/Berlin/Köln, 1993.

Schneekloth, U., Müller, U.: "Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit". Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 127, München, 1999.

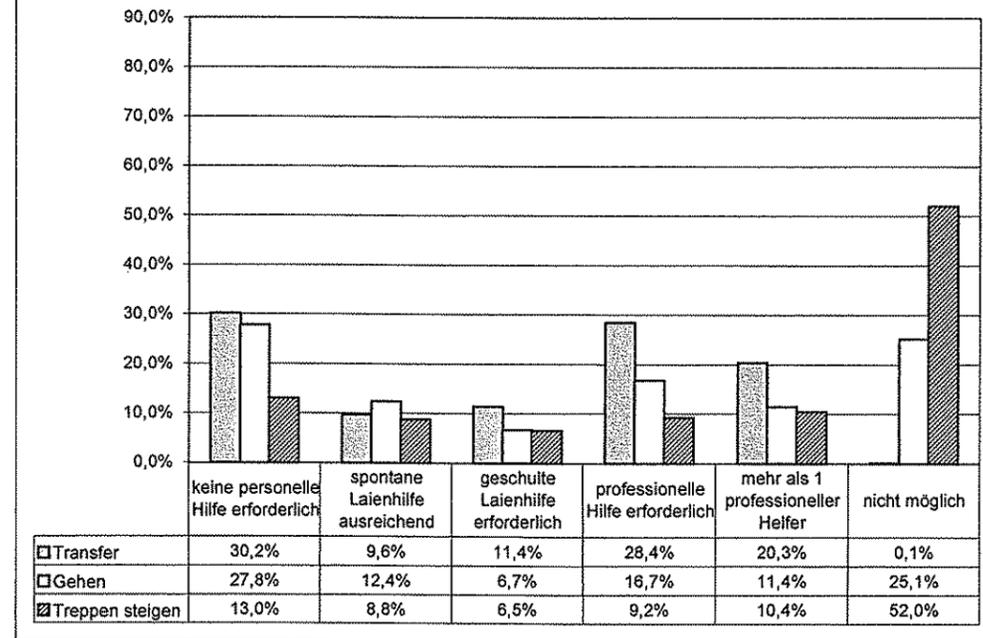
Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): "Geriatrisches Reha-Assessment Baden-Württemberg 1995. Ergebnisse einer multizentrischen Studie", Stuttgart, 1996.

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): Steiner, B.: „Handbuch Sozialdienst im Heim“, Stuttgart, 1996.

Zimber, A., Schäufele, M., Weyerer, S.: „Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu" in: Gesundheitswesen, 60. Jahrgang, Stuttgart/New York, 1998, S. 239 - 246.

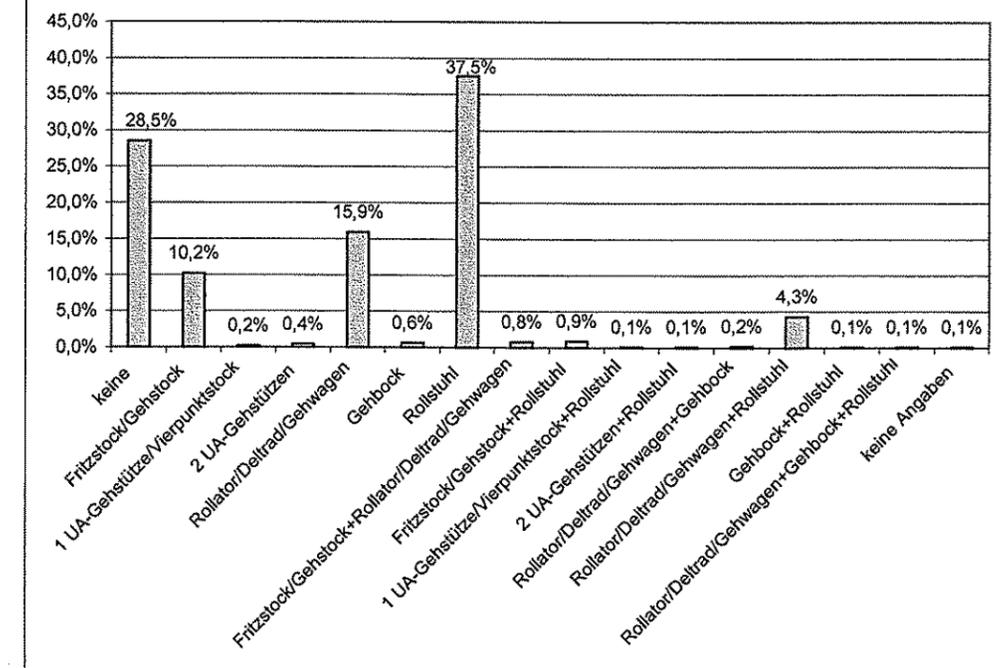
# Tabellen

### Stufen der Lokomotion anhand der Esslinger Transferskala (Grundgesamtheit)

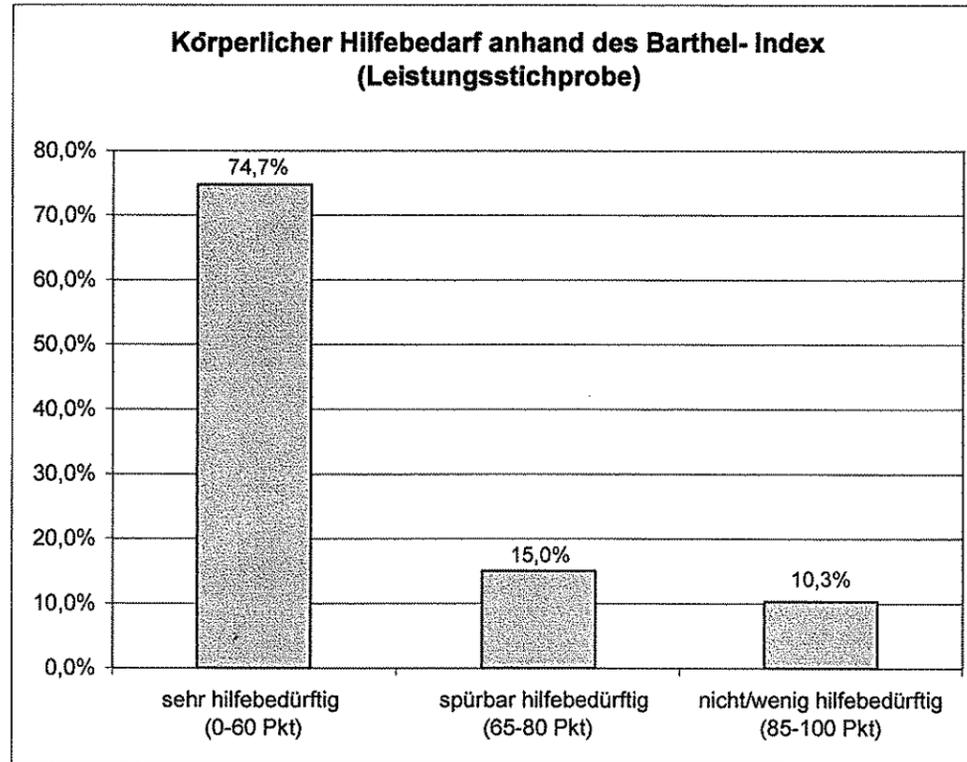


Tab. 5 Stufen der Lokomotion anhand der Esslinger Transferskala (Grundgesamtheit)

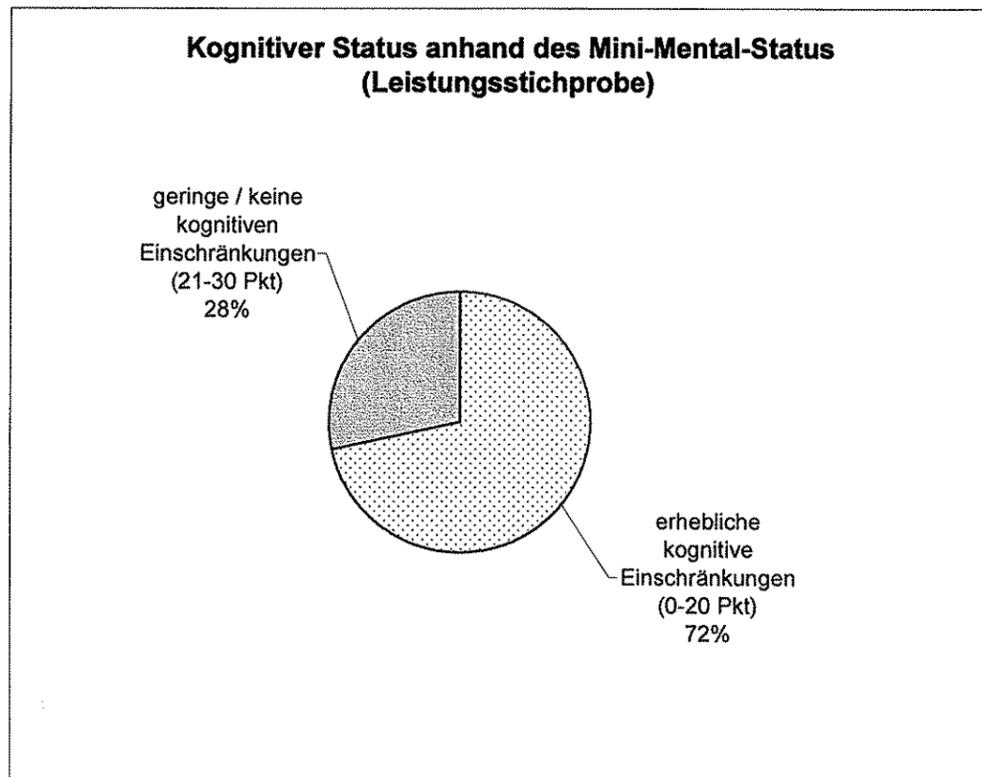
### Hilfsmittel (Grundgesamtheit)



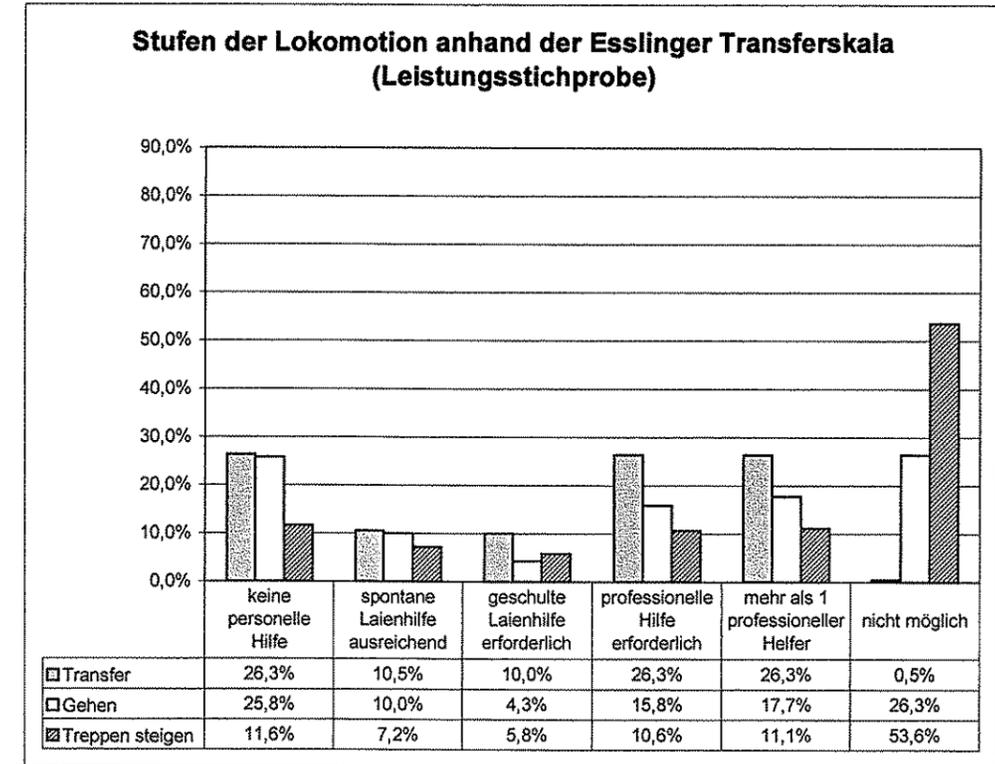
Tab. 6 Hilfsmittel (Grundgesamtheit)



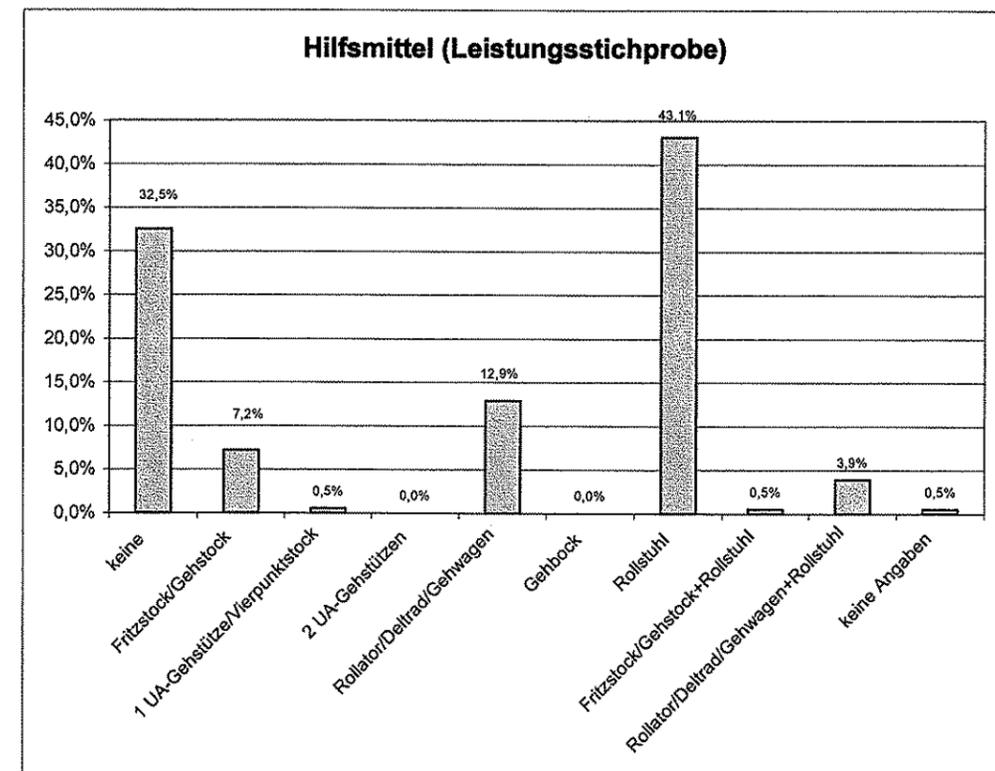
Tab. 10 Körperlicher Hilfebedarf anhand des Barthel-Index (Leistungsstichprobe)



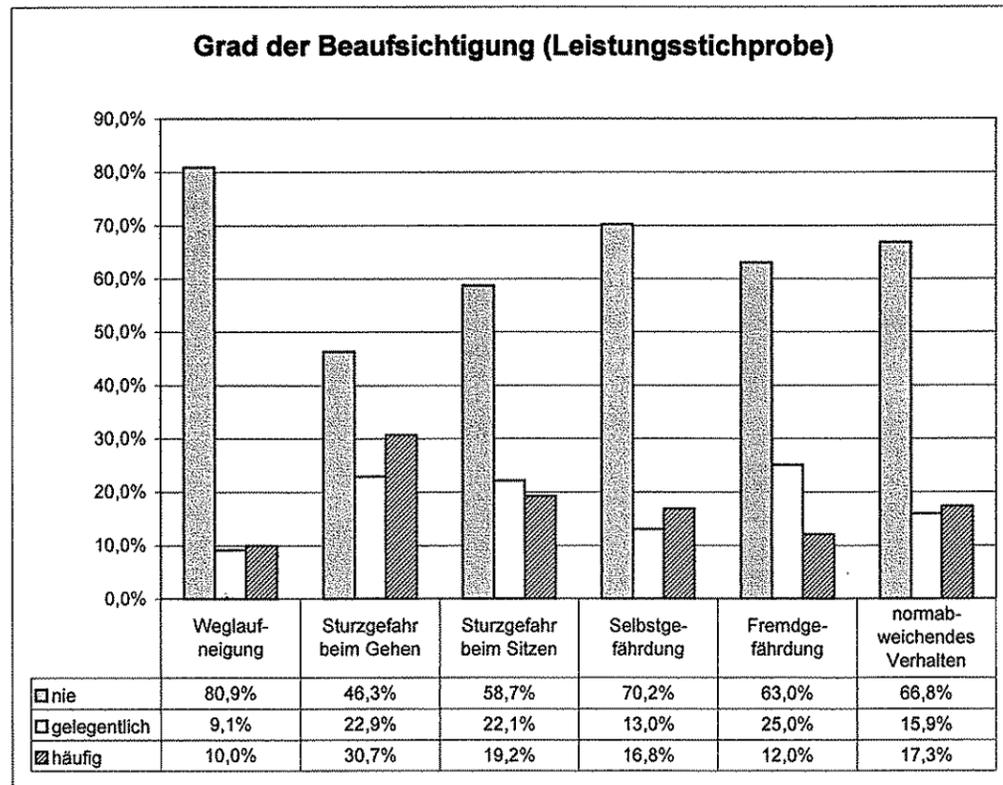
Tab. 11 Kognitiver Status anhand des Mini-Mental-Status (Grundgesamtheit)



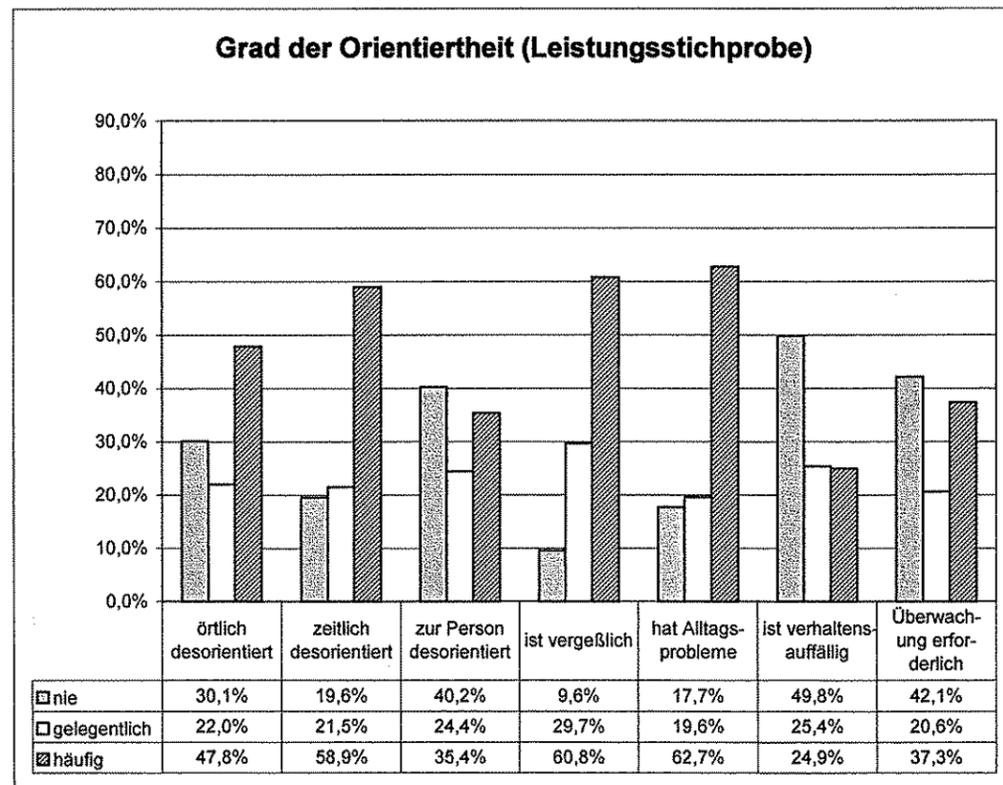
Tab. 12 Stufen der Lokomotion anhand der Esslinger Transferskala (Leistungsstichprobe)



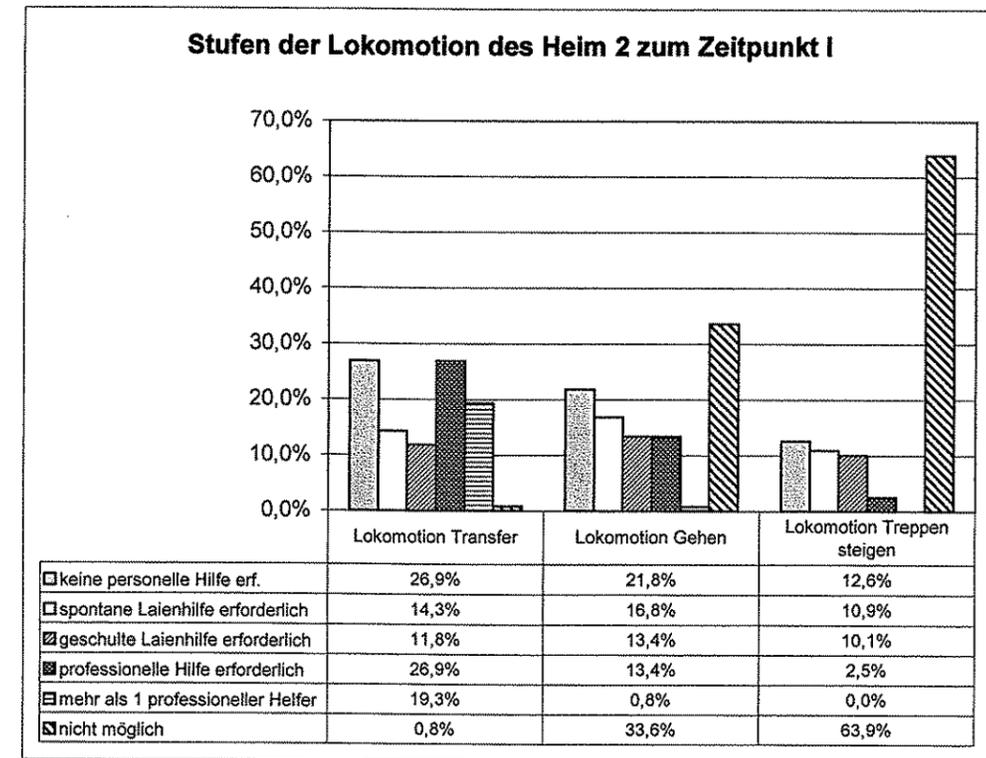
Tab. 13 Hilfsmittel (Leistungsstichprobe)



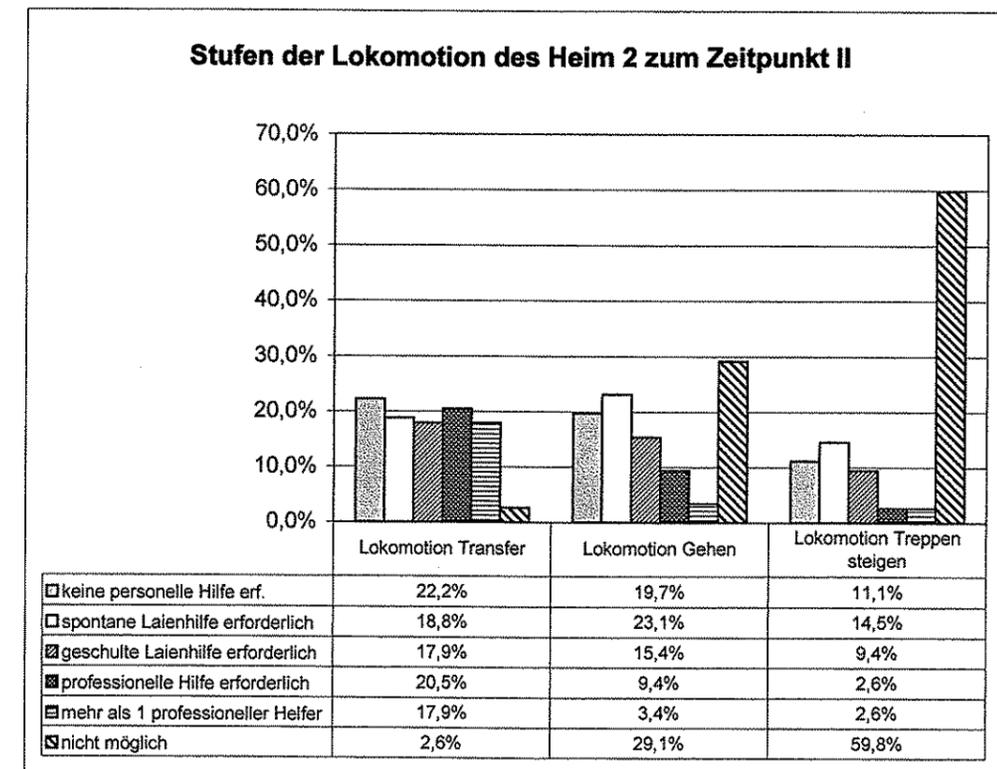
Tab. 14 Grad der Beaufsichtigung (Leistungsstichprobe)



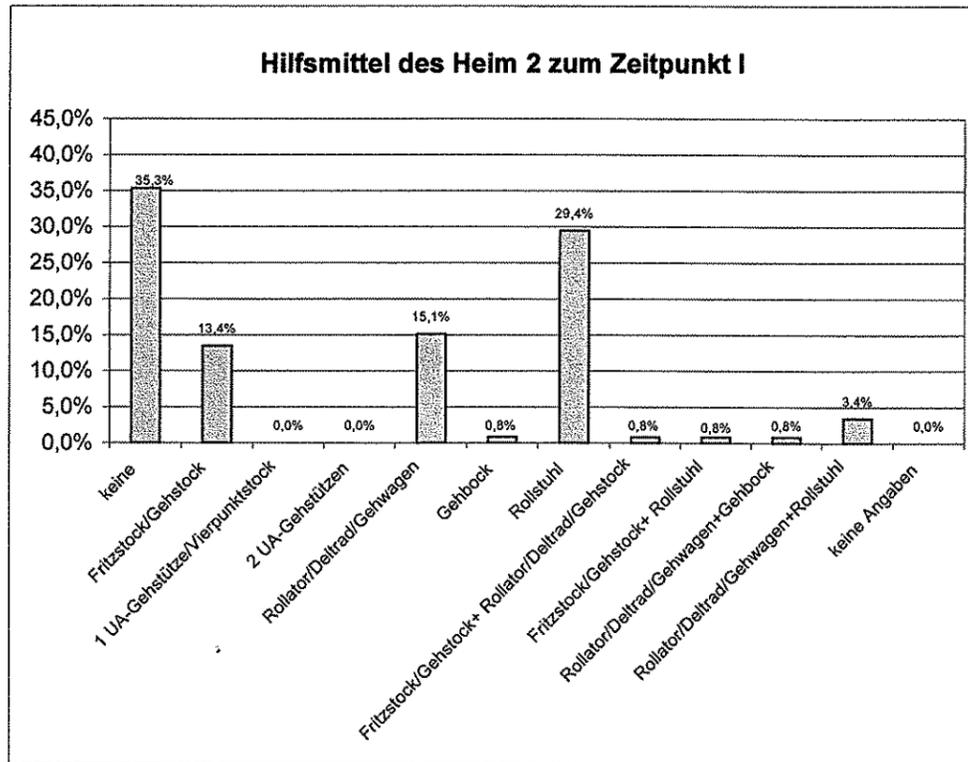
88 Tab. 15 Grad der Orientiertheit (Leistungsstichprobe)



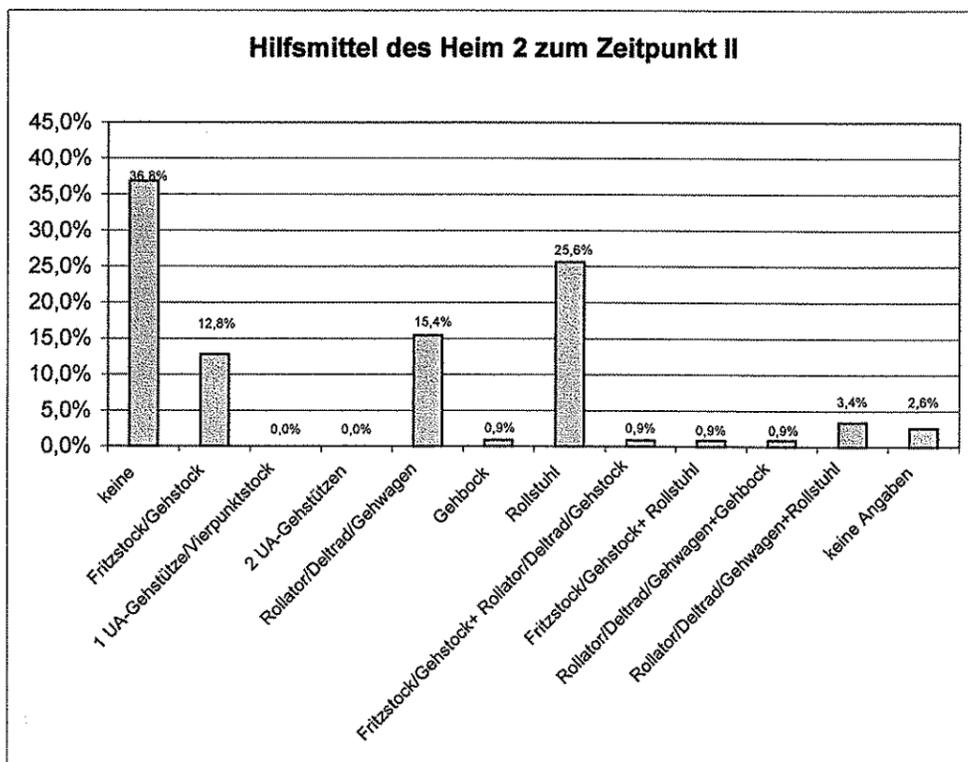
Tab. 17 Stufen der Lokomotion des Heim 2 zum Zeitpunkt I



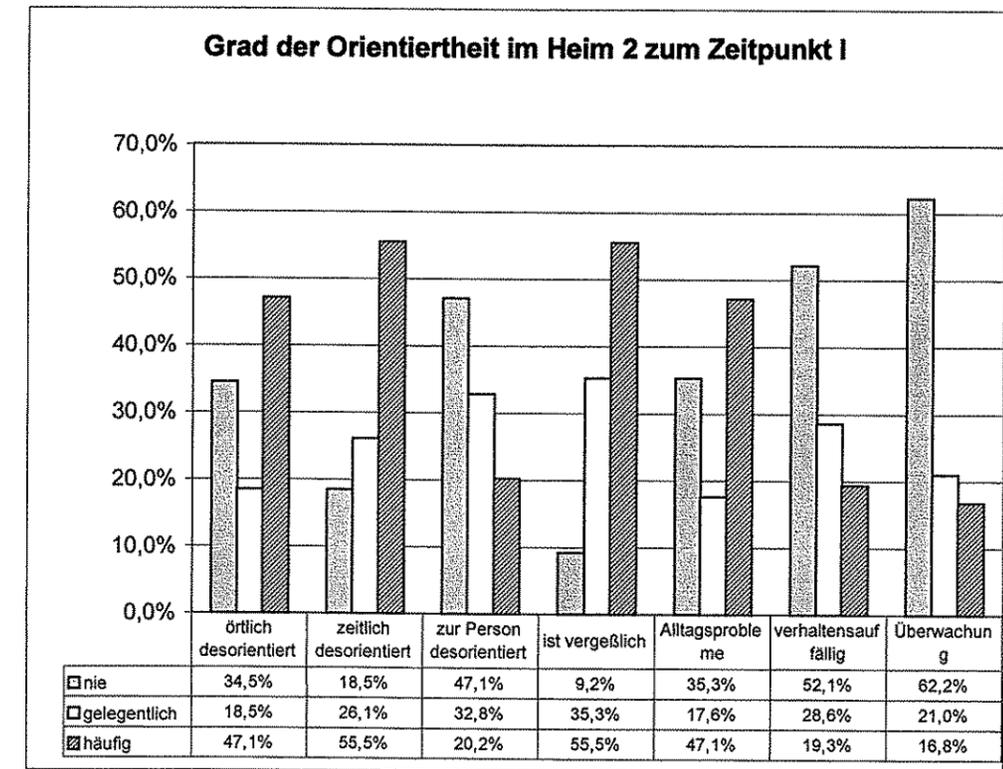
Tab. 18 Stufen der Lokomotion des Heim 2 zum Zeitpunkt II



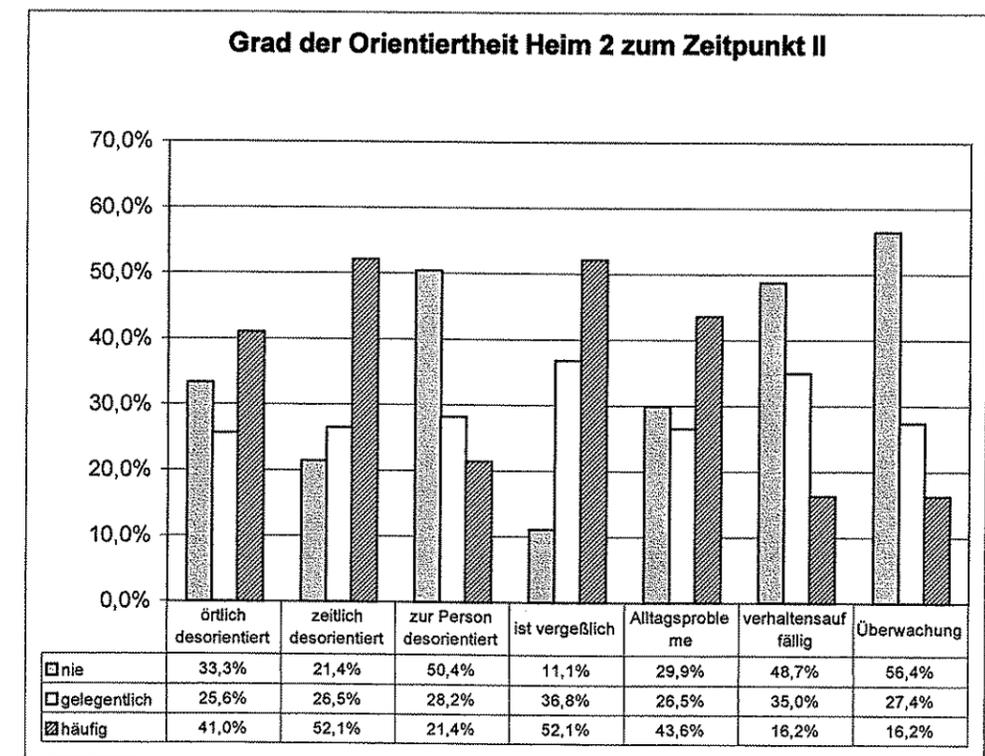
Tab. 19 Hilfsmittel des Heim 2 zum Zeitpunkt I



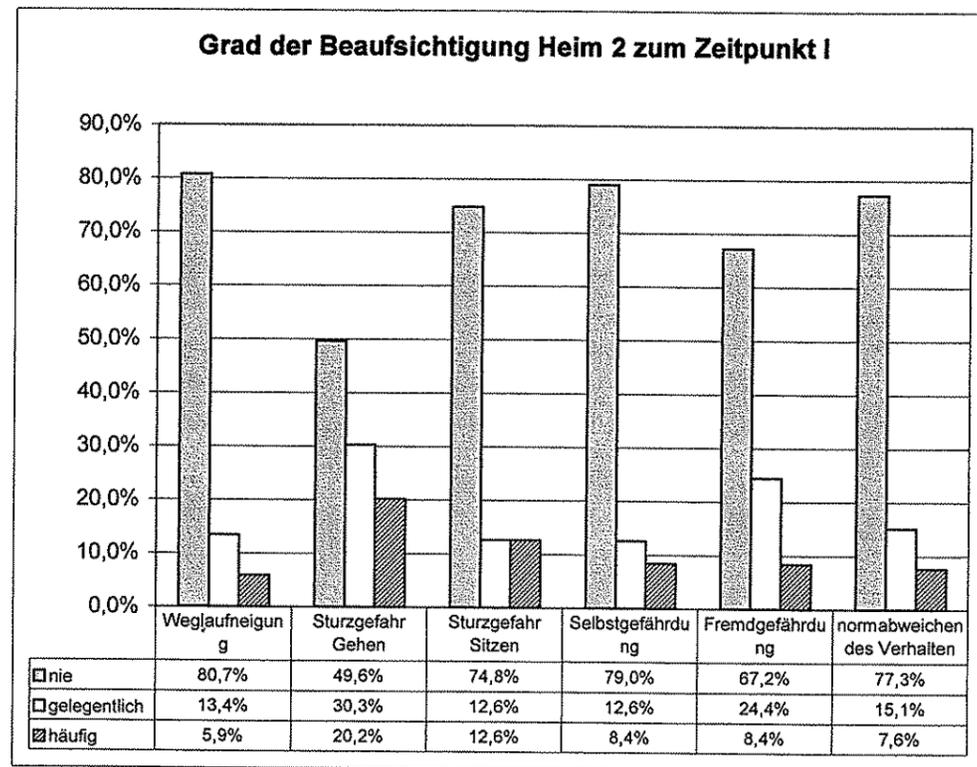
Tab. 20 Hilfsmittel des Heim 2 zum Zeitpunkt II



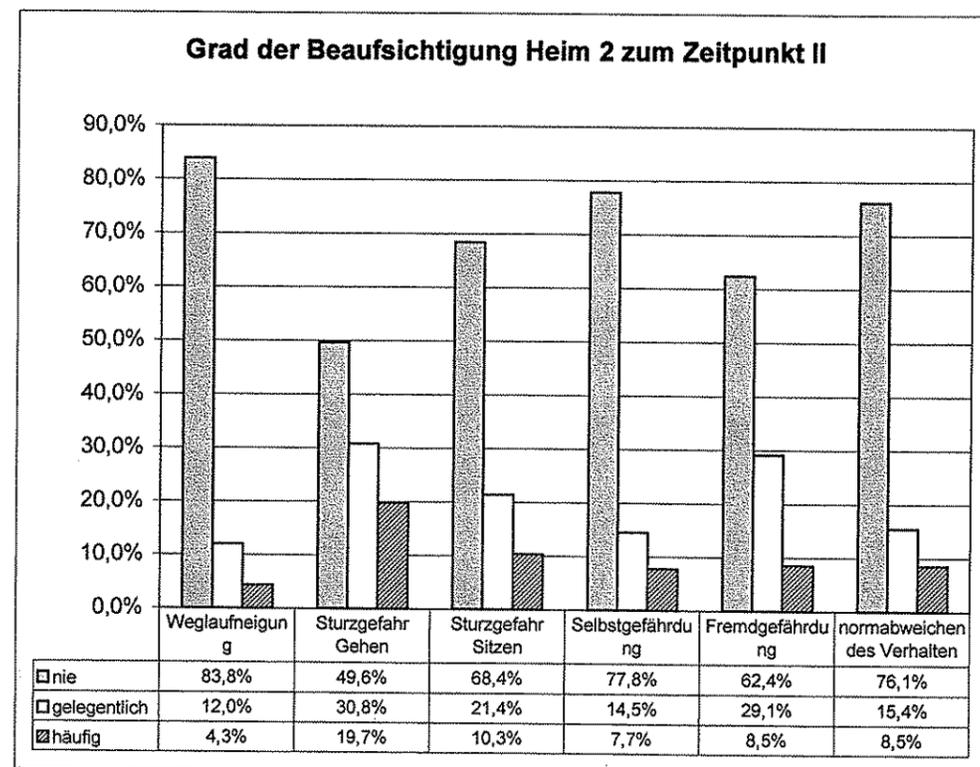
Tab. 21 Grad der Orientiertheit im Heim 2 zum Zeitpunkt I



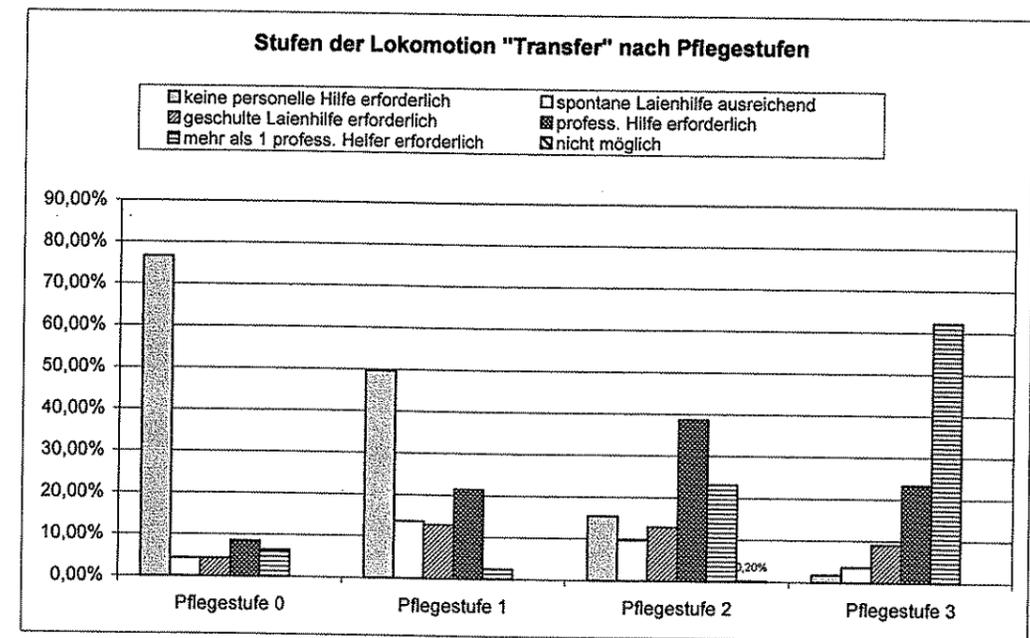
Tab. 22 Grad der Orientiertheit Heim 2 zum Zeitpunkt II



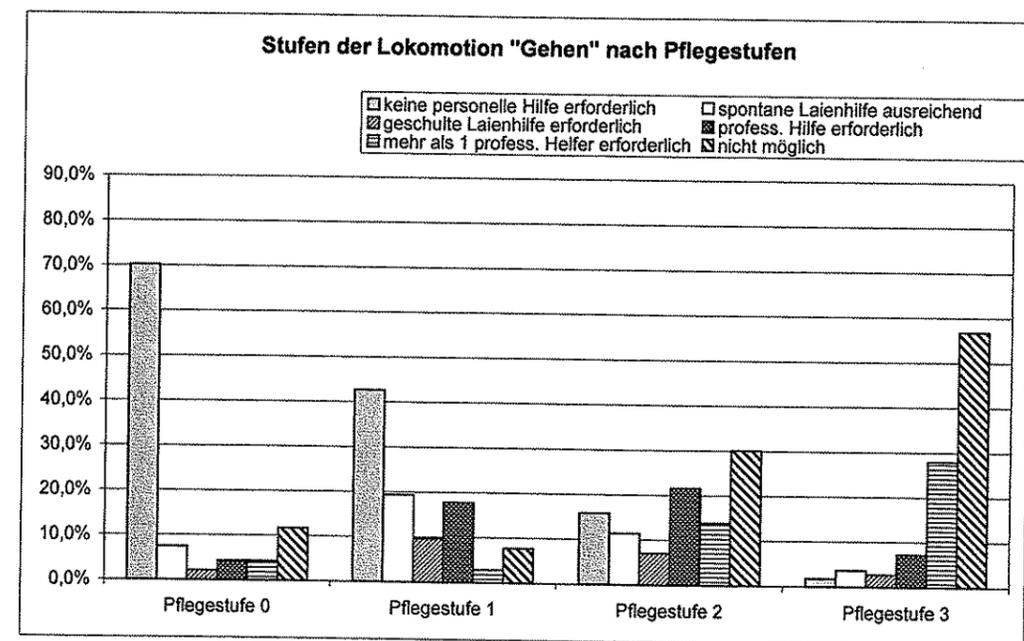
Tab. 23 Grad der Beaufsichtigung Heim 2 zum Zeitpunkt I



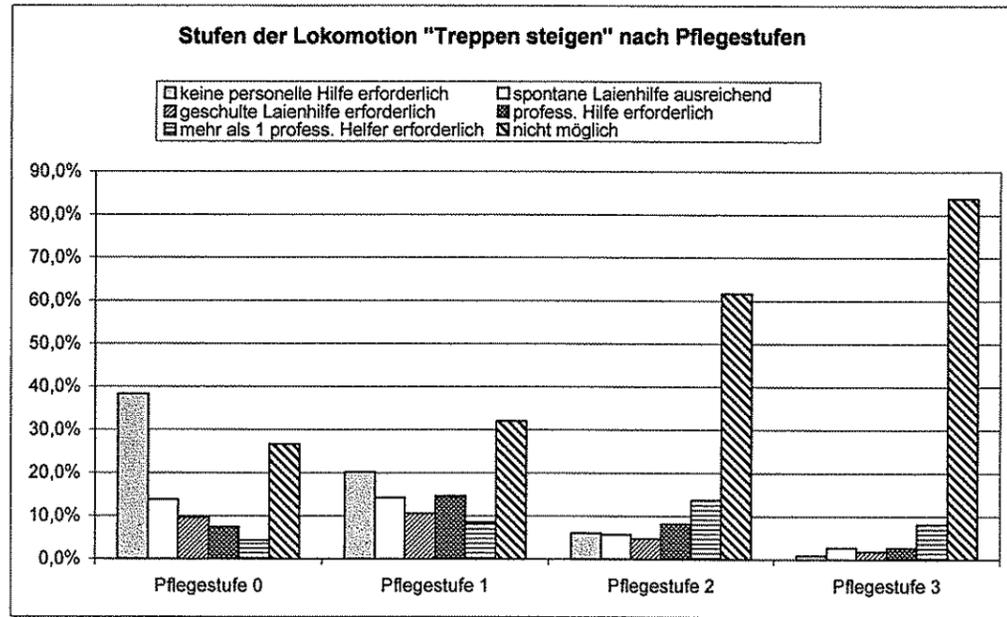
Tab. 24 Grad der Beaufsichtigung Heim 2 zum Zeitpunkt II



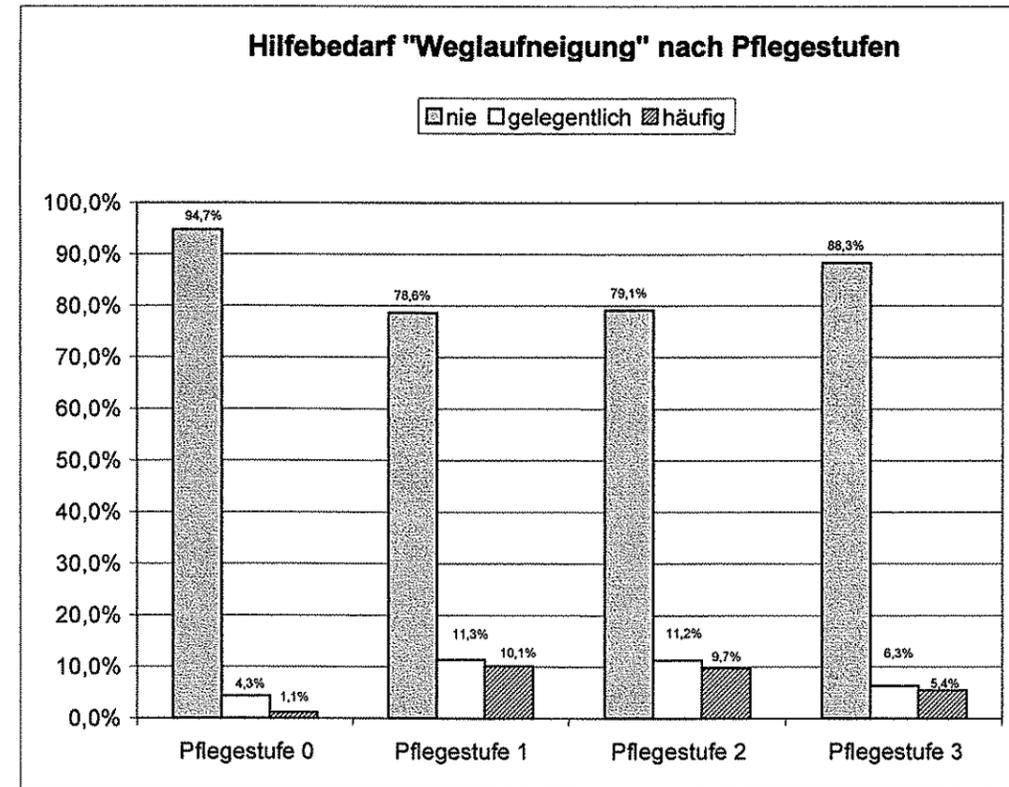
Tab. 25 Stufen der Lokomotion "Transfer" nach Pflegestufen



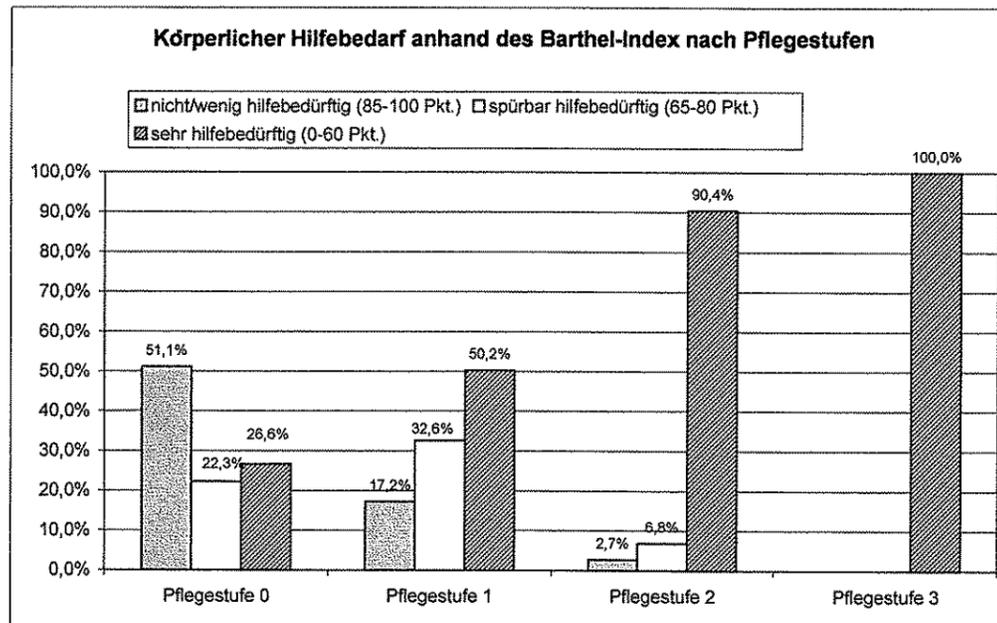
Tab. 26 Stufen der Lokomotion "Gehen" nach Pflegestufen



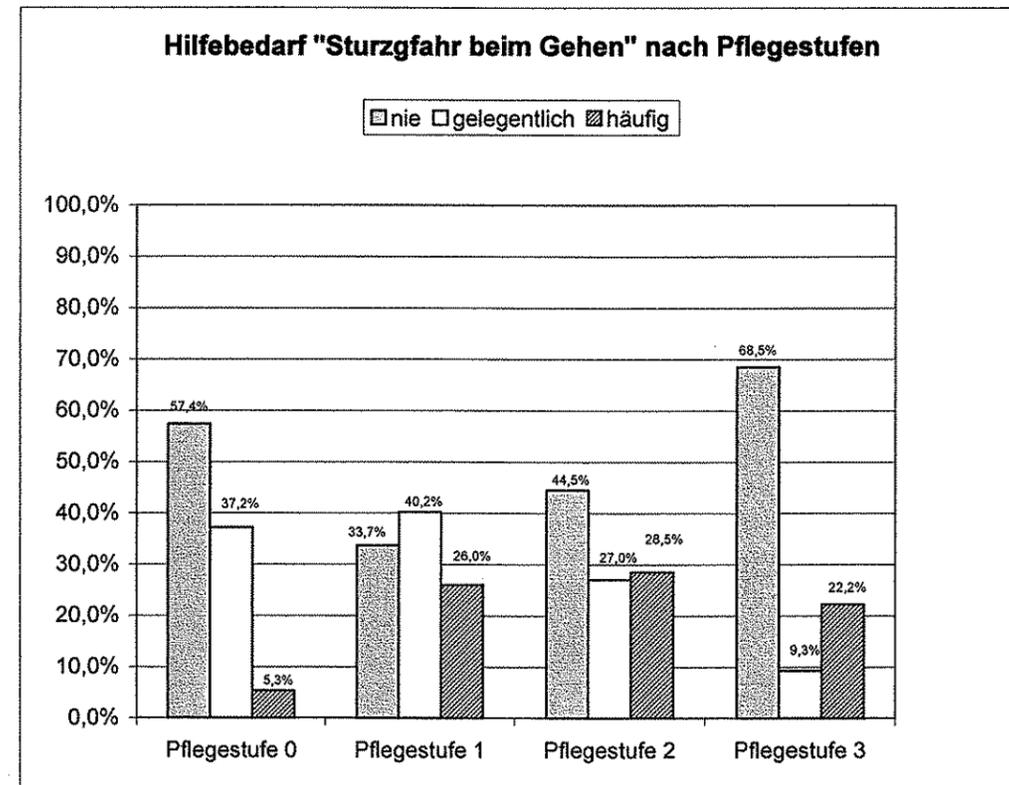
Tab. 27 Stufen der Lokomotion "Treppen steigen" nach Pflegestufen



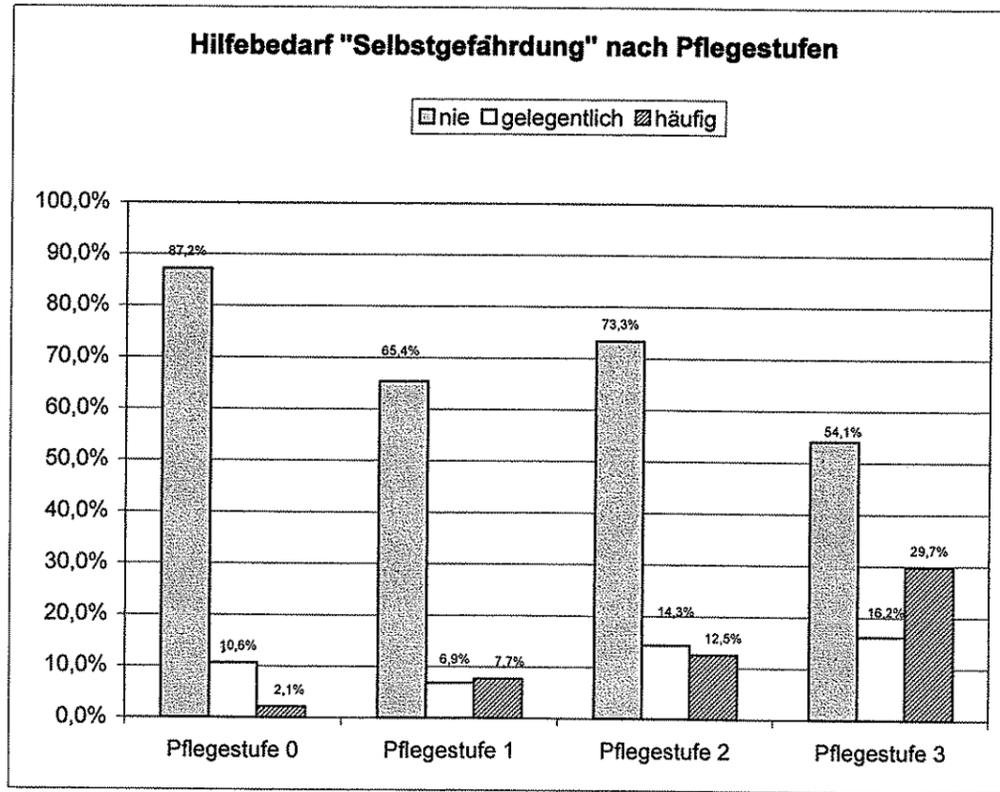
Tab. 29 Hilfebedarf "Weglaufneigung" nach Pflegestufen



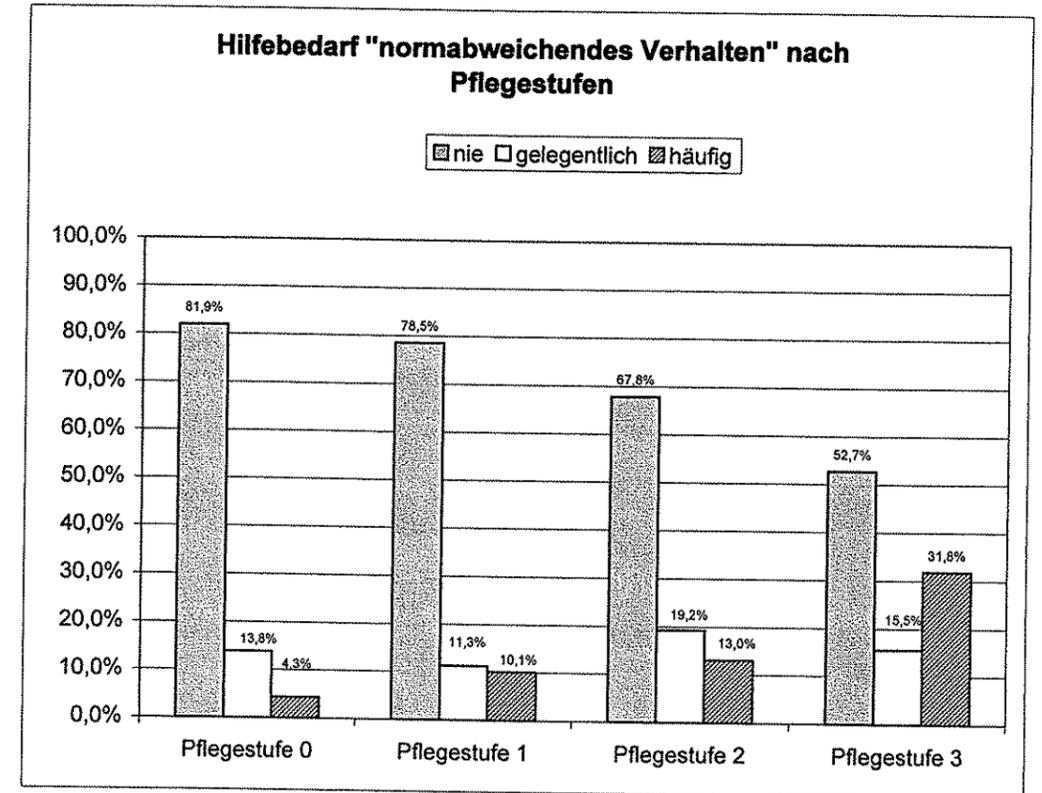
Tab. 28 Körperlicher Hilfebedarf anhand des Barthel-Index nach Pflegestufen



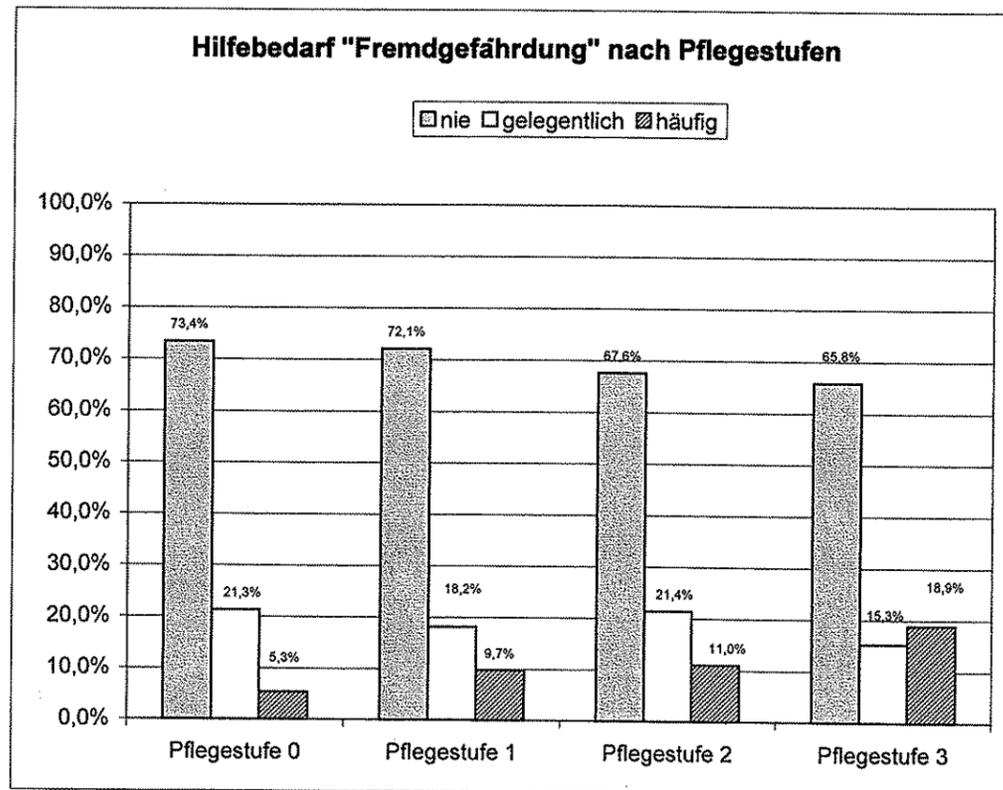
Tab. 30 Hilfebedarf "Sturzfahr beim Gehen" nach Pflegestufen



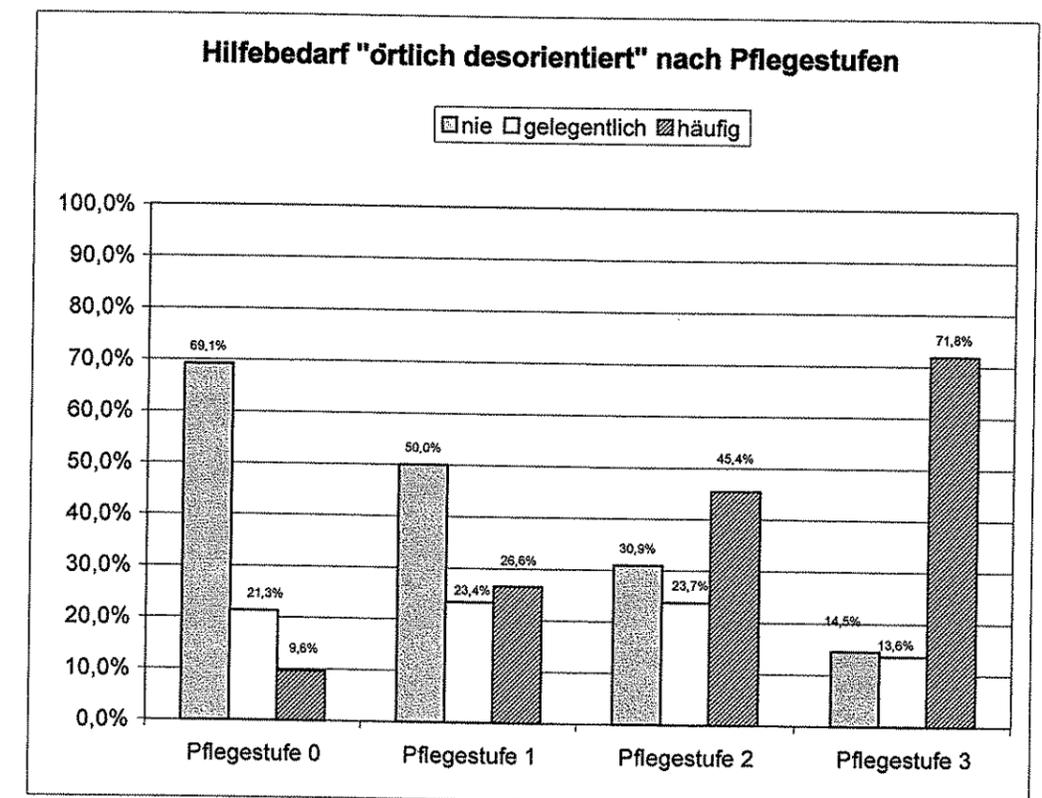
Tab. 31 Hilfebedarf "Selbstgefährdung" nach Pflegestufen



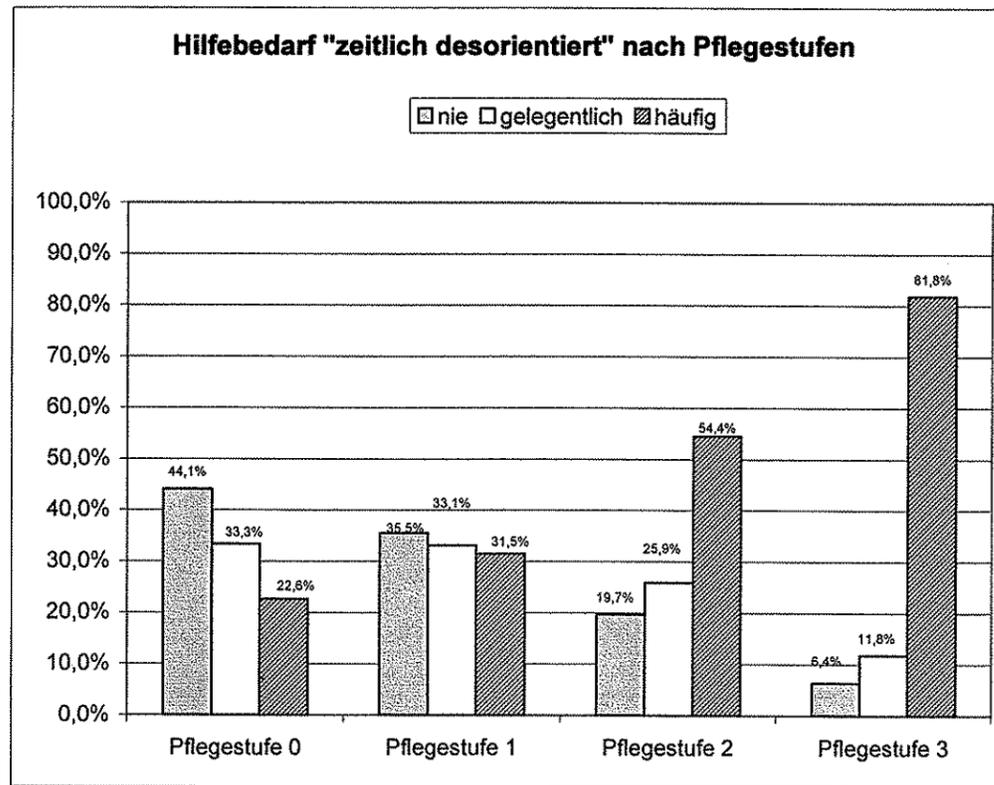
Tab. 33 Hilfebedarf "normabweichendes Verhalten" nach Pflegestufen



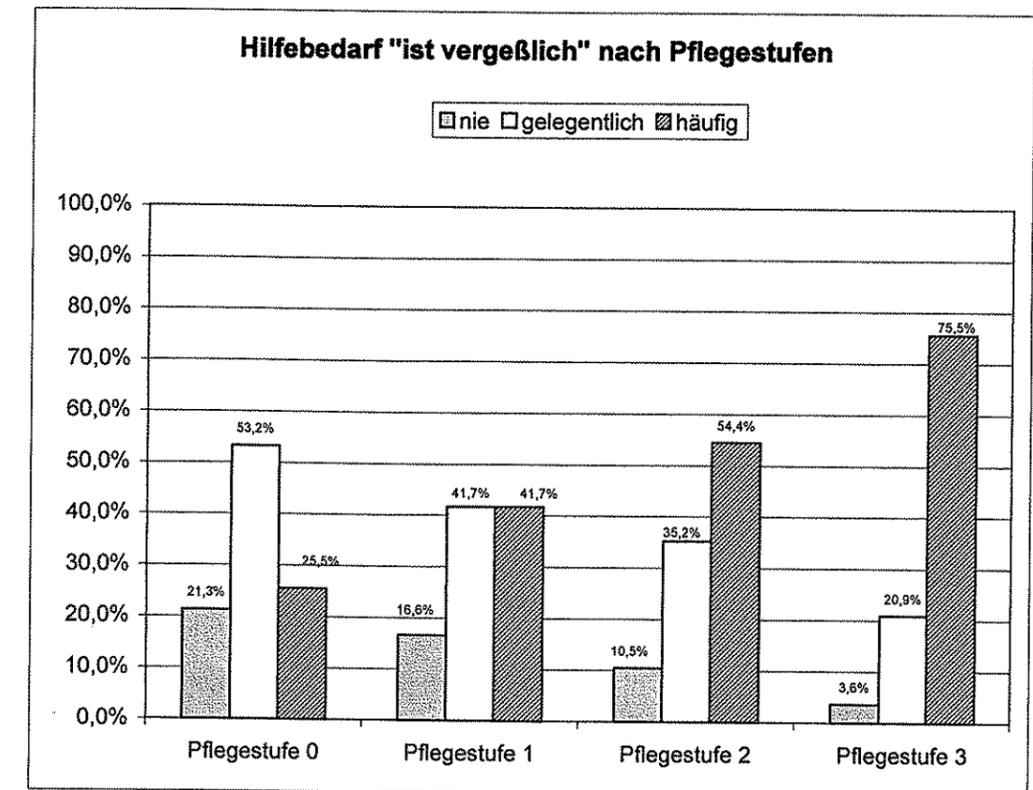
Tab. 32 Hilfebedarf "Fremdgefährdung" nach Pflegestufen



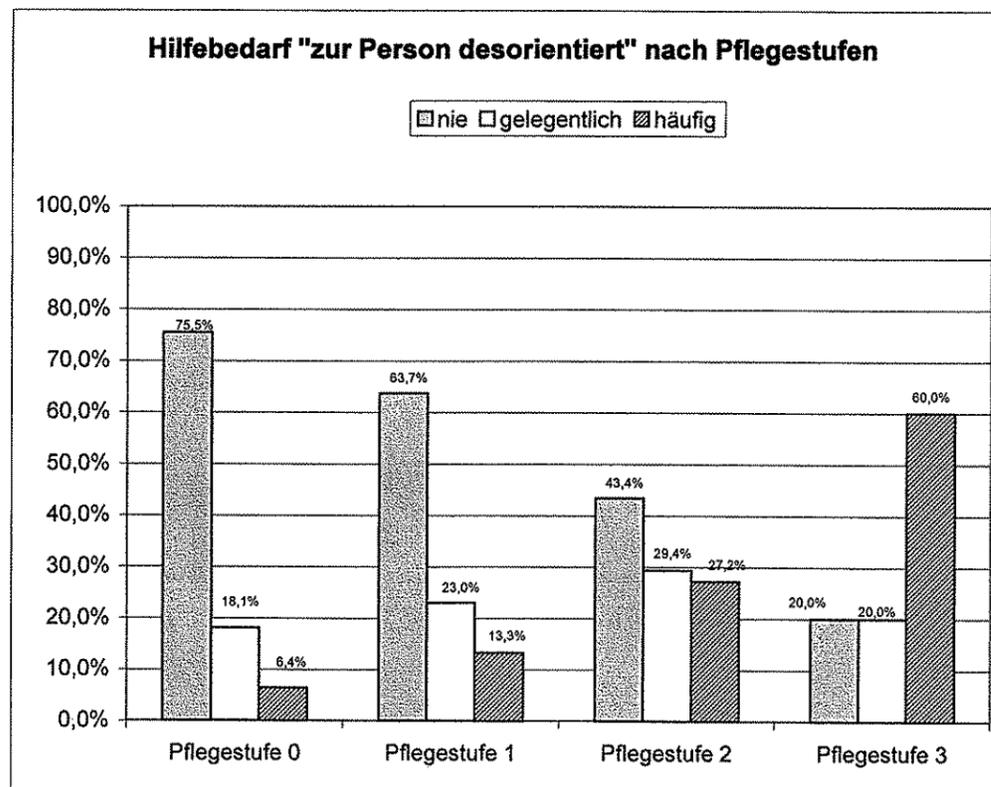
Tab. 34 Hilfebedarf "örtlich desorientiert" nach Pflegestufen



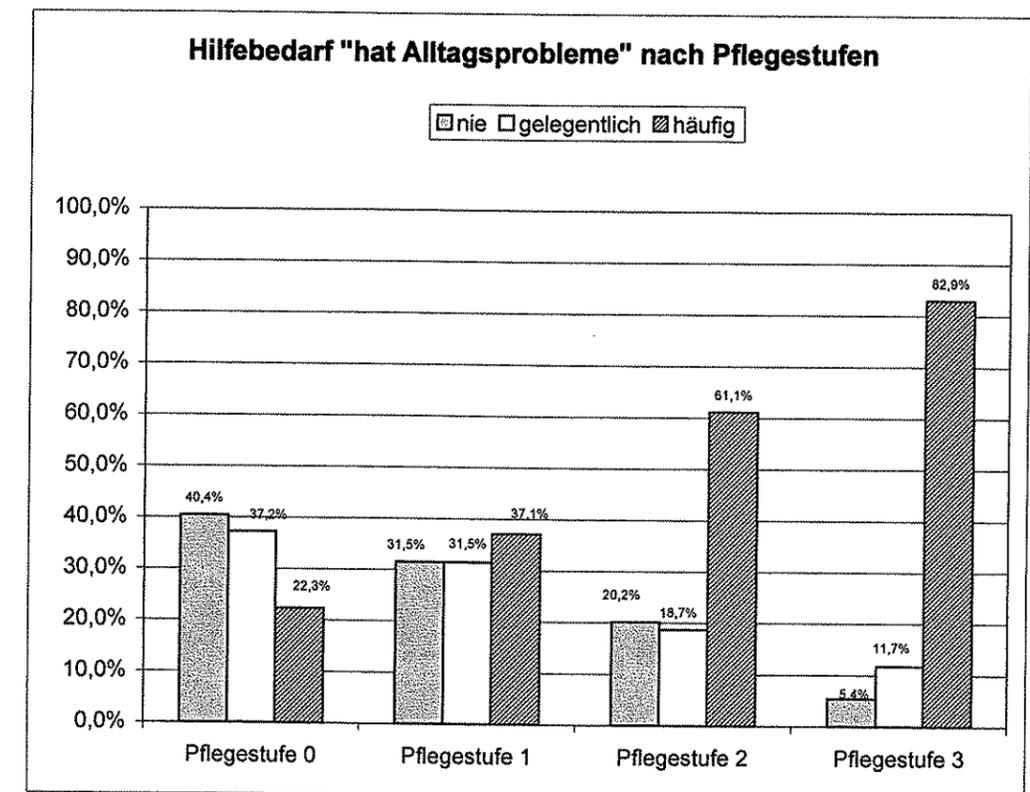
Tab. 35 Hilfebedarf "zeitlich desorientiert" nach Pflegestufen



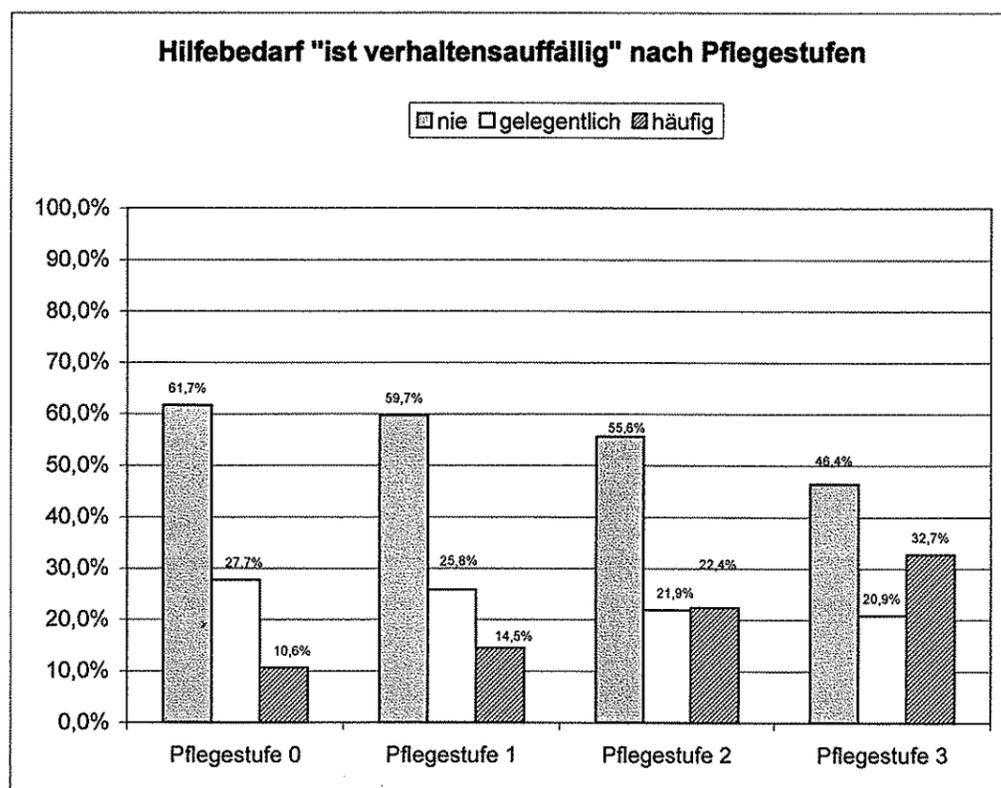
Tab. 37 Hilfebedarf "ist vergeßlich" nach Pflegestufen



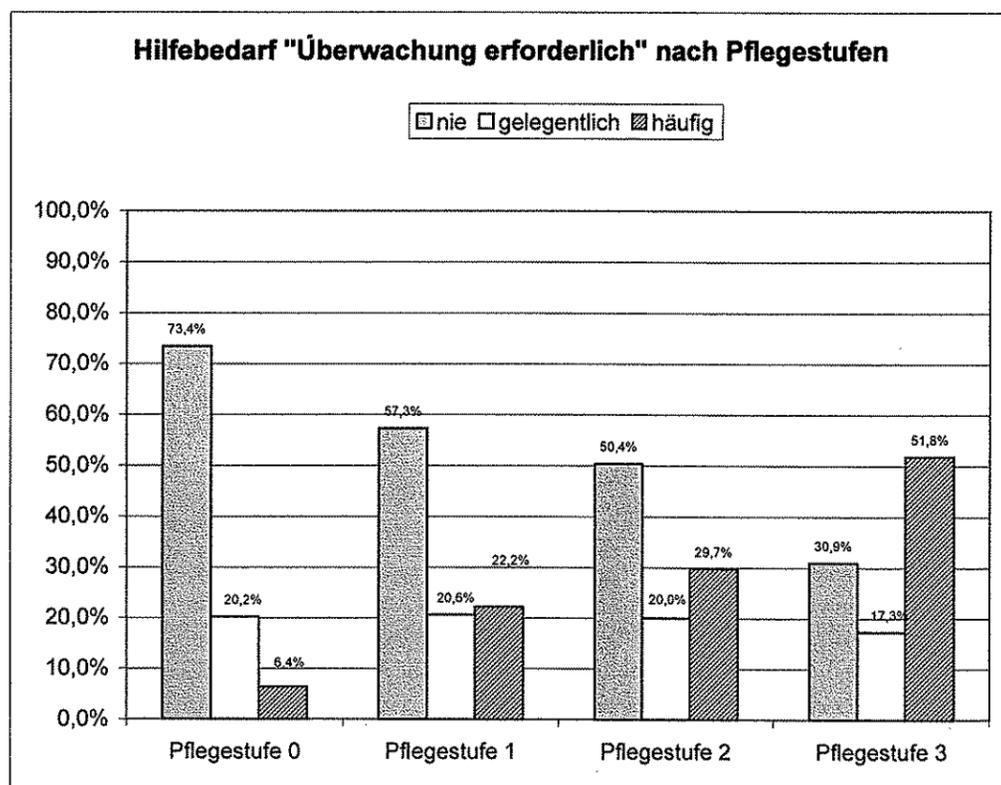
Tab. 36 Hilfebedarf "zur Person desorientiert" nach Pflegestufen



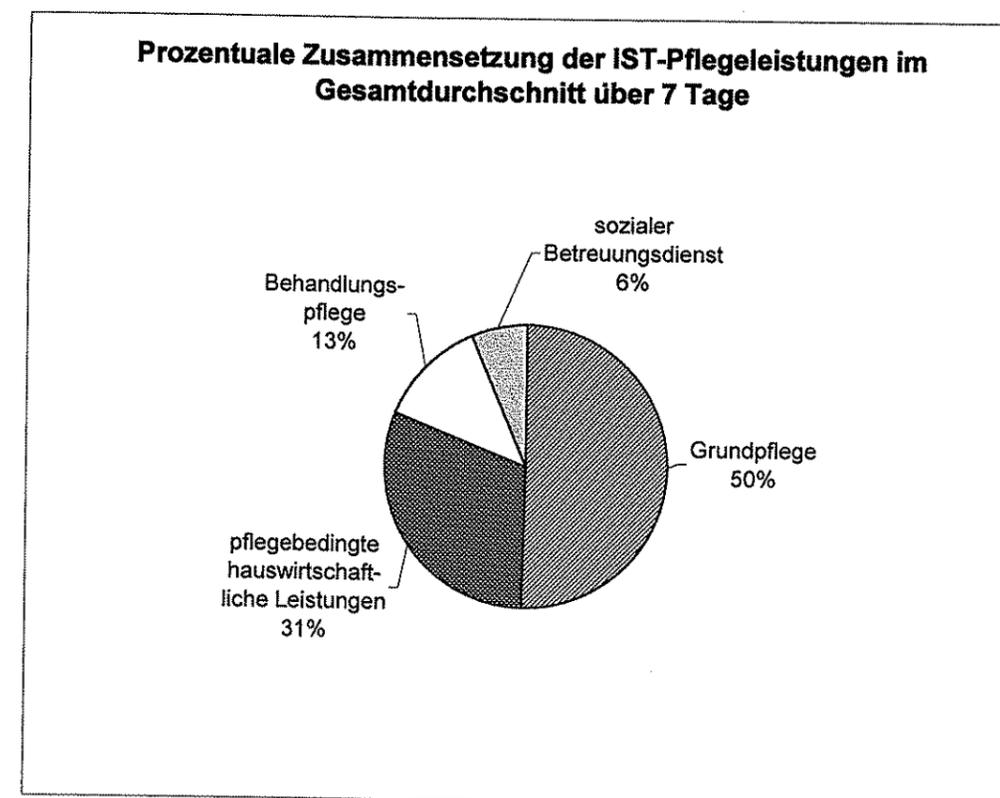
Tab. 38 Hilfebedarf "hat Alltagsprobleme" nach Pflegestufen



Tab. 39 Hilfebedarf "ist verhaltensauffällig" nach Pflegestufen



Tab. 40 Hilfebedarf "Überwachung erforderlich" nach Pflegestufen

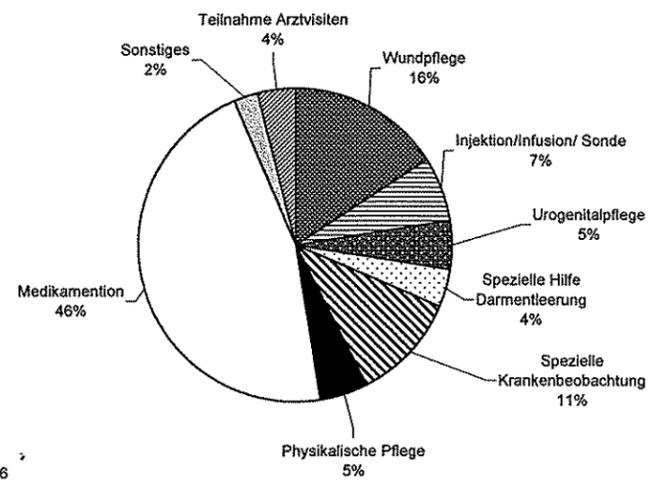


Tab. 42 Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen



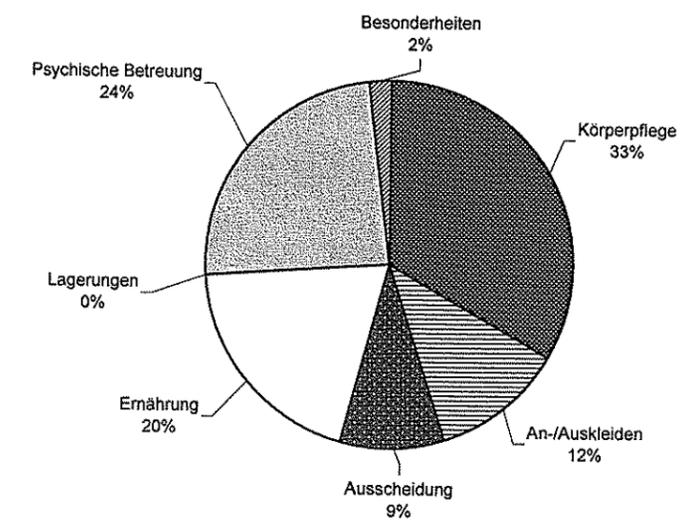
Tab. 43 Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege über alle Bewohner

**Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege über alle Bewohner**



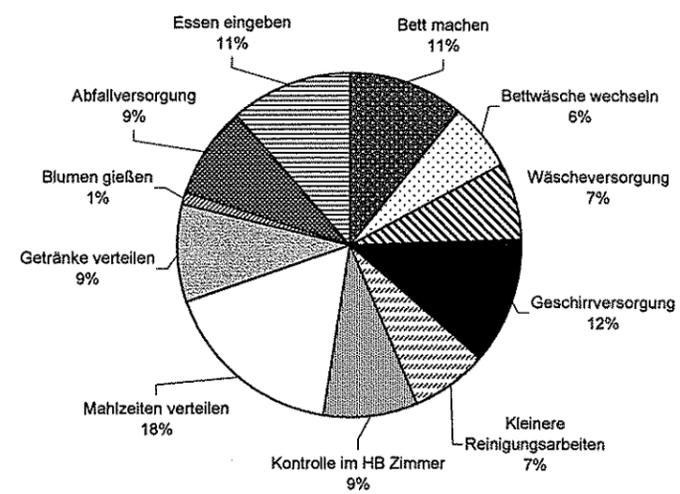
**Tab. 44 Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege über alle Bewohner**

**Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 0**



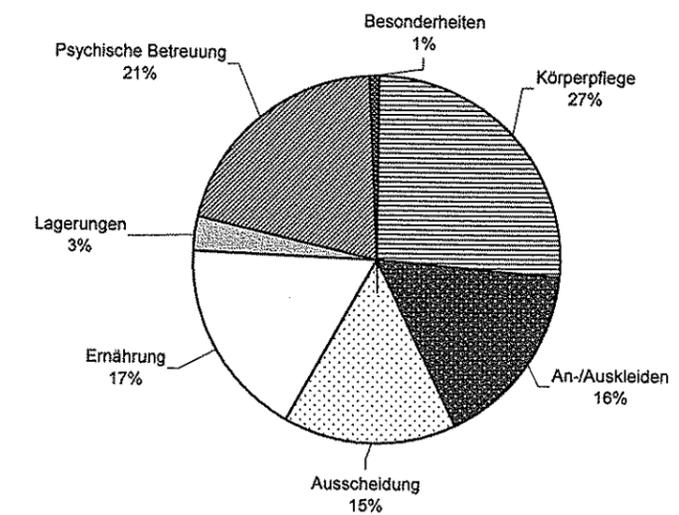
**Tab. 46 Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 0**

**Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen über alle Bewohner**



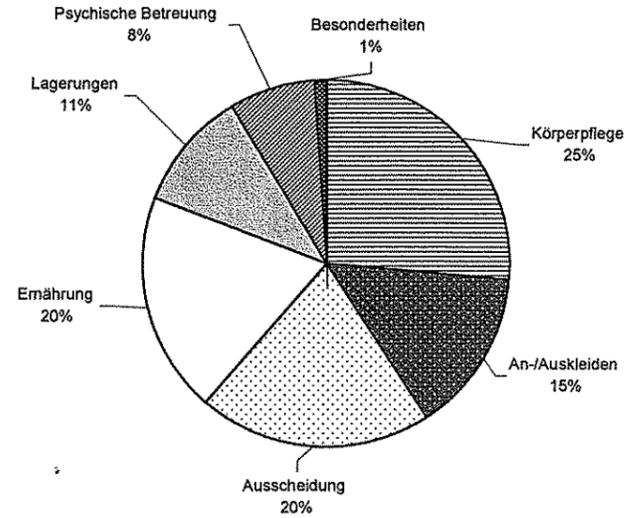
**Tab. 45 Durchschn. Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen über alle Bew.**

**Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 1**



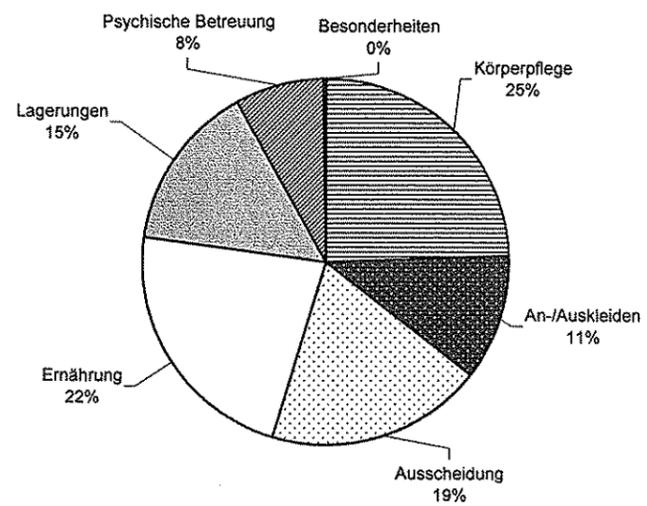
**Tab. 47 Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 1**

**Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 2**



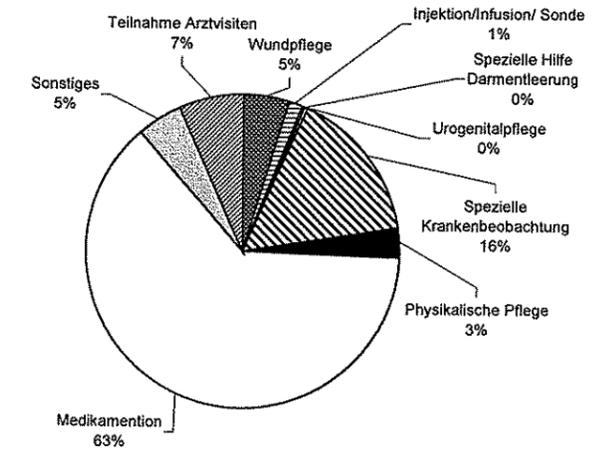
**Tab. 48 Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 2**

**Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 3**



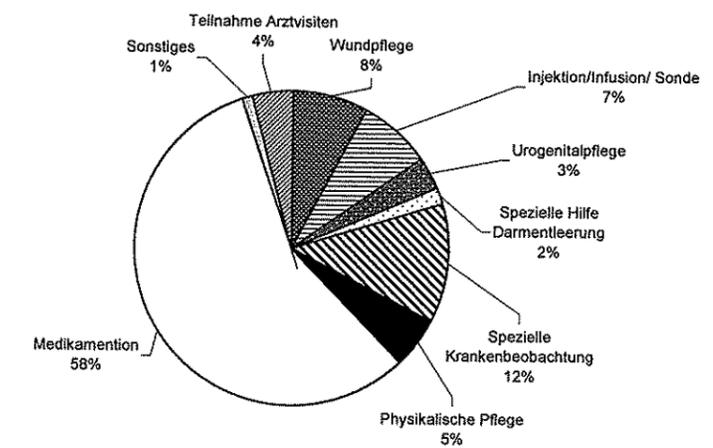
**Tab. 49 Durchschnittliche Aufteilung der Grundpflege bei Pflegestufe 3**

**Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 0**



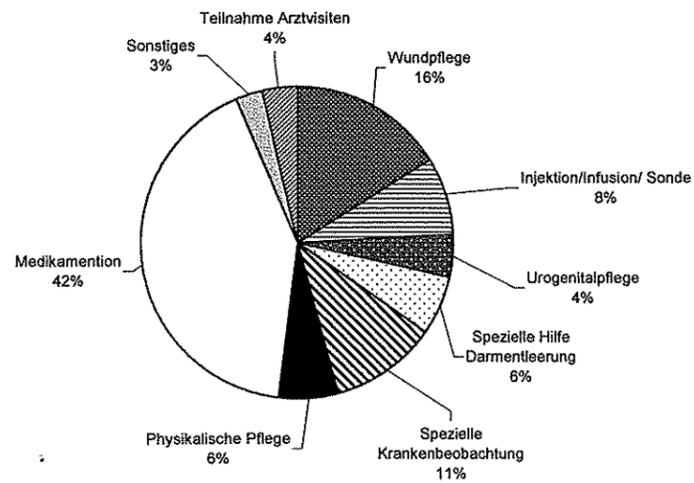
**Tab. 50 Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 0**

**Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 1**



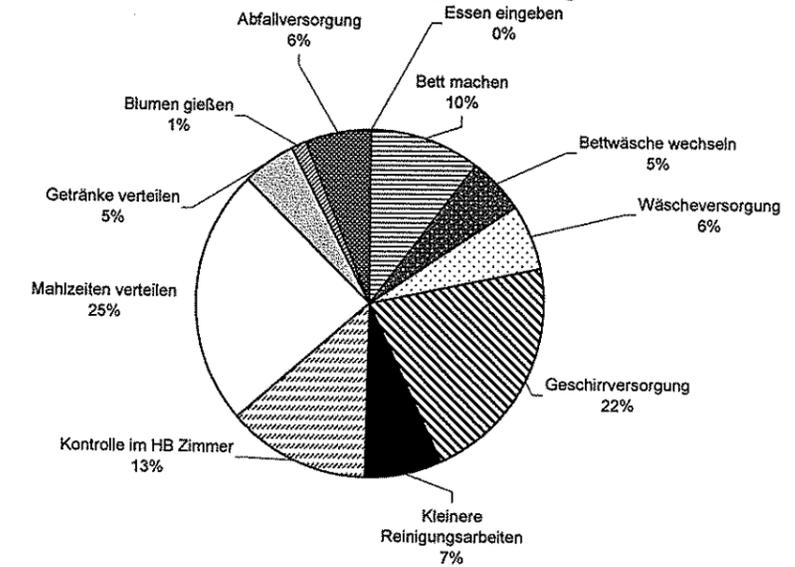
**Tab. 51 Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 1**

**Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 2**



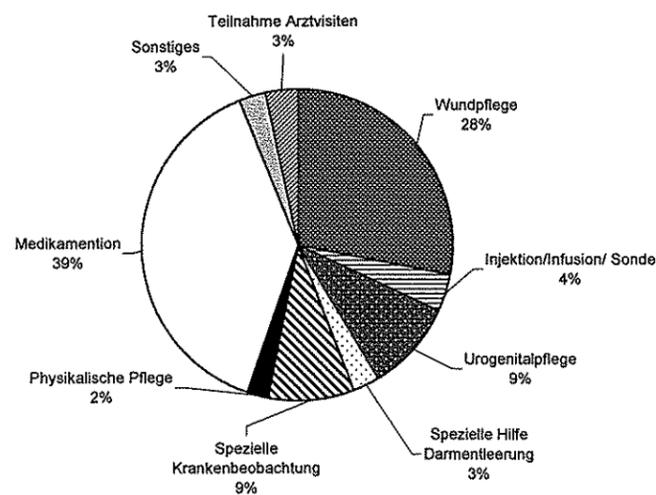
**Tab. 52 Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 2**

**Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 0**



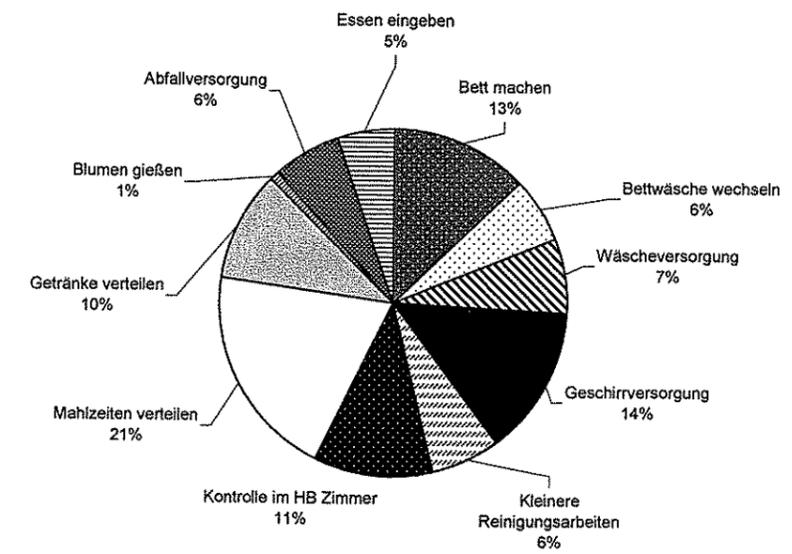
**Tab. 54 Durchschn. Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 0**

**Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 3**

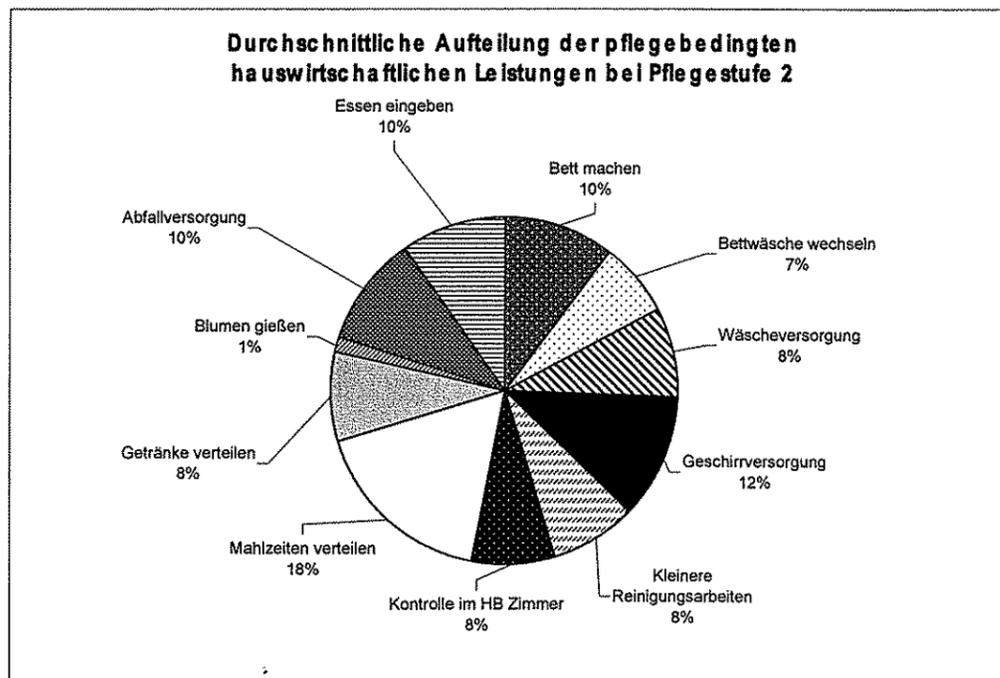


**Tab. 53 Durchschnittliche Aufteilung der Behandlungspflege bei Pflegestufe 3**

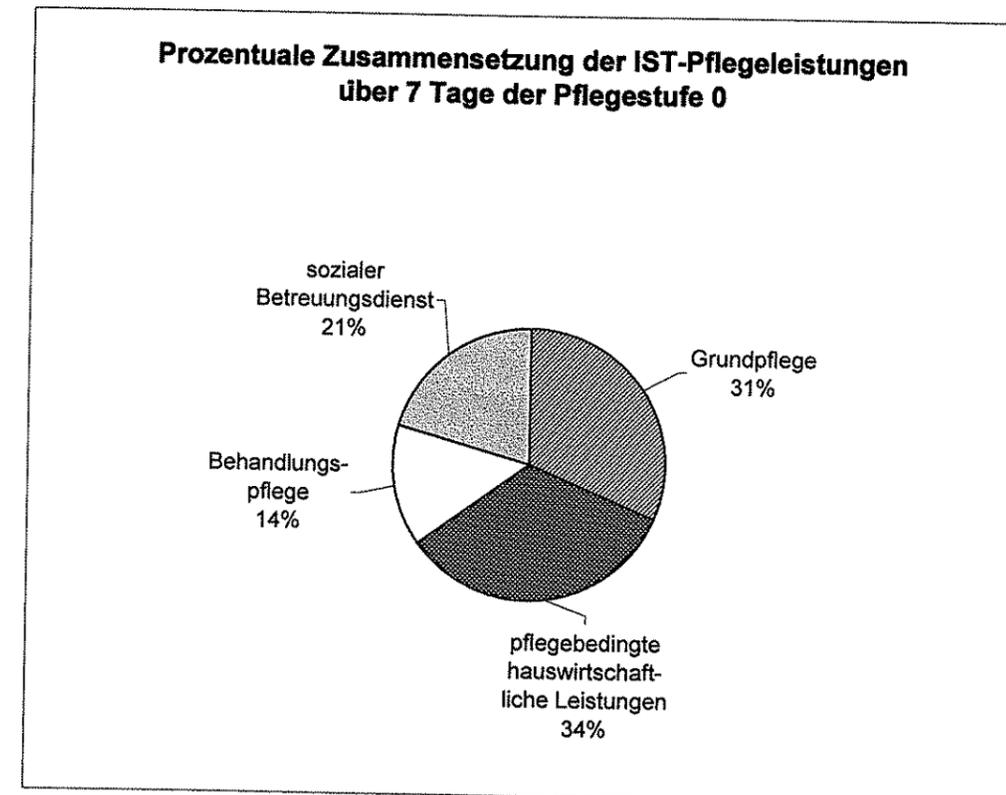
**Durchschnittliche Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 1**



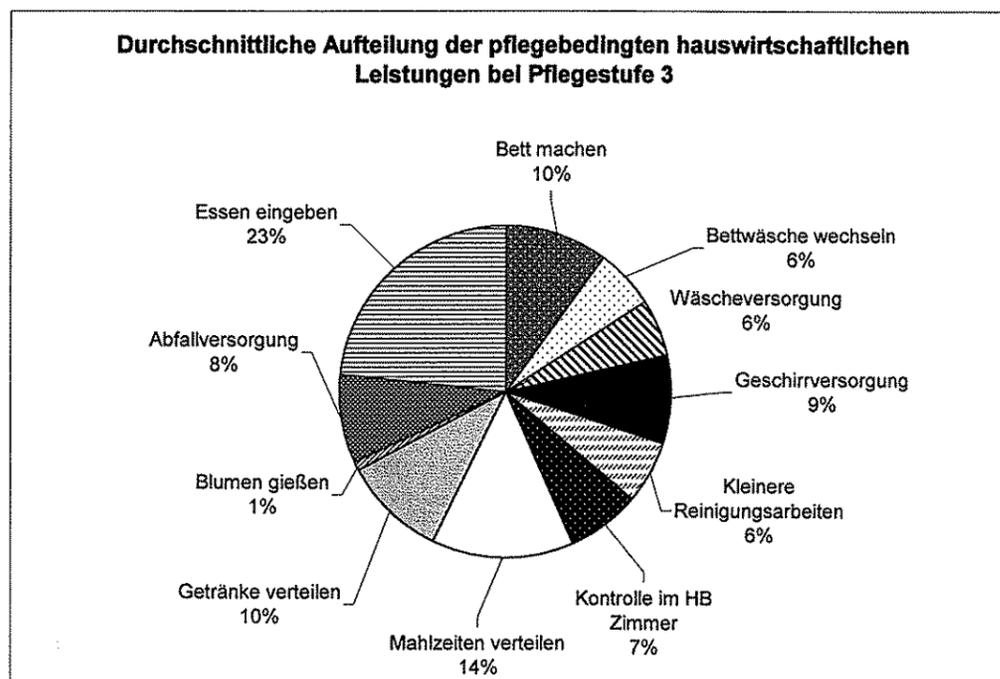
**Tab. 55 Durchschn. Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 1**



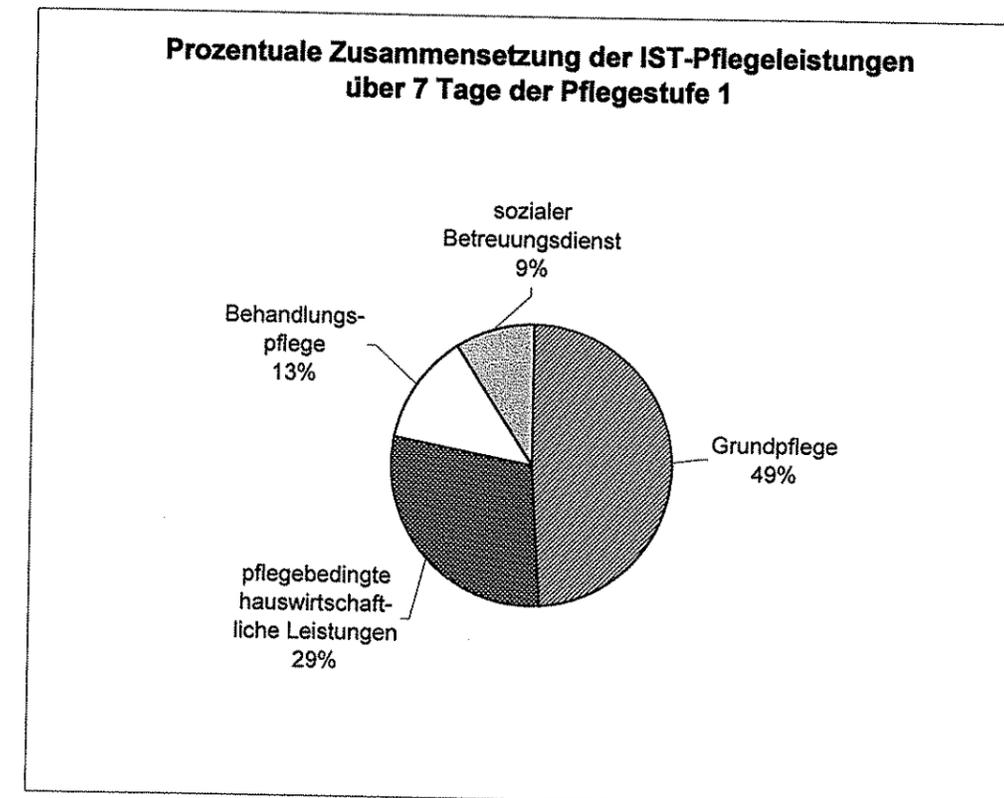
Tab. 56 Durchschn. Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 2



Tab. 58 Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen der Pflegestufe 0

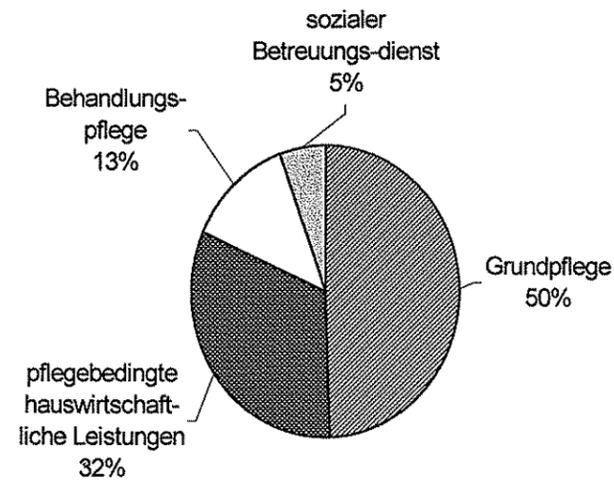


Tab. 57 Durchschn. Aufteilung der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen bei Pflegestufe 3



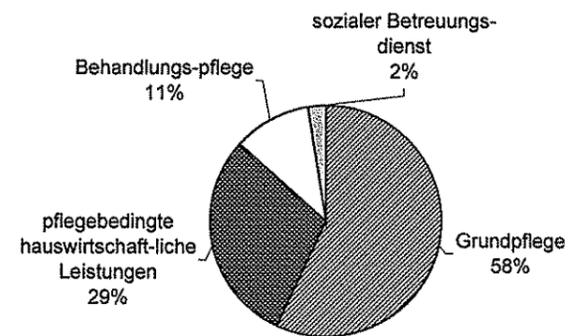
Tab. 59 Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen der Pflegestufe 1

**Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen über 7 Tage der Pflegestufe 2**



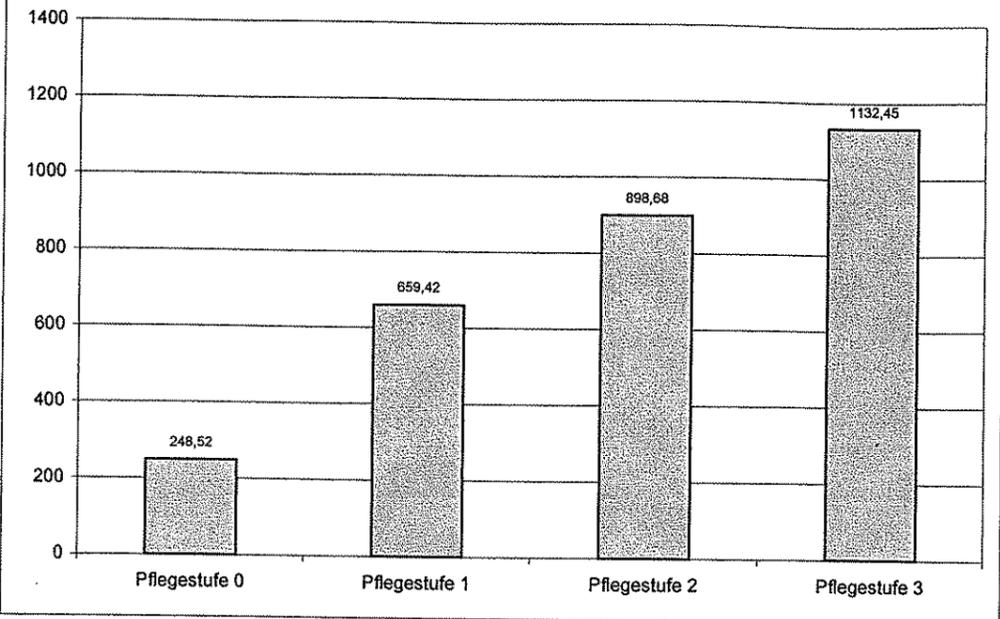
**Tab. 60 Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen der Pflegestufe 2**

**Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen über 7 Tage der Pflegestufe 3**



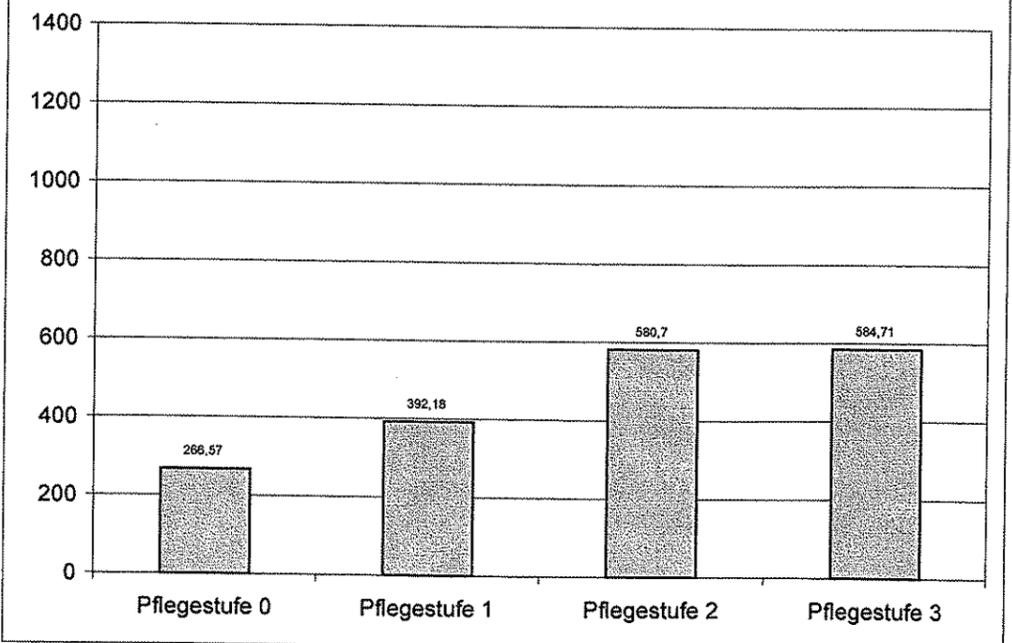
**Tab. 61 Prozentuale Zusammensetzung der IST-Pflegeleistungen der Pflegestufe 3**

**IST-Erhebung-Mittelwert der Grundpflege über 7 Tage in Minuten**  
-nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen-  
(ohne Verteilzeiten)

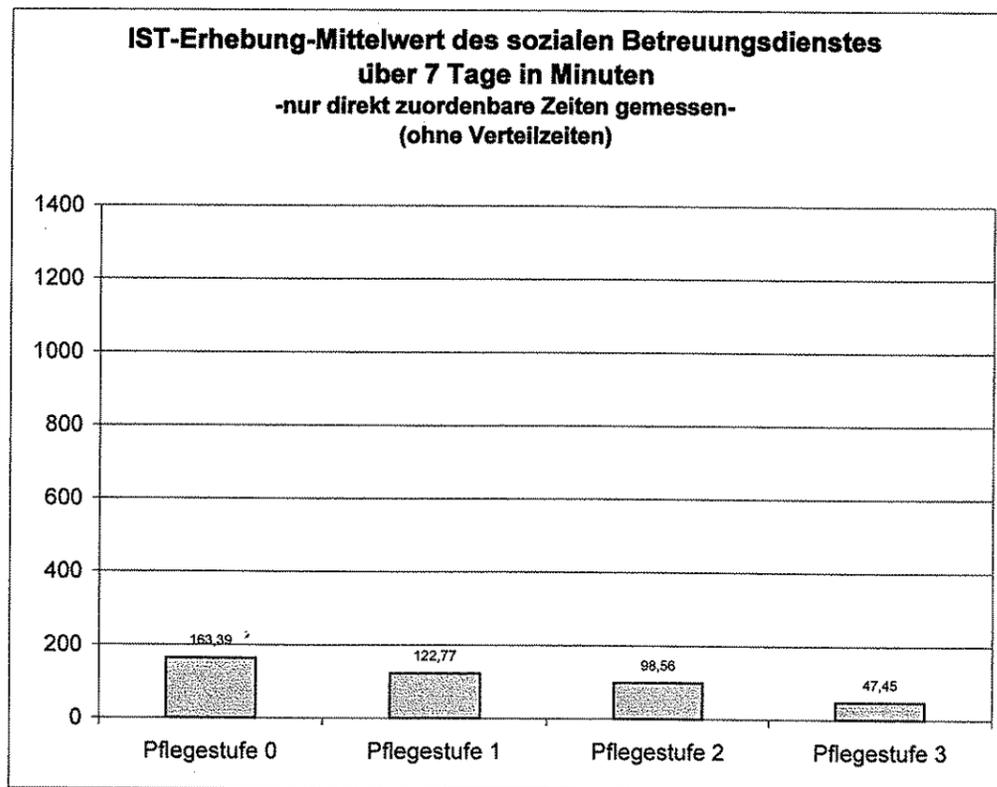


**Tab. 62 IST-Erhebung-Mittelwert der Grundpflege über 7 Tage in Minuten**

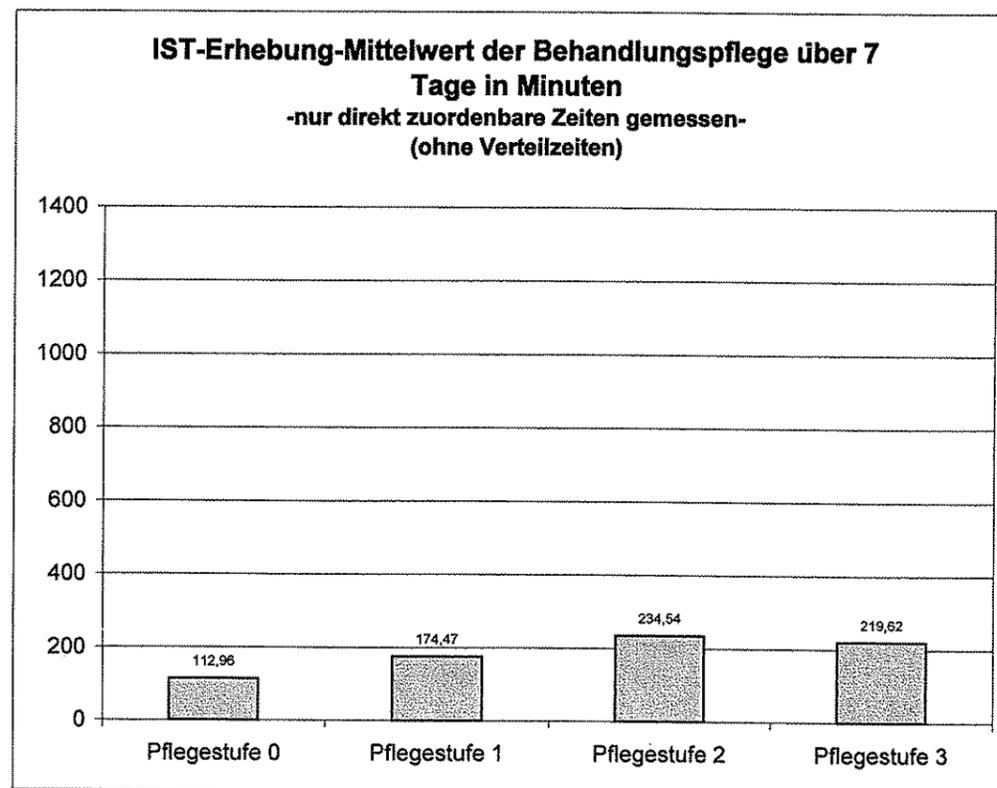
**IST-Erhebung-Mittelwert der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen über 7 Tage in Minuten**  
-nur direkt zuordenbare Zeiten gemessen-  
(ohne Verteilzeiten)



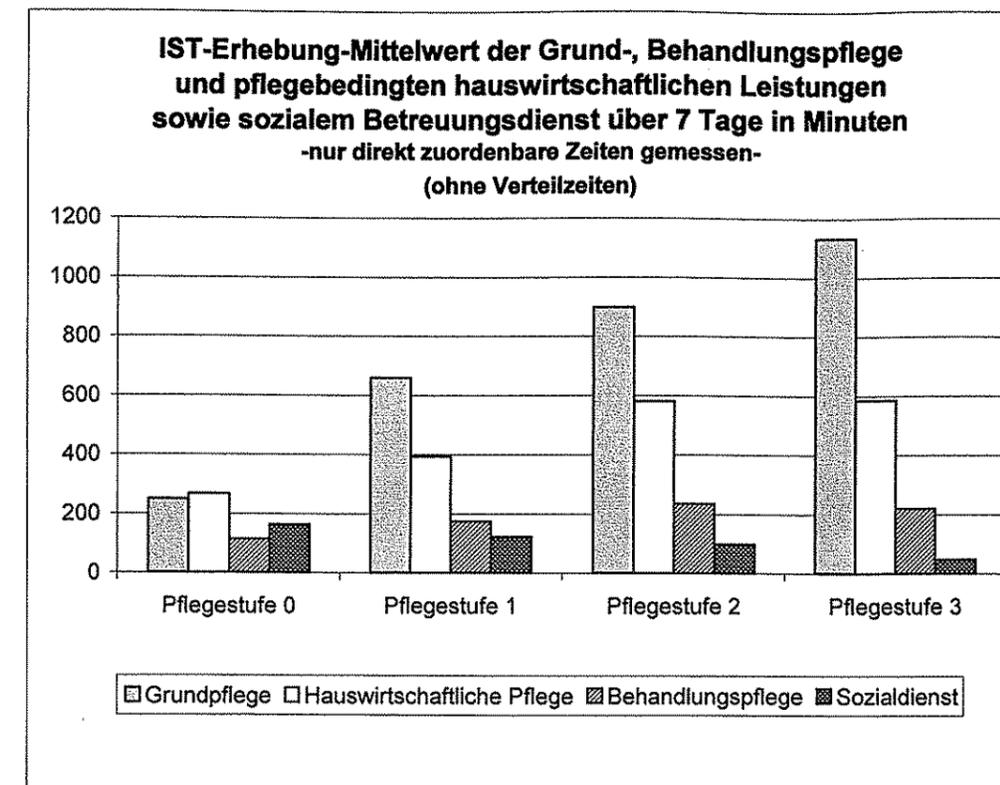
**Tab. 63 IST-Erhebung-Mittelwert der pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen**



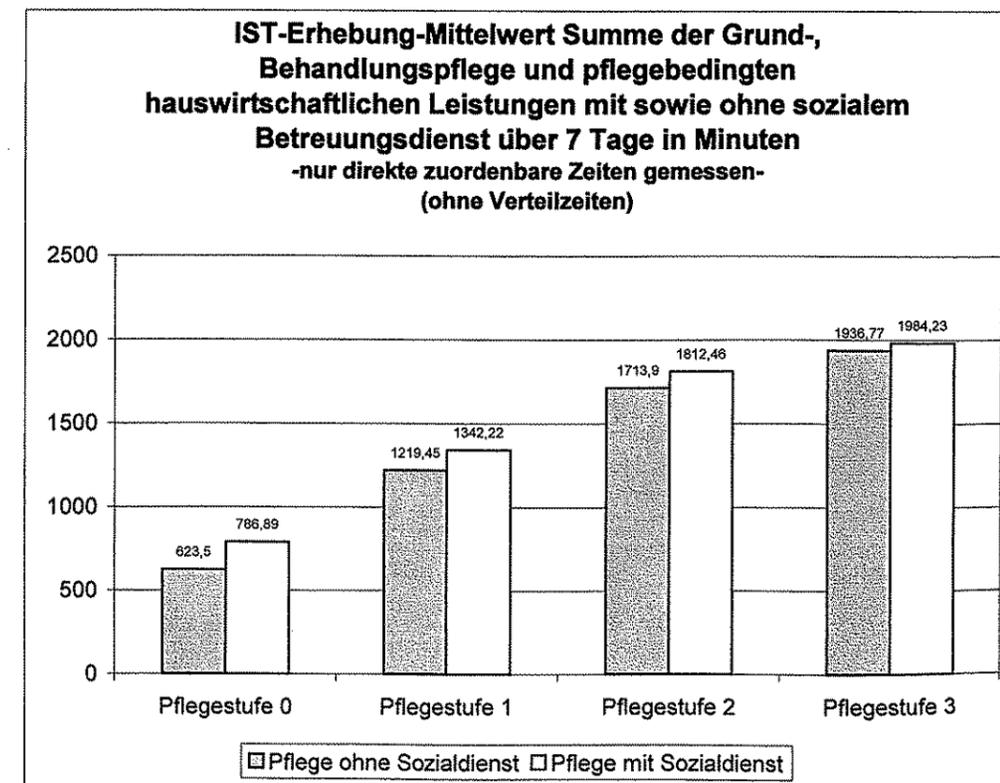
Tab. 64 IST-Erhebung-Mittelwert des sozialen Betreuungsdienstes



Tab. 65 IST-Erhebung-Mittelwert der Behandlungspflege über 7 Tage in Minuten

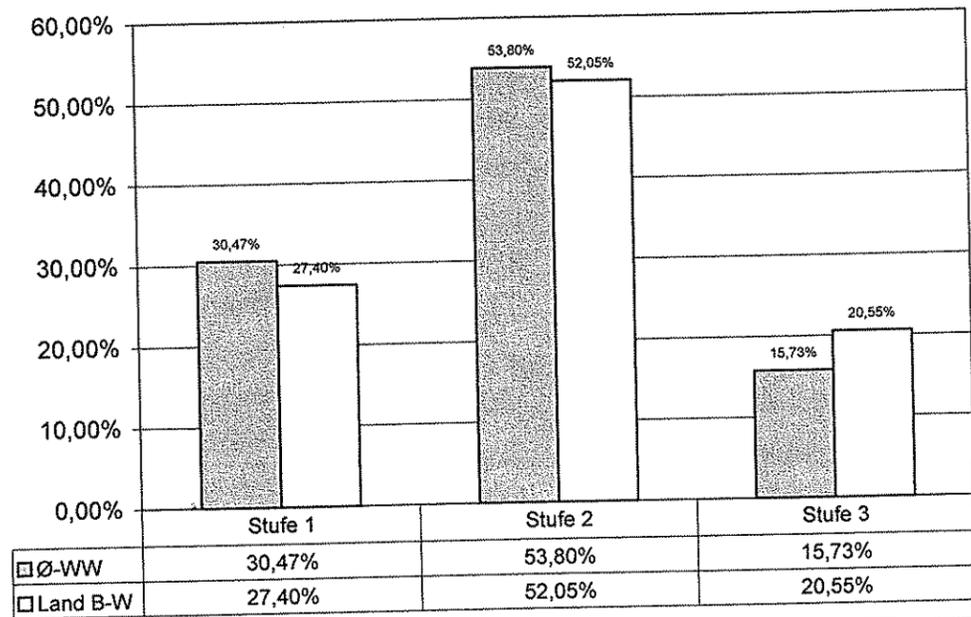


Tab. 66 IST-Erhebung-Mittelwert der Grund-, Behandlungspflege und pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen sowie sozialem Betreuungsdienst



Tab. 67 IST-Erhebung-Mittelwert Summe der Grund-, Behandlungspflege und pflegebedingten hauswirtschaftlichen Leistungen mit sowie ohne SBD

**Pflegestufenverteilung 1997  
Vergleich Land B-W zu Ø WW**



**Tab. 71 Pflegestufenverteilung 1997 Vergleich Land B-W zu Ø WW**