

Aus der Universitätsklinik und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. Johann Behrens

Lassen sich aus Prädiktoren des Assessments bei der Aufnahme
in die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung
Aussagen zur Selbstpflegefähigkeit treffen
und deren Veränderungen prognostizieren?

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet Gesundheits- und
Pflegewissenschaft

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Rüdiger Noelle
geboren am 08. Mai 1962 in Lüdenscheid

1. Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
2. Gutachter: Prof. Dr. Wilfried Mau
3. Gutachter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus-Thomas Kronmüller
Eröffnungsdatum: 06. November 2012
Datum der Verteidigung: 22. August 2013

Referat und bibliographische Beschreibung

Zielsetzung: Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen zu erhalten, in wieweit Routinedaten eine qualitative wie quantitative Darstellung der Selbstpflegefähigkeit im Rahmen von stationärer akut-gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung erlauben und Ableitungen zum Nutzen der zu Pflegenden sowie im Sinne der Qualitätssicherung ermöglichen.

Methode: Ausgewertet wurden 1.429 vollständig dokumentierte Behandlungsverläufe der Jahre 2006-2009. Betrachtet werden zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung die bereits am Anfang der Behandlung zugänglichen Merkmalsausprägungen: Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index sowie der Schwerpunkt der Behandlungseinheit.

Ergebnisse: Mit diesen Elementen lässt sich die Behandlungs- und Pflegesituation der Patientinnen abbilden und es können Aussagen zur Selbstpflegefähigkeit abgeleitet werden. Die Daten sind Entscheidungshilfen zu Begründungen für den mittel- bis längerfristig unterschiedlichen Personaleinsatz der Pflege auf den verschiedenen Stationen. Dabei fällt auf, dass Routinedaten nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung (SGB XI) zu unterschiedlichen Pflegeaufwandseinschätzungen führen. Der Aufwand an Grundpflege nach dem Verständnis des SGB XI wird bei der Berechnung der PsychPV nicht ausreichend berücksichtigt. Die Entwicklung der Selbstpflegefähigkeiten von einzelnen Patientinnen oder Gruppierungen sind mit den bisher erhobenen Parametern nicht prognostizierbar.

Schlussfolgerungen: In der Ressourcenallokation muss eine kurzfristigere Reaktion auf objektivierte, akute Belastungssituationen etabliert werden. Die aufgezeigten Diskrepanzen in der Zuteilung der Ressourcen für die Pflege mit den beiden normativen Instrumenten, 'Pflegeversicherung' und 'Psychiatriepersonalverordnung', muss weiter (politisch) sichtbar gemacht werden. Für die Beratung der Pflegenden und soweit möglich auch der zu Pflegenden ist es notwendig, nach Prognosemöglichkeiten für eine Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit zu suchen, um Entscheidungshilfen bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten zu bieten.

Noelle, Rüdiger: Lassen sich aus Prädiktoren des Assessments bei der Aufnahme [ICD-10, Barthel-Index, Pflegediagnosen und Lebenssituation vor der Aufnahme] in die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung Aussagen zur Selbstpflegefähigkeit treffen und deren Veränderungen prognostizieren? Ist es zu vertreten, dass Managemententscheidungen zur Ressourcenallokation hierauf basieren? Medizinische Fakultät Universität Halle, Dissertation, 75 Seiten, 2012.

Inhaltsverzeichnis

1	Fragestellung	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Ziel der Untersuchung	4
1.3	Gegenstand der Untersuchung	5
1.4	Kasuistik	8
2	Hypothesen	10
3	Methodik	11
3.1	Datensammlung/Datengrundlage	11
3.2	Messinstrumente/Variablen	12
3.2.1	Soziodemographische und organisatorische Daten	12
3.2.2	Erfassung der Versorgungs- bzw. Lebensform	12
3.2.3	Aufnahmediagnose nach ICD-10	12
3.2.4	Die Pflegediagnose	12
3.2.5	Einstufungswerte der PsychPV	13
3.2.6	Einstufungswerte der Pflegeversicherung	14
3.2.7	Barthel-Index	15
3.3	Statistische Auswertung	17
4	Ergebnisse	18
4.1	Stichprobenbeschreibung und soziodemographische Daten	18
4.1.1	Vergleich der Grundgesamtheit mit den Datensätzen der Erhebung	18
4.1.2	Geschlechter- und Altersverteilung in der Untersuchungsgruppe	19
4.1.3	Verteilung der Aufnahmen nach ICD-10-Diagnosegruppen	19
4.1.4	Altersverteilung nach Diagnosen und Schwerpunktbereichen	20
4.1.5	Verweildauer	22
4.1.6	Lebenssituation vor und nach dem Aufenthalt	22
4.1.7	Erste psychiatrische Pflegediagnosen der NANDA-Gruppen Tax II	24
4.1.8	Ausgewählte Kombinationen ICD-10- und NANDA-Gruppen	25
4.2	Schwerstpflegebedürftigkeit	26
4.2.1	Pflegeaufwand nach dem SGB XI	27
4.2.2	Pflegeminuten für Grundpflege nach dem SGB XI in der PsychPV	27
4.2.3	Vergleich der Zeiten nach PsychPV und SGB XI	28
4.3	Barthel-Index	28
4.3.1	SGB XI und Barthel-Index	28

4.3.2	Zusammenhang des Barthel-Index T ₁ zum Alter	30
4.3.3	Barthel- Index T ₁ nach ICD-10 und Behandlungsbereichen	30
4.3.4	Zusammenhang Barthel-Index mit Pflegediagnosen	33
4.3.5	Veränderung der Selbstpflegefähigkeit (BI) von T ₁ zu T ₂	34
4.3.6	Veränderung Barthel-Index von T ₁ zu T ₂ nach Lebenssituation	37
4.4	Prädiktoren für die Veränderung des BI von T ₁ zu T ₂	39
4.4.1	Diagramme zu den möglichen Prädiktoren	39
5	Diskussion	44
5.1	Darstellung der Fehlermöglichkeiten	44
5.1.1	Kritische Betrachtung der Methodik insgesamt	44
5.1.2	Kritische Betrachtung der Stichprobe	45
5.1.3	Kritische Betrachtung der Erhebungsinstrumente	45
5.2	Bedeutung der Ergebnisse	48
5.2.1	Vergleich von Ressourcenallokation PsychPV zu SGB XI	48
5.2.2	Die Elemente des Assessments bei der Ressourcenallokation	51
5.2.3	Möglichkeiten der Ressourcenallokation	56
5.2.4	Selbstpflegefähigkeiten im Behandlungsverlauf	58
5.2.5	Die Lebenssituation	59
6	Schlussfolgerungen	61
7	Zusammenfassung	63
8	Verzeichnisse	65
8.1	Literaturverzeichnis	65
8.2	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	70
9	Thesen	71

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

à	zu jeweils
ADL	Aktivitäten des Lebens
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
ANOVA	Analysis of Variance
ANP	Advanced Nursing Practice
Aufn.	Aufnahme
BADO	(Psychiatrische) Basisdokumentation
BAGkgE	Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen
Betr.	Betreut
BI	Barthel-Index
bzgl.	bezüglich
ca.	cirka
df	degree of freedom
d. h.	das heißt
Diff.	Differenz
DIN	Deutsche Industrie Norm
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Diss.	Dissertation
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EN	Europäische Norm
Entl.	Entlassung
et al.	und andere
EvKB	Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Fak.	Fakultät
F00-F03	hier für die ICD-10 Gruppierung Demenz
F05	hier für die ICD-10 Gruppierung Delir
F2	hier für die ICD-10 Gruppierung Paranoide Schizophrenie
F3	hier für die ICD-10 Gruppierung Depression
G1	hier für die gerontopsychiatrische Regelbehandlung nach der PsychPV
G2	hier für die gerontopsychiatrische Intensivbehandlung nach der PsychPV
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Revision
i. d. R.	in der Regel
ISO	Internationale Normungsorganisation
<i>KI</i>	Konfidenzintervall
<i>M</i>	arithmetischer Mittelwert
<i>Max</i>	Maximalwert
<i>Md</i>	Median
Med.	Medizin
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
<i>Min</i>	Minimalwert
n	Gesamtmenge
NANDA	North American Nursing Diagnosis
NPI	Neuropsychiatric Inventory
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. g.	oben genannt
op	out of print
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

p	Signifikanzniveau
PASW	Predictive Analysis SoftWare (by SPSS)
PN	Primary Nurse
PPK	Primäre Pflegekraft
PsychPV	Psychiatriepersonalverordnung
R	Korrelationskoeffizient
Ran	Range
Sd	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
Sig.	Signifikanz
SP	Schwerpunkt(bereich)
SPSS	vorm. Superior Performing Software System
s. u.	siehe unten
Tax.	Taxonomie
T ₁	erster Zeitpunkt (bei der Aufnahme)
T ₂	zweiter Zeitpunkt (bei der Entlassung)
u. a.	unter anderem
Univ.	Universität
u. U.	unter Umständen
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
§	Paragraph
±	Standarddifferenz

1 Fragestellung

1.1 Einleitung

Die Bevölkerungsgruppe der Über-60-Jährigen wird in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen. Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und einer Vorausberechnungsvariante der unteren Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung werden im Jahr 2030 rund 7,3 Millionen mehr Über-60-Jährige in Deutschland leben (28,5 Millionen) als im Jahr 2009 (21,2 Millionen). Dies entspricht einer Zunahme von 34,5 %. 2030 würden dann 37 % der Einwohner¹ in Deutschland zu den Über-60-Jährigen zählen (2009: 25%). Bei deutlich gesunkener Bevölkerungszahl würde sich bis 2050 der Anteil der Über-60-Jährigen auf 40 % der Bevölkerung weiter erhöhen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Die Veränderungen, die sich aus der steigenden Wahrscheinlichkeit ergeben, dass ältere Menschen häufiger pflegebedürftig werden und einem zwar schwächeren aber doch vorhandenen Zusammenhang von Alter und Krankheit (vgl. Statistisches Bundesamt 2010) sind für alle Akteure des Gesundheitswesens von Bedeutung. Die Unterteilung der Kostenträger in Krankenbehandlung (SGB V), Pflege (SGB XI) sowie Leistungen der Rehabilitation (SGB IX) im Zuge eines gegliederten Systems an Sozialgesetzbüchern muss als Hindernis einer umfassenden Versorgung angesehen werden. Obgleich sich das Krankheitsspektrum hin zu chronischen Erkrankungen verschoben hat, bleibt das Versorgungssystem zu stark auf die Behandlung von akuten Erkrankungen ausgerichtet (vgl. Hurrelmann 2003). Für die Pflege, mit ihrem Vorkommen im privaten wie im institutionellen Bereich, ergeben sich in Deutschland Besonderheiten durch die aktuell stattfindende Professionalisierung (vgl. Fleischmann 2009) der institutionalisierten Pflege, dem Nebeneinander der beteiligten Gesundheitsdienste in der Gesundheitsversorgung (vgl. Höhmann et al. 1999) und die immanenten Übergänge z. B. von Institutionen in Privaträume. . . „Pannen“ bei der Entlassung können zur Pflege motivierte Angehörige gleich zu Beginn überfordern, bestehende Ängste, ob sie die Situation bewältigen können, verstärken und sie letztlich resignieren lassen“ (Höhmann et al. 1999). SCHAEFFER stellte schon 1995 fest, dass eine Verzahnung von präventiv-gesundheitsfördernden mit behandelnden, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Diensten überfällig sei (vgl.

¹ Im Folgenden wird der Einfachheit halber und wegen der besseren Lesbarkeit auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet und i. d. R. nur die weibliche Form benutzt, es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

Schaeffer 1995). Eine Herausforderung ist dies vor allem dann, wenn Pflege im Alter nicht im Bild von Hoffnungslosigkeit und Nihilismus gesehen werden soll, sondern als wesentlicher Faktor der Gesundheitsarbeit über Krankenbehandlung, Rehabilitation bis zur Prävention (vgl. Garms-Homolová 2003).

Hinzu kommt der ebenfalls in der Demographie begründete „Rückgang des Pflegepotentials in der Gesellschaft und eine Zunahme des Bedarfs an (professionellen) medizinischen und pflegerischen Leistungen“ (Statistisches Bundesamt). „In der häuslichen Versorgung ist die Familie der ‚größte Pflegedienst der Nation‘. Bundesweit wurden Anfang 2003 ca. 92 Prozent der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen von Verwandten versorgt“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005). Dieser Bereich der ‚Familienpflege‘, von der Politik mit den entsprechenden Zuschreibungen im Pflegeversicherungsgesetz so gewollt², trifft bei der Aufnahme einer Patientin in die stationäre Krankenbehandlung auf professionelle Pflege. So stehen sich hier die individuelle Expertise der ‚Familienpflege‘ und eine sich im Professionalisierungsprozess befindliche Pflege, die sich zunehmend an pflegewissenschaftlich erarbeiteten Ansätzen oder Forschungsergebnissen (vgl. Panfil 2011) orientiert gegenüber. Im Kontext der stationären Krankenbehandlung ist die Kenntnis der individuellen familialen Pflege in den Pflegealltag der Station zu integrieren. Die in diesem Zusammenhang notwendige, strukturierte, quantitative und qualitative Erhebung des Pflegebedarfs wird gerade unter ökonomischen Gesichtspunkten noch an Bedeutung gewinnen (vgl. Bartholomeyczik 2001).

Im Hinblick auf die Entwicklung im höheren Lebensalter kann nicht mehr eindeutig zwischen Gesundheit und Krankheit oder dem sich gesund oder krank Fühlen unterschieden werden. Mehr noch – einfache, dichotome Sichtweisen sind zur Beschreibung der individuellen Situationen nicht ausreichend. „Ein eher sozialwissenschaftlich oder salutogenetisch orientierter erweiterter Gesundheitsbegriff verdrängt den klassischen, pathogen determinierten Gesundheitsbegriff der Schulmedizin. Begriffe wie Lebenszufriedenheit und ein soziales und psychisches Wohlbefinden rücken verstärkt in den Mittelpunkt“ (Stein & Stummbaum 2009). „Gleichzeitig bietet der medizinische Fortschritt neue Technologien für Diagnostik und Therapie. Hierbei dominieren technische Entwicklungen, die meist lebensverlängernd,

² SGB XI § 3 Vorrang der häuslichen Pflege: Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

jedoch selten kurativ wirken. Innovative Diagnoseverfahren generieren zudem mehr kranke Menschen“ (Schnoor et al. 2011). Darüber führt die Entwicklung des Krankheitspanoramas innerhalb der Bevölkerung zu immer mehr chronischen Krankheitsbildern (vgl. Hüper 2007). „Immer mehr Patienten sind wegen chronischer und systemischer Krankheiten zu behandeln, und dies zunehmend in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ (Beske 2007). In der Folge findet nur ein geringer Teil von Behandlung in Krankenhäusern statt. "Der größte Teil der täglich zu beachtenden Behandlungsmaßnahmen wird zu Hause vom Patienten selbst und/oder seiner Familie durchgeführt" (Corbin & Strauss 1998). „Der in der direkten Lebensumwelt des Patienten auftretende Pflegebedarf bleibt i. d. R. zu einem erheblichen Teil auch während und nach der stationären sowie außerhalb einer ambulanten Behandlung erhalten, wird aber seitens des Gesundheitssystems mit dem Eintritt in das Krankenhaus zu einer Leistung der Krankenbehandlung“ (Noelle et al. 2010). Für den zu Pflegenden wirken sich dabei die Diskontinuitäten der Pflege in vielen Fällen nachteilig aus (vgl. Höhmann et al. 1999), und das bei häufig vorhandenen Mehrfacherkrankungen: “Dabei demonstrieren ältere Patienten zumeist gleich mehrere Begleiterkrankungen. So nehmen z.B. 77-jährige Patienten durchschnittlich 5 Medikamente gleichzeitig ein“ (Schnoor et al. 2011). "Jede Veränderung [...] erfordert von den Betroffenen und den Angehörigen Anpassungsleistungen im Alltagsleben, [...], was zu emotionalen Belastungen führen kann" (Mahoney & Barthel 1965). Und diese emotionalen Belastungen haben einen gravierenden Einfluss auf die Kognition der Patienten. „Geeignete Bewältigungsstrategien können neben einem medizinischen Behandlungsplan und der Ergänzung durch alternative Behandlungsformen eine Stabilität des Krankheitsverlaufs bewirken. Das Zusammenspiel dieser Maßnahmen bildet den übergeordneten Behandlungsplan als so genanntes Schema der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve und dient zur Gestaltung des Krankheitsverlaufs, zur Symptomkontrolle und zur Beherrschbarkeit von Behinderungen“ (Henninger 2003).

Seit den 1970er Jahren ist im Gesundheitswesen der Ruf nach Kostendämpfung zu hören. Es kann allerdings festgestellt werden, dass die Problematik nur zu einem Teil durch steigende Kosten entsteht. Dazu kommen die sinkenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Folge hoher Arbeitslosigkeit und eine steigende Zahl von sozialversicherungsfreien Arbeitsverhältnissen. Die daraus entstehenden Allokationsfragen der Gesundheitspolitik finden sich in allen Bereichen des Gesundheitswesens und führen zu einer Verknappung der Ressourcen in den

handelnden Bereichen (vgl. Schulenburg 2000). „Deshalb wird es jetzt und in Zukunft im deutschen Gesundheitswesen vor allem darum gehen, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln besser auszukommen“ (Vogel & Wasem 2004). In unmittelbarem Zusammenhang mit der geforderten Kostendämpfung sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu sehen. „Mittelkürzungen und Stellenabbau, Rationalisierungen und Preissenkungen sind ohne Zweifel mit Risiken für die Qualität der pflegerischen Versorgung verbunden“ (Simon 2003). In diesen Wechselbeziehungen gilt die vorliegende Untersuchung auch als ein Element des Qualitätsmanagement, welches „nach DIN EN ISO 8402, ..., den bisherigen Oberbegriff Qualitätssicherung [ersetzt]“ (Kamiske & Brauer op. 2003), und als eine wesentliche Aufgabe die Sicherung der bestehenden Qualität bei sinkenden Finanzierungsspielräumen hat.

1.2 Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen darüber zu erhalten, inwieweit vorhandene Routinedaten eine qualitative wie quantitative Darstellung der Selbstpflegefähigkeit im Rahmen von stationärer akut-gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung erlauben und Ableitungen hieraus zum Nutzen der zu Pflegenden und im Sinne der Qualitätssicherung möglich sind.

Dabei geht es zunächst darum festzustellen, ob sich anhand der Abbildung des klinischen Alltags mittels der Routinedaten ein Bild der Realität zeichnen lässt, das mit der Wahrnehmung der Beteiligten übereinstimmt. Die Ressourcenverteilung im Zusammenhang der Pflege, die durch das Pflegemanagement vorgenommen wurde, sollte sich in den Ergebnissen zur Selbstpflegefähigkeit mit den Daten der Pflegeversicherung und des Barthel-Index abbilden.

Es wird erwartet, dass die von NOELLE ET AL. bereits 2009 aufgezeigten Unterschiede in den errechneten Ressourcen nach Pflegeversicherung und Psychiatriepersonalverordnung v. a. in den Bereichen ‘Demenz’ und ‘Psychose’ zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Im Schwerpunkt ‘Demenz’ war der errechnete Ressourcenbedarf nach SGB XI um das 3,5fache höher als nach PsychPV (Noelle et al. 2010).

Forschungen und Veröffentlichungen zu der Suche nach Verlaufsprädiktoren, besonders in der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung wie z. B. von BURKHARDT

UND BURGER, lassen auf eine Möglichkeit schließen, auch im Rahmen der gerontopsychiatrischen Behandlung aus bereits heute standardmäßig vorliegenden Daten Prädiktoren für eine zu erwartende Veränderung der Selbstpflegefähigkeit während der Behandlung abzuleiten (Burkhardt & Burger 2012). Dabei sind sowohl Aussagen für Gruppierungen von Patientinnen mit gleichen Faktoren bei der Aufnahme von Interesse als auch die Frage nach Indikatoren für den einzelnen Fall.

1.3 Gegenstand der Untersuchung

Die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung, die Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist, befindet sich mit ihrem Behandlungsauftrag an einer besonderen Schnittstelle des Gesundheitswesens. Psychiatrische und somatische Erkrankungen sind hier häufig nebeneinander anzutreffen und es lassen sich weitere Bezüge ausmachen, wie die zur Soziologie oder der Ethik (vgl. Höwler 2010). Es sind die, gesellschaftlich vorgegebenen, unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Bereichen der Sozialgesetzgebung hinsichtlich beispielsweise personeller oder räumlicher Ausstattung (vgl. Hundenborn 2003) die zu einem, immer auch belastenden, Wechsel der Betreuungsform in den stationären Bereich führen.

Die Schnittstelle von demographischer Entwicklung und der Veränderung der Morbidität sowie der ökonomische Druck sind auch zentrale Themen der Diakonie. Dabei unterliegt die Diakonie schon aus ihrer Größenordnung als Arbeitgeber heraus, der ständigen Gefahr ihren Selbstzweck als ausreichend hinzunehmen. Ein Viertel aller Mitarbeiterinnen der diakonischen Dienstleister in Deutschland arbeitet in Krankenhäusern. STEFFEN FLESSA plädiert für eine Krankenversorgung als originäre Aufgabe der Diakonie, die nicht zum Selbstzweck wird. Dabei wäre „[e]in diakonischer Träger, der um des Erhaltes der Einrichtung willen seine ursprünglichen, biblisch begründeten Ziele verlässt, [...] zum sinnlosen Selbstläufer geworden, selbst wenn er äußerlich erfolgreich sein sollte“ (Flessa 2003). Wirtschaftlichkeit – ‘Haushalterschaft’ – ist ein häufiges Thema in der Bibel und Verschwendung damit schon dem Grunde nach ein Fehler in diakonischen Betrieben, der folglich bereits aus den Ursprüngen heraus und nicht durch den Druck der Umstände vermieden werden muss (vgl. Flessa 2003). Entsteht die forcierte Ökonomisierung nun lediglich aufgrund der äußeren Umstände sieht FLESSA die Gefahr, dass in der Zukunft diakonische Unternehmen, mit Ausnahme gewisser Symbole, rein kommerzielle Unternehmen werden könnten. Gewinne würden hernach Betriebszweck und die Unternehmen

entfernen sich vom Ursprung ihres Auftrages. „Diakonische Unternehmen sind nicht etwa deshalb zur Liebe berufen, weil dies eine Marktlücke oder ein komparativer Vorteil auf den scharf umkämpften Sozialmärkten wäre, sondern weil alle Christen zur Liebe berufen sind“ (Flessa 2003). Aus der Spannung zwischen diesem hohen Anspruch und den wirtschaftlichen Beziehungen der Diakonie ergibt sich das alltägliche Handlungsfeld. „Ohne ökonomische Fachlichkeit und Management-Know-how verlieren diakonische Unternehmen ihre Zukunftsfähigkeit, ohne theologisch verantwortete Profilierung werden sie zu ununterscheidbaren Mitbewerbern auf dem Markt von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen“ (Haas 2006).

Der Klarheit wegen wird im Folgenden vom Pflegeaufwand statt vom Pflegebedarf gesprochen. Dieser Aufwand wird davon ausgehend erbracht, eine optimale Wirkung zu erzielen. Zugrunde liegt dem eine Wirksamkeitsvermutung, aber es gilt im Interesse der psychisch Kranken, die Vermutung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu prüfen, um aus der Rückschau den individuellen Pflegebedarf weiterer zu Pflegenden besser erkennen zu können und die Pflege danach anzupassen (vgl. Noelle et al. 2010).

Der Begriff des ‘Pflegebedarfs’ muss von der ‘Pflegebedürftigkeit’ deutlich abgegrenzt werden. "Während Pflegebedarf eine Kategorie mit normativem Charakter darstellt und insofern als Ausdruck professioneller Sichtweisen, Kriterien und Entscheidungen zu verstehen ist, sind Bedürfnisse [...] der Person des Patienten zuzuordnen" (Wingenfeld 2003). Pflegebedarf ist die pflegerische Intervention, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen (vgl. Wingenfeld 2003). Der Pflegebedarf stellt die pflegerischen Hilfen dar, die sich aus der Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen mit den abgeleiteten Zielen ergeben. Pflegebedarf entsteht demnach aus Beurteilungs- und Entscheidungsprozessen, in die professionelle Normen, kulturelle Wertvorstellungen und die aktuellen Möglichkeiten des Versorgungssystems einfließen.

Normierend orientieren sich die Systeme zur Pflegebedarfserfassung im deutschsprachigen Raum an Modellen zur Erfassung menschlicher Grundbedürfnisse, z. B. Krohwinkel’s Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens – AEDL (vgl. Krohwinkel 1993).

"Um Pflegebedarf unter diesen Voraussetzungen überhaupt quantifizieren zu können, muss auf fachlich wenig überzeugende Hilfskonstruktionen zurückgegriffen werden: Wenn keine normativen Maßstäbe zur Anwendung kommen, bleibt nur die Orientierung am tatsächlichen Leistungsaufwand. Indem aber das Leistungsgeschehen - Art, Häufigkeit und Dauer der Hilfeleistungen - zum zentralen Bezugspunkt erhoben wird, fließen zwangsläufig Variablen in die Bedarfsbemessung ein, deren Ausprägung durch den jeweiligen Leistungserbringer bzw. die Pflegenden und die äußeren Umstände des Leistungsgeschehens bestimmt wird" (Wingenfeld 2003). Dieser Zusammenhang wird in der vorliegenden Arbeit im Vergleich Pflegebedarfserfassung nach der Pflegeversicherung von Bedeutung sein: wenn während der Behandlung der Pflegebedarf im o. g. Sinn mit zwei Verfahren (nach der PsychPV und der Pflegeversicherung) erhoben und verglichen wird (vgl. Noelle et al. 2010).

Die Erhebung der untersuchten Routinedaten erfolgt im Bereich der stationären Behandlung der Abteilung Gerontopsychiatrie in den Jahren 2006 bis 2009. „Die Abteilung für Gerontopsychiatrie richtet ihr Angebot auf Seniorinnen und Senioren über 65 Jahre mit psychischen Erkrankungen aus. Neben der Akutversorgung psychischer Störungen wurden drei Schwerpunktbereiche gebildet: ‚Depression und Angst im Alter‘, ‚Gedächtnisstörungen, Abbau geistiger Leistungsfähigkeit und Verhaltensauffälligkeiten älterer Patienten‘ und ‚Wahnhaftige Störungen und chronische psychische Erkrankungen im Alter‘“ (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld 2012). Neben diesen diagnosebezogenen Aspekten der Aufteilung werden bei der Zuordnung der Patientinnen in die Bereiche die Selbstpflegefähigkeiten als zweites Zuordnungskriterium genutzt. Die höchsten Ressourcen zur Unterstützung in der Grundpflege stehen der Station für die Demenzbehandlung, die niedrigsten Ressourcen in diesem Zusammenhang der Station für die Depressionsbehandlung zur Verfügung. Für den Bereich der ‚Psychosebehandlung‘ gibt es kein explizites weiteres Zuteilungskriterium bezogen auf die Selbstpflegefähigkeit. Dabei wird immer die aktuell optimale Behandlungssituation für die einzelne Patientin angestrebt. „Für viele Pflegeprozesse sind Präferenzen nicht einfach vorhanden, sondern sie entstehen in Abwägungs- und Klärungsprozessen. Noch präziser: Sie klären sich in der Begegnung, oft in der Begegnung mit Ihnen, den Professionsangehörigen“ (Behrens & Langer 2006).

1.4 Kasuistik

Die nachfolgende Falldarstellung greift die erhobenen Daten einer einzelnen Behandlungsepisode auf und stellt sie in einer konkreten, für die Arbeit der stationären gerontopsychiatrischen Krankenbehandlung repräsentativen Situation dar:

Frau H., 85 Jahre; seit 1975 verwitwet, lebt bei einer Tochter, die auch gesetzliche Betreuerin ist, hat die Pflegestufe II. Die Aufnahme erfolgt mit Unterbringungsbeschluss bei Unruhe, Weglauftendenzen und gestörtem Tag-/Nachtrhythmus.

Auftrag

Ausschluss eines Delirs bei bestehender Diagnose 'Demenz vom Alzheimer-Typ' und Medikationseinstellung.

Pflegeplanung und Dokumentation

Zur Pflegediagnose 'chronische Verwirrtheit': für die Sicherheit der Patientin sorgen // sich klar und einfach ausdrücken // Realitätsorientierung fördern // Validation // Ressourcen der Patientin fördern // Ressourcen der Familie ermitteln. Die ersten 4 Positionen sind täglich in Früh-, Spät- und Nachtschicht durchgeführt und dokumentiert worden, der Familienkontakt nur an einzelnen Tagen.

Zur Pflegediagnose 'gestörte Denkprozesse': vorbeugen weiterer Verschlechterung durch Tagesstruktur // genaue Beobachtung der psychischen Erkrankung // Förderung des Wohlbefindens durch regelmäßige Kontakte // sorgen für ausgewogene Ernährung. Die Medikamentöse Behandlung erfolgt nach ärztlicher Anordnung. Sämtliches ist täglich in Früh- und Spätschicht durchgeführt und dokumentiert worden, in den Nachtschichten nur die Beobachtung und die Medikation.

Zur Pflegediagnose 'Orientierungslosigkeit': einfache Kommunikation // erfassen der Gewohnheiten // erkennen möglicher Gefahren // einhalten von Sicherheitsmaßnahmen // bei Unruhe Patientin ablenken. Sämtliches ist täglich in Früh- und Spätschicht durchgeführt und dokumentiert worden. Ab dem 6. Behandlungstag ist eine Perspektiv- und Entlassplanung schriftlich formuliert worden.

Zur Pflegediagnose 'Selbstversorgungsdefizit': Beim An- und Auskleiden individuelle Unterstützung geben // Hilfsmittel beschaffen, bereitstellen und zur Selbstständigkeit anleiten // Sämtliches ist täglich in Früh- und Spätschicht durchgeführt und dokumentiert worden, in den Nachtschichten nur punktuelle Unterstützung.

Aus dem Entlassungsbrief

„Vom stationären Therapieprogramm nahm Frau H. neben aktivierender und motivierender Pflege an der Ergotherapie und den Gruppenangeboten teil, konnte aber nur sehr eingeschränkt davon profitieren. Frau H. benötigte den schützenden und überschaubaren Rahmen unserer Station. Sie war tagsüber ausreichend ruhig und hat nachts überwiegend geschlafen, sodass durch die Gesamtheit der stationären Anwendung zumindest eine gewisse Verbesserung des Tag-/Nachtrhythmus erreicht werden konnte.“

Barthel-Index

bei Aufnahme 75 Punkte; bei Entlassung 60 Punkte: Toilettenbenutzung von 10 (selbstständig) auf 5 (benötigt Hilfe); Harn- und Stuhlkontinenz je von 10 (selbstständig) auf 5 (überwiegend kontinent).

2 Hypothesen

Aus Elementen des Assessments bei der Aufnahme Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme lassen sich Aussagen zur Selbstpflegefähigkeit ableiten.

Vergleichbare Personengruppen erhalten unterschiedliche Ressourcenzuteilungen nach dem SGB XI im Sinne des vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) akzeptierten Pflegeaufwands und der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV).

Aus Elementen des Assessments bei der Aufnahme Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme lassen sich Managemententscheidungen zur Ressourcenallokation ableiten.

Aus Elementen des Assessments bei der Aufnahme Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme lassen sich Prädiktoren für eine Veränderung der Selbstpflegefähigkeit feststellen.

3 Methodik

3.1 Datensammlung/Datengrundlage

Im Rahmen einer Vollerhebung mit einem Auswahl-Bias, der durch die Setzung des Kriteriums der vollständigen Datenerhebung gegeben war, wurden 1.429 Behandlungsverläufe der Jahre 2006-2009 durch einen Prä-/Postvergleich untersucht. Die Erhebungen erfolgten zum Zeitpunkt der Aufnahme (T_1) und zum Zeitpunkt der Entlassung (T_2). Die Datensätze wurden den Dokumentationen am Ende der Behandlung entnommen.

„Die psychiatrische Basisdokumentation (BADO) hat eine lange Geschichte, beginnend mit dem ‚Normalschema‘ von Flemming 1846“ (Spiessl 2009). In der von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfohlenen Form für psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und Abteilungen erfasst sie soziodemografische und erkrankungsbezogene Variablen. Sie hat sich bei adäquater Methodik und Auswertung als ein wichtiges, ausreichend valides und reliables Instrument der Qualitätssicherung erwiesen. Ökonomischer Druck mit geringeren personellen Ressourcen und zunehmenden administrativen Aufgaben haben dazu geführt, dass die BADO oft auf ein Minimum reduziert wurde und Auswertungen oft nicht mehr stattfinden (vgl. Spiessl 2009). Daten zu Schweregrad und Outcome erheben nur wenige Abteilungen routinemäßig (vgl. Böcker 2009). Für JANSSEN sind die Routinedaten daher zurzeit im Wesentlichen als Unterstützung zur Problemerkennung nutzbar. Aber auch dafür ist ein zusätzlicher Arbeitsaufwand erforderlich, bei dem es darum geht einen Kompromiss zwischen Wünschenswertem und Machbarem zu finden (vgl. Janssen 2009).

Mit Elementen der Grounded Theory wurden die Daten z. B. durch offenes Kodieren aufgebrochen und mittels axialen Kodierens neu zusammengefügt. „Obgleich offenes und axiales Kodieren getrennte analytische Vorgehensweisen sind, wechselt der Forscher zwischen diesen beiden Modi hin und her, wenn er mit der Analyse beschäftigt ist“ (Strauss & Corbin 1996). Kategorien, deren Eigenschaften und dimensionale Ausprägungen konnten so gefunden werden. Muster wurden identifiziert und die Daten entsprechend gruppiert.

3.2 Messinstrumente/Variablen

3.2.1 Soziodemographische und organisatorische Daten

Ausgewertet werden soziodemographische Daten: Alter, Geschlecht, Verweildauer und der Schwerpunkt der behandelnden Station nach „Demenz (hohes Selbstversorgungsdefizit)“, „Depression (geringes Selbstversorgungsdefizit)“ oder „Psychosen“.

3.2.2 Erfassung der Versorgungs- bzw. Lebensform

Die Versorgungs-/Lebensform vor und nach der Behandlung wurde nach einer angenommenen Betreuungsintensität erfasst:

„Allein lebend“ – keine bis geringe Betreuungs- und Pflegeintensität;

„Mit Angehörigen lebend“ – Betreuungs- und Pflegeleistungen werden durch Angehörige geleistet bzw. koordiniert;

„Betreutes Wohnen“ – in der Wohnung wird seitens eines Anbieters Kontakt gehalten, Hilfsangebote werden zum Einschätzungszeitpunkt in unterschiedlicher Intensität genutzt;

„Wohngemeinschaft“ – für eine gemeinsam lebende Gruppe steht eine ständige Betreuung durch einen Pflegedienst zur Verfügung und

„Heimunterbringung“ – der Betreuungs- und Pflegeaufwand entspricht schwerer/schwerster Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (siehe 3.2.6).

3.2.3 Aufnahmediagnose nach ICD-10

Die Aufnahmediagnose nach ICD-10 wurde nach folgenden Bereichen gruppiert:

Demenzen, Andere organische Störungen, Delirien, Suchterkrankungen, Schizophrenien und psychotische Störungen, Depressionen, gehoben affektive Störungen, Angst und somatoforme Störungen.

3.2.4 Die Pflegediagnose

Die Pflegediagnose wird zu Beginn der Behandlung, spätestens am ersten Werktag nach der Aufnahme, durch die primäre Pflegekraft (PPK) oder synonym Primary Nurse (PN) festgelegt. Die Entscheidungsfindung geschieht durch die Pflegenden der direkten Handlungsebene. Es entstehen klare Zuweisungen und eine Übernahme von Verantwortung (vgl. Manthey Marie 2005). In die Untersuchung aufgenommen wurde die führende psychiatrische Pflegediagnose in der Klassifikation der Pflegediagnosen

nach NANDA Tax II (vgl. Doenges et al. 2002): Gesundheitsförderung, Ernährung, Ausscheidung, Aktivität/Ruhe, Perzeption/Kognition, Selbstwahrnehmung, Rolle/Beziehung, Sexualität, Coping/Stresstoleranz, Sicherheit/Schutz, Wohlbehagen.

Im Zentrum der Untersuchung stehen die das Gedächtnis betreffenden Pflegediagnosen aus der Gruppe Perzeption/Kognition:

Wahrnehmungsstörung – Eine Veränderung der aufgenommenen Reize bei gleichzeitiger verminderter, gesteigerter oder verzerrter Reaktion auf diese Reize

Orientierungsstörung – Anhaltend(!) fehlende Orientierung bezüglich Person, Ort, Zeit

Akute Verwirrtheit – Reversibler Zustand von plötzlich auftretenden Veränderungen und Störungen der Aufmerksamkeit, im Denkvermögen, in der psychomotorischen Aktivität, im Bewusstseinsgrad und/oder im Schlaf/Wachzyklus mit besonderer Auswirkung auf die Orientierung

Chronische Verwirrtheit – Irreversible, seit langem bestehende und/oder progressive schwere Beeinträchtigung von Intellekt und Persönlichkeit, auffallend durch Störungen von Gedächtnis, Orientierung und Verhalten

Gestörte Denkprozesse – Beeinträchtigte Gedächtnisleistung, deren Veränderung der Denkprozesse vor allem das Gedächtnis betrifft in Abgrenzung zur akuten Verwirrtheit bei der hauptsächlich die Orientierung betroffen ist

Beeinträchtigte Gedächtnisleistung – Unfähigkeit, Informationen oder verhaltensbezogene Handlungen zu erinnern oder zu behalten (vgl. Doenges et al. 2002).

3.2.5 Einstufungswerte der PsychPV

Bereits in den Empfehlungen der Expertenkommission des Bundestages zur Reform der Versorgung in der Psychiatrie 1988 wurde in verschiedenen Kontexten vorgeschlagen, die bis dahin übliche globale Personalbemessung durch eine aufgabenbezogene Grundlage zu ersetzen. Bei der Definition der Eingruppierungsstufen in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) findet sich eine Betonung darauf, dass es sich im Wesentlichen um Pflege im Sinne von Behandlungspflege handelt, die einen therapeutischen Hintergrund hat (vgl. Kunze & Kaltenbach 2005). Besonders werden die Behandlungsfälle von den so genannten Pflegefällen abgegrenzt (vgl. Kunze & Kaltenbach 2005). Für die vorliegende Untersuchung wurden speziell die Aufgaben aus den Bereichen 'Regelaufgaben Pflegepersonal – 1. Allgemeine Pflege' isoliert, die den Pflegeelementen der

Pflegeversicherung in der grundpflegerischen Versorgung entsprechen (vgl. Kunze & Kaltenbach 2005). Betrachtet wurden demnach Mobilisation, Anleitung und Unterstützung zur Eigenhygiene sowie Sicherstellung der Nahrungsaufnahme (vgl. Udsching et al. 2010). Dabei sei auf die fachliche Problematik der Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege hingewiesen, da auch als Grundpflege bezeichnete Handlungen regelmäßig von rehabilitativ therapeutischer Relevanz sind und in ihrer Komplexität der Pflegerealität nicht auf eine standardisierte Situation reduziert werden können (vgl. Wingefeld 2003). Nominell findet sich dieser Anspruch an eine individuelle und immer ebenso rehabilitative Pflege auch in der Pflegeversicherung (vgl. Udsching et al. 2010). Für die vorliegende Untersuchung ergibt sich ein Spannungsbogen von der Standardisierung, die erst eine gewisse Vergleichbarkeit ermöglicht, zu den höchst individuellen Lebenssituationen der Patientinnen.

3.2.6 Einstufungswerte der Pflegeversicherung

Der Pflegeaufwand nach dem Pflegeversicherungsgesetz³ wird für die vorliegende Untersuchung wie folgt angenommen:

Bei einem Pflegeaufwand, der keine Beantragung einer Einstufung rechtfertigt oder bei Stufe 0⁴ – keine Minuten (obgleich bis 44 Minuten möglich),
Stufe 1 – 75 Minuten (lt. SGB XI § 15 zwischen 45 und 119 Minuten),
Stufe 2 – 180 Minuten (lt. SGB XI § 15 zwischen 120 und 239 Minuten),
Stufe 3 – 360 Minuten (lt. SGB XI § 15 über 240 Minuten, immer auch nachts).

³ SGB XI: § 15 SGB XI Stufen der Pflegebedürftigkeit (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen: 1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. (2) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. (3) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

⁴ SGB XI Klassifizierung für Menschen, denen im Gutachten des MDK bescheinigt wurde, dass eine vollstationäre Pflege erforderlich ist, wenn die Voraussetzungen für die Pflegestufe I nicht erfüllt sind. "Heimbedürftigkeitsbescheinigung" im Sinne der §§ 61 ff. SGB XII.

3.2.7 Barthel-Index

Der Barthel-Index (BI) wurde 1965 von der Physiotherapeutin DOROTHEA W. BARTHEL und der Ärztin FLORENCE I. MAHONEY zur Beurteilung des funktionellen Status von Patientinnen mit neuromuskulären und muskuloskelettalen Erkrankungen eingeführt (vgl. Mahoney & Barthel 1965). Er hat sich zu einem weltweit verbreiteten Instrument bzw. zum 'Gold Standard', zur Messung der Selbstversorgungsfähigkeiten im Alltag entwickelt. V. a. seine verhältnismäßig einfache und relativ schnelle Erhebung sowie die Bildung eines Summenscores haben sich positiv auf die Praxistauglichkeit ausgewirkt. Validität und Reliabilität des Instrumentes sind in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden. Der BI fand Anwendung durch unterschiedliche Professionen, als Selbst- und Fremdbefragungsinstrument, direkt und per Telefon und als Beobachtungsinstrument in verschiedenen klinischen Strukturen (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI 2012). Der zur Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten von chronisch Kranken mit neuro-muskulären Erkrankungen entwickelte Barthel-Index findet sich als häufige Adaption in anderen Zusammenhängen z.B. als Qualitätskennzahl, als Kontrollparameter von Behandlungsverläufen und als Maßstab der Vergütungsstrukturen. „Der Barthel- Index (BI) ist ein bewährtes, einfach anzuwendendes, anschauliches und in der Geriatrie fest etabliertes Assessmentinstrument zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen. Er erfährt über seinen ursprünglichen, klinisch orientierten Einsatz hinaus allerdings zunehmend neue Verwendungszusammenhänge vom Qualitätsparameter über ein Instrument zur Leistungssteuerung bis zur Erfassung von Pflege- oder erlösrelevantem Behandlungsaufwand“ (Lübke et al. 2004).

Das für die Erfassung genutzte Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index stellt keinen 'neuen' Barthel-Index dar. Es liefert für die praktische Anwendung notwendige und ergänzende Präzisierungen. Dies geschieht in einer systematisch an der faktischen Einstufungspraxis und deren Erfordernissen orientierten Form. Dabei teilt auch das Hamburger Einstufungsmanual die Alltagsaktivitäten in zehn Items ein, die in fünf, zehn oder 15 Punktschritten gewichtet sind. Maximal können 100 Punkte für die abgefragten Bereiche eine volle Selbstständigkeit der Patientinnen bedeuten. Entscheidend bei dem Hamburger-Manual ist die Bewertung von nur dem, was die Patientin tatsächlich aus eigenem Antrieb in ihrer aktuellen Situation tut, nicht was sie

von ihrer Motorik theoretisch oder unter anderen äußeren Bedingungen könnte
(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI 2012).

Die Möglichkeit den BI als Prädiktor für Behandlungsergebnisse im Blick auf die
Aktivitäten des täglichen Lebens einzusetzen, kann zahlreichen Studien, vor allem aus
dem Bereich der Frührehabilitation, zu folge als ein erprobtes Verfahren angesehen
werden, nach dem Verlaufseinschätzungen jeweils für Patientengruppen möglich sind
(vgl. u a. Rollnik 2009; Mueller-Thomsen et al. 2003).

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte durch den Autor. Die Patientendaten wurden EDV-gerecht verschlüsselt, erfasst und mit dem Programmsystem SPSS PASW Statistics 18 für Windows bearbeitet.

Zur Beschreibung der Verteilung der Daten wurden statistische Maßzahlen berechnet:

- der arithmetische Mittelwert (*M*) und der Median (*Md*) als Maßzahlen zur zentralen Lage,
- die Standardabweichung (*Sd*), Minimal- (*Min*) und Maximalwert (*Max*) zur Charakterisierung der Streuung – Range (*Ran*),
- 95% Konfidenzintervalle (*KI*) für die Mittelwerte (vgl. Bortz & Döring 2006).

Bei der Überprüfung der Signifikanz der Unterschiede in den Datensätzen wurden T-Tests für gepaarte und ungepaarte Stichproben sowie Varianzanalysen⁵ (ANOVA) durchgeführt und ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ festgelegt (vgl. Bortz & Döring 2006).

Als Korrelationsmaß wurde zwischen ordinalen Variablen der Spearmansche Korrelationskoeffizient und zwischen intervallskalierten Variablen der Pearsonsche Korrelationskoeffizient eingesetzt (*R*) (vgl. Bortz & Döring 2006).

Die Ermittlung einer Prognosemöglichkeit für die Entwicklung der Selbstpflege, gemessen mit dem Barthel-Index, erfolgt über eine Regressionsanalyse mit der Darstellung uni- und multivariater Zusammenhänge und einem linearen Regressionsmodell (vgl. Bortz & Döring 2006).

⁵ Analysis of Variance

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung und soziodemographische Daten

Im Untersuchungszeitraum vom 01.01.2006 bis 31.12.2009 wurden 2.488 Behandlungen durchgeführt. Davon gelangten 1.417 Datensätze von je einem Behandlungsverlauf, die das gesetzte Kriterium der Vollständigkeit erfüllten, in die Untersuchung. Damit konnten 56,95% der Behandlungen des Zeitraums in die Untersuchung aufgenommen werden. Für eine erste Einschätzung der Daten ist, mit Blick auf den Auswahl-Bias als eine der möglichen Bias-Arten (vgl. Behrens & Langer 2006), die Einfluss nehmen konnten, der Vergleich der Grundgesamtheit mit den nach dem Kriterium der Vollständigkeit ausgewählten Datensätzen von großer Bedeutung.

4.1.1 Vergleich der Grundgesamtheit mit den Datensätzen der Erhebung

Tabelle 1: Vergleich Grundgesamtheit mit den Datensätzen der Erhebung

	Fälle gesamt		Datensätze der Stichprobe	
Gesamt	2.488	100%	1.417	100%
Männer	826	33,2%	472	33,3%
Frauen	1662	66,8%	945	66,7%
Bereich Depression	726	29,18%	539	38,04%
Bereich Demenz	833	33,48%	230	16,23%
Bereich Psychose	929	37,34%	648	45,73%
Altersmittel gesamt	77,25		76,87 (Diff.: -0,38)	
Altersmittel Männer	75,31		75,12 (Diff.: -0,19)	
Altersmittel Frauen	78,21		77,74 (Diff.: -0,47)	
Altersmittel Depression	75,24		75,64 (Diff.: +0,4)	
Altersmittel Demenz	79,86		80,15 (Diff.: +0,29)	
Altersmittel Psychose	77,25		76,72 (Diff.: -0,53)	
Verweildauer gesamt	28,54		27,67 (Diff.: -0,87)	
Verweildauer Depression	37,26		35,74 (Diff.: -1,52)	
Verweildauer Demenz	25,65		26,73 (Diff.: +1,08)	
Verweildauer Psychose	24,32		21,29 (Diff.: -3,01)	

Die nah beieinander liegenden Werte 'Verteilung zwischen Männern und Frauen' und die entsprechenden Altersmittelwerte bilden die Verteilung in der Grundgesamtheit gut in der Stichprobe ab. Während die Unterschiede bei der Verteilung von Altersmittelwert und Verweildauer nach den Schwerpunktbereichen in eben dieser Unterscheidung begründet sind, ist die divergente Stichprobengröße zwischen den Schwerpunktbereichen kritisch zu betrachten. Möglicherweise gibt es Zusammenhänge von Behandlungsverläufen und der Vollständigkeit der Dokumentation.

4.1.2 Geschlechter- und Altersverteilung in der Untersuchungsgruppe

Tabelle 2: Geschlechter- und Altersverteilung

		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Sd</i>	<i>Ran</i>	<i>KI</i>
Gesamt	1.417	76,87	77	±8,33	48-98	76,43- 77,30
Männer	472	75,12	74	±8,23	48-98	74,38- 75,87
Frauen	945	77,74	78	±8,24	49-98	77,21- 78,26

Der Unterschied zwischen den Gruppen ist signifikant ($p < 0,05$). Eine Korrelation ($R = 0,15$) kann nicht festgestellt werden.

4.1.3 Verteilung der Aufnahmen nach ICD-10-Diagnosegruppen

Tabelle 3: Verteilung der Fälle nach ICD-Diagnosegruppen

n 1417	Häufigkeit	Prozent
Depressionen	597	42,1%
Demenzen	313	22,1%
Psychotische Störungen	236	16,7
Delirien	161	11,4%
Angst, somatoforme Störungen	51	3,6%
andere organische Störungen	39	2,8%
Suchterkrankungen	16	1,1%
gehoben affektive Störungen	4	0,3%

In die Berechnungen, die im Zusammenhang mit den ICD-10-Diagnosegruppen stehen, werden im Folgenden nur die Fälle „Demenzen“, „Delirien“, „Schizophrenien“, „psychotische Störungen (Psychosen)“ und „Depressionen“ und damit 1.307 (92,3%) Fälle einbezogen.

4.1.4 Altersverteilung nach Diagnosen und Schwerpunktbereichen

Da für die Aufnahmen der Patientinnen hinsichtlich der Behandlungsschwerpunkte weitere Kriterien, besonders die Selbstpflegefähigkeit genutzt werden, ergeben sich andere Altersverteilungen nach den Diagnosen und den Schwerpunktbereichen. Der Unterschied zwischen den Behandlungsschwerpunkten ist signifikant ($p < 0,05$). Dabei ergibt sich folgendes Bild zum Alter der Patientinnen bei Aufnahme in Verbindung mit der ICD-Gruppe und den Stationsschwerpunkten n 1.307:

Tabelle 4: Altersverteilung nach Diagnosen und Schwerpunktbereichen

ICD-10	Bereich	Anzahl	Prozent	M	MD	Sd	Ran	KI
Depression	Depression	231	17,7%	76,15	76,00	7,559	54-91	75,17-77,13
	Demenz	97	7,4%	81,25	82,00	7,349	60-98	79,77-82,73
	Psychose	269	20,6%	77,44	78,00	9,008	49-96	76,36-78,52
	gesamt	597	45,7%	77,56	78,00	8,380	49-98	76,89-78,23
Demenz	Depression	110	8,4%	75,74	75,50	7,217	60-93	74,37-77,10
	Demenz	48	3,7%	81,85	84,00	6,188	64-93	80,06-83,65
	Psychose	155	11,9%	76,57	76,00	8,542	53-97	75,22-77,93
	gesamt	313	23,9%	77,09	76,00	8,016	53-97	76,20-77,98
Psychose	Depression	103	7,9%	75,47	76,00	7,767	50-94	73,95-76,98
	Demenz	38	2,9%	76,32	76,50	10,180	56-97	72,97-79,66
	Psychose	95	7,3%	75,68	74,00	8,677	48-97	73,92-77,45
	gesamt	236	18,1%	75,69	75,00	8,526	48-97	74,60-76,78
Delir	Depression	46	3,5%	74,61	74,00	6,191	62-88	72,77-76,45
	Demenz	34	2,6%	78,35	81,50	8,869	50-89	75,26-81,45
	Psychose	81	6,2%	76,31	75,00	9,423	51-95	74,2378,39
	gesamt	161	12,3%	76,25	75,00	8,551	50-95	74,92-77,59

gesamt	Depression	490	37,5%	75,77	76,00	7,403	50-94	75,11-76,43
	Demenz	217	16,6%	80,06	81,00	8,147	50-98	78,97-81,15
	Psychose	600	45,9%	76,79	76,00	8,898	48-97	76,07-77,50
	gesamt	1307	100,0%	76,95	77,00	8,364	48-98	76,50-77,40

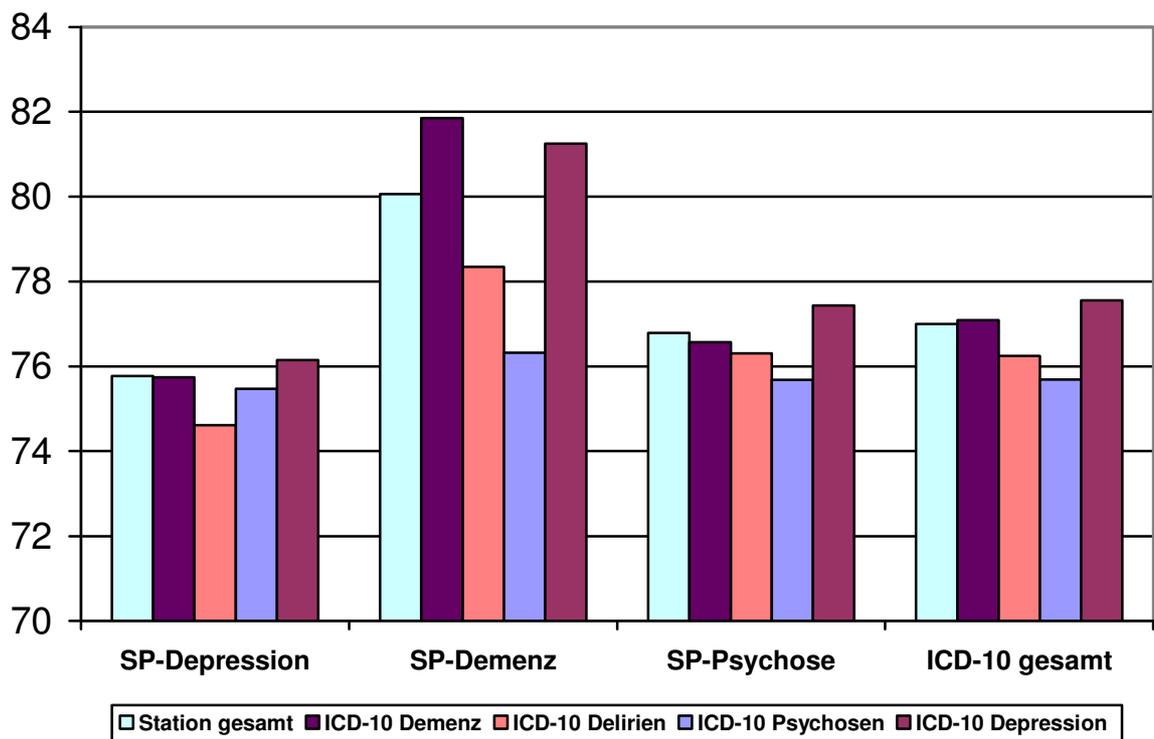


Abbildung 1: Altersverteilung nach Diagnosen und Schwerpunktbereichen

Die auffallenden Unterschiede im Durchschnittsalter, die durchgehend höheren Werte, die Patientinnen des Schwerpunktbereiches Demenz aufweisen, sind ein Indiz für die Wirkung der Managemententscheidung, dieser Station neben dem Aufnahmekriterium der Diagnose Patientinnen mit einem erhöhten Pflegeaufwand zuzuordnen. Auf die hier sich abzeichnenden Zusammenhänge zwischen Alter und Selbstpflegefähigkeit wird noch weiter einzugehen sein (4.3.2).

4.1.5 Verweildauer

Tabelle 5: Verweildauer nach ICD-10-Gruppen

Verweildauer in Tagen		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Sd</i>	<i>Ran</i>	<i>KI</i>
gesamt	1.417	27,67	22	±23,86	1-208	26,42-28,91
Demenzen	313	28,80	23	±25,86	1-208	25,93-31,68
Psychosen	236	27,80	21,00	25,896	1-176	24,48-31,12
Depressionen	597	26,51	22,00	21,962	1-169	24,75-28,28
Delirien	161	30,84	25,00	25,820	1-140	26,83-34,86
Demenz, Psychose, Depression, Delir	1307	27,83	22,00	24,175	1-208	26,52-29,14

Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant. Es finden sich keine signifikanten Korrelationen. Auch bei diesen Werten zeigen sich bei den stationsbezogenen Betrachtungen wieder Besonderheiten, die sich auf die unterschiedlichen Aufträge beziehen. So ist die mittlere Verweildauer der ICD-10-Gruppe Depression mit 35,63 Tagen und einem Median von 33 erheblich höher als die entsprechenden Werte in der ICD-10-Gruppe gesamt. Interne Verlegungen und der Behandlungsalgorithmus der Depressionsbehandlung tragen dazu bei.

4.1.6 Lebenssituation vor und nach dem Aufenthalt

454 (32,0%) der Patientinnen waren vor der Aufnahme allein lebend, 411 (29,0%) lebten mit Angehörigen, 102 (7,2%) kamen aus einer Wohnform des Betreuten Wohnens, 53 (3,7%) aus einer Wohngemeinschaft, 254 (17,9%) kamen aus der stationären Heimversorgung und 143 (10,1%) wurden aus einem somatischen Krankenhaus verlegt.

Nach der Entlassung lebten 337 (23,8%) allein zu Hause, 359 (25,3%) mit Angehörigen. In ein Betreutes Wohnen wurden 122 (8,6%), in eine Wohngemeinschaft 85 (6,0%), in ein Heim 414 (29,2%) und in ein somatisches Krankenhaus 97 (6,8%) entlassen. 3 Patientinnen sind verstorben.

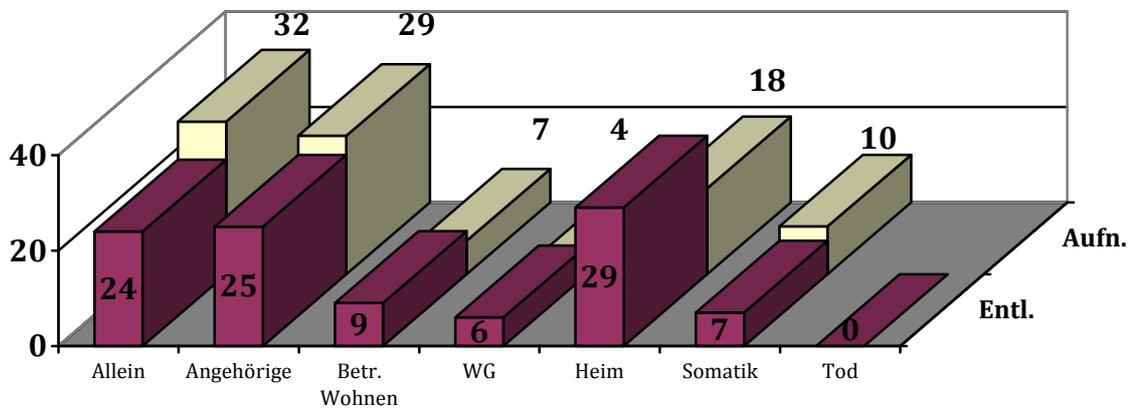


Abbildung 2: Lebenssituation vor der Aufnahme und nach der Entlassung

Für die Betrachtung der Veränderung der Lebenssituation, insbesondere mit Blick auf die damit verbundene längerfristige Betreuungsintensität, wurden die Verlegungen aus bzw. in die Somatik sowie die Sterbefälle herausgerechnet; n 1.196.

Es finden sich bei 960 (80,3%) der Behandlungen keine Veränderung in der Lebenssituation, in 7 (0,6%) ein geringerer und in 229 (19,1%) der Fälle ein erhöhter Versorgungsrahmen im Vergleich der Lebenssituation vor der Aufnahme bis zur Entlassung.

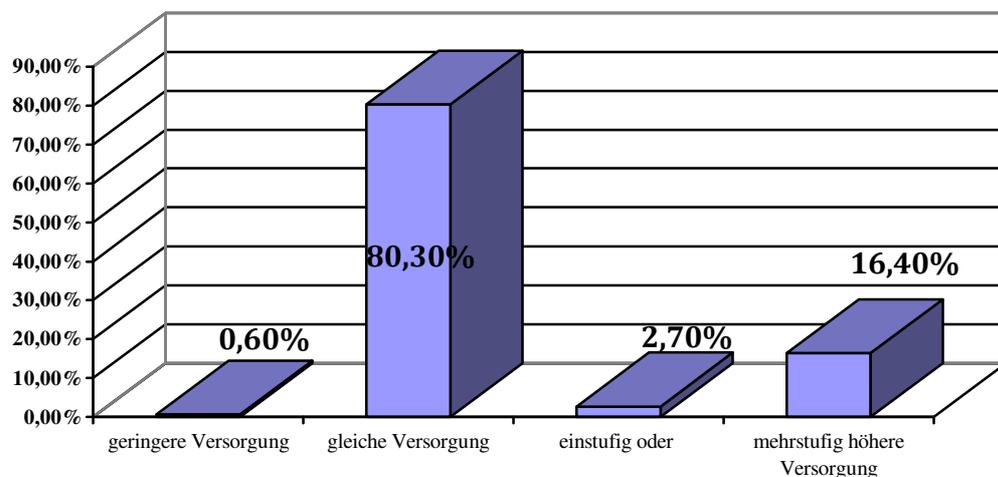


Abbildung 3: Veränderung in der Versorgung vor T₁ zu T₂ n: 1.196

Von den 229 Behandlungen (19,1% der 1.196 Behandlungen) mit Umstellung hin zu einer höheren Versorgungssituation, veränderte sich in 197 (16,4% dieser Fälle) die Lebenssituation um mehr als eine Stufe der Versorgungsintensität. Darunter waren 66 Patientinnen, die vor der Behandlung allein lebten und in eine Heimversorgung wechselten. Von diesen blieben 50% in ihrer Selbstversorgung stabil, 30,5% verloren an Selbstversorgungsmöglichkeiten und 19,5% konnten während der Behandlung Selbstversorgungsmöglichkeiten dazugewinnen.

Von den 45 Patientinnen die vor der Behandlung und dem Übergang ins Heim mit Angehörigen lebten konnten 40% in der Selbstversorgung stabil bleiben, 33,5% verloren an Fähigkeiten und 26,5% konnten Möglichkeiten in der Selbstversorgung dazugewinnen.

Auf den hohen Zusammenhang zum Zeitpunkt des Übergangs in die stationäre Pflege und einem Zusammentreffen mit psychiatrischen Funktionsstörungen weisen BAKKER ET AL. hin. Die vier wichtigsten Symptome des Neuropsychiatric Inventory (NPI) sind dabei: Depression, Apathie, Angst und Unruhe/Aggression (vgl. Bakker et al. 2005).

4.1.7 Erste psychiatrische Pflegediagnosen der NANDA-Gruppen Tax II

Den 1.307 Behandlungen aus den ICD-10-Diagnosegruppen Demenz, Psychose, Depression, Delir wurden folgende, auf die im Vordergrund stehende psychiatrische Problematik ausgerichtete, Pflegediagnosen zugeordnet:

Tabelle 6: Verteilung der Pflegediagnosen auf die Gruppen der NANDA Tax II

n 1.307	Häufigkeit	Prozent
Gesundheitsförderung	15	1,1
Ernährung	14	1,1
Ausscheidung	5	,4
Aktivität/Ruhe	125	9,6
Perzeption/Kognition	670	51,3
Selbstwahrnehmung	132	10,1
Rolle/Beziehung	32	2,4

Sexualität	4	,3
Coping/Stresstoleranz	182	13,9
Sicherheit/Schutz	96	7,3
Wohlbehagen	32	2,4
Gesamt	1.307	100,0

Die 1.205 Pflegediagnosen in den Pflegediagnosegruppen oberhalb eines selbstdefinierten Cut-Offs von 5%, „Aktivität/Ruhe“, „Perzeption/Kognition“, „Selbstwahrnehmung“, „Coping/Stresstoleranz“, „Sicherheit/Schutz“, werden weiter ausdifferenziert.

4.1.8 Ausgewählte Kombinationen ICD-10- und NANDA-Gruppen

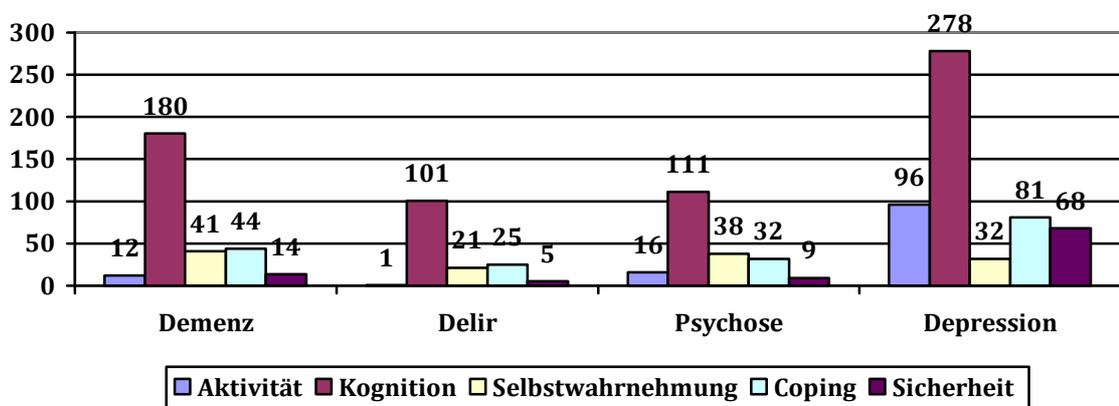


Abbildung 4: Hauptgruppen NANDA zu ICD-10 n: 1.205

Von den 1.205 unter 4.1.7 definierten Pflegediagnosen entfallen 92% auf die unter 4.1.3 ausgewählten ICD-10-Gruppen: Demenz, Delir, Psychose und Depressionen, n = 1.205. Die 670 Fälle aus der Gruppe Perzeption/Kognition entsprechen 95% aller in dieser Kategorie erfassten Pflegediagnosen. Verteilt auf die einzelne Pflegediagnose:

Tabelle 7: Verteilung der Pflegediagnosen der Gruppe Perzeption/Kognition zu ICD-10-Gruppen

	Demenz	Delir	Psychose	Depression	Gesamt
Kommunikation, verbal beeinträchtigt	1	1	1	4	7
Wahrnehmungsstörung	3	2	3	28	36
Neglect	1	0	0	0	1
Orientierungsstörung	7	2	5	49	63
akute Verwirrtheit	17	9	30	48	104
Chron. Verwirrtheit	28	8	5	68	109
Denkprozesse, gestörte	118	78	54	76	326
beeinträchtigte Gedächtnisleistung	5	1	13	5	24
Gesamt	180	101	111	278	670

Diese Pflegediagnosen scheinen, wie die NANDA-Diagnosen überhaupt (vgl. Aberhalden et al. 2007), gut in der psychiatrischen Pflege anwendbar zu sein. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden die Kombinationen mit den Pflegediagnosen Neglect und beeinträchtigte Kommunikation für die weiteren Betrachtungen (siehe 4.3.4 und 4.4) herausgenommen. Die restlichen Fälle ergeben 662 (99%) der Gruppe. Die unterschiedlichen Kombinationen der für die gerontopsychiatrische Krankenbehandlung typischen ICD-10- und Pflegediagnosen stellen die für jede Patientin individuelle Grundlage dar, aus deren Beschreibung heraus die Pflege und Behandlung geplant, durchgeführt und evaluiert wird. Das Spektrum der genutzten Pflegediagnosen und die unterschiedlichen Kombinationen mit den ICD-Diagnosen begründen die Möglichkeit der Beschreibung der konkreten pflegerischen Einschätzung im Einzelfall – eine der Hauptaufgaben in der Arbeit mit Pflegediagnosen (vgl. Stefan 2009).

4.2 Schwerstpflegebedürftigkeit

Um eine Vergleichbarkeit mit der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) herstellen zu können, werden die Daten aller erfassten Verläufe (n 1.417) nach den Schwerpunktstationen zu 'Depression', 'Demenz' und 'Psychose' aufgeteilt. Da die PsychPV die Werte nach Behandlungseinheiten errechnet (vgl. Kunze & Kaltenbach

2005), ist diese Aufteilung die einzig mögliche, um die Annahmen zum Pflegeaufwand im Bereich der Grundpflege während der Behandlung zu vergleichen.

4.2.1 Pflegeaufwand nach dem SGB XI

Es ergab sich folgende Verteilung der Pflegestufeneinschätzung: Bei der Aufnahme fanden sich 410 (28,9%) Patientinnen in Stufe I, 276 (19,5%) in Stufe II, 83 (5,9%) in Stufe III und in 648 (45,7%) Fällen gab es keine Einstufung. In 1.171 (82,6%) der 1.417 Beurteilungen nach SGB XI ergab sich keine Veränderung in der Einschätzung des Pflegeaufwands zwischen der Aufnahme- und der Entlassungssituation. Bei 114 Patientinnen (8,0%) hat sich der Pflegeaufwand im Verlauf des Aufenthaltes verringert und in 132 Fällen (9,3%) wurde ein gegenüber der Aufnahme erhöhter Pflegeaufwand festgestellt (428 Stufe I, 258 Stufe II, 80 Stufe III und 651 keine Einstufung bzw. Stufe 0). Für die weiteren Ableitungen wurden die Einschätzungen vom Anfang der Behandlung fortgeschrieben und damit der tendenziell geringere Wert veranschlagt. Hieraus ergeben sich bei Anwendung der o. g. angenommenen Werte je Pflegestufe (siehe 3.2.6): 67,5 Pflegebedarfsstunden nach SGB XI je Tag für die drei Stationen (52 Patientinnen à 77,9 Minuten).

4.2.2 Pflegeminuten für Grundpflege nach dem SGB XI in der PsychPV

An den 48 Stichtagen im Erhebungszeitraum wurden insgesamt 2.466 (Mittel 51,4) Patientinnen eingestuft.

An den Stichtagen im Erhebungszeitraum erhielten 1.813 Patientinnen die Stufe G1 (Regelbehandlung) und 653 die Stufe G2 (Intensivbehandlung).

Aus der Berechnung der in der Psychiatriepersonalverordnung für die 'Bereiche der Pflegeversicherung' (Mobilisation, Hygiene, Nahrungsaufnahme) (vgl. Kunze & Kaltenbach 2005) festgelegten Werte ergeben sich hieraus für die untersuchten Stationen insgesamt 37 Minuten je Patientin an täglichen Leistungen. Diese Bereiche werden häufig auch als Grundpflegeelemente bezeichnet.

4.2.3 Vergleich der Zeiten nach PsychPV und SGB XI

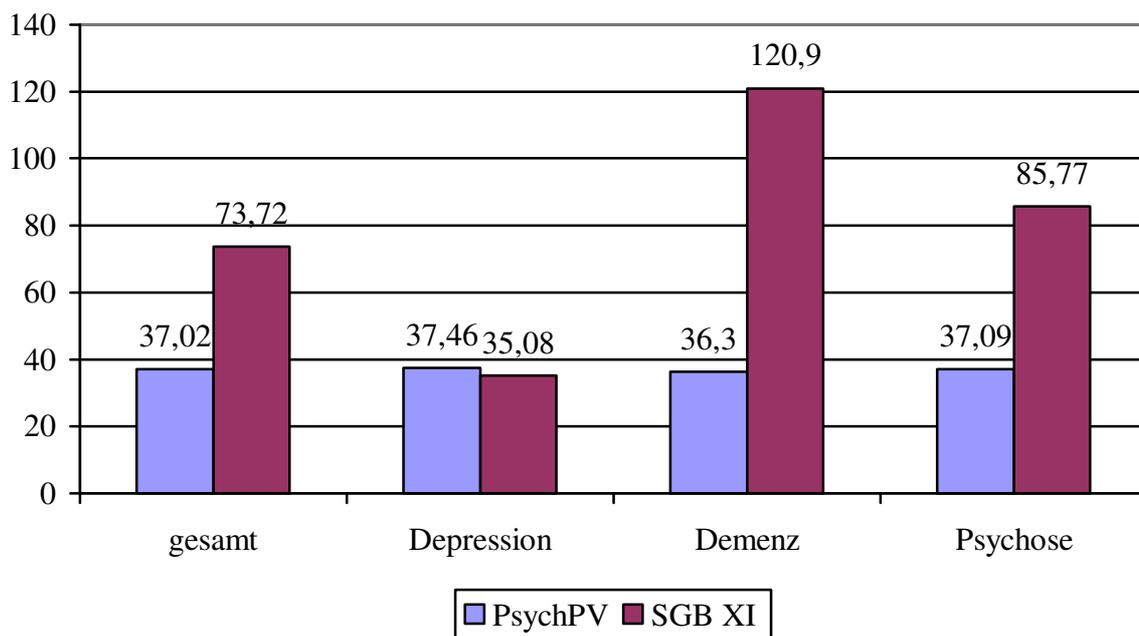


Abbildung 5: Grundpflegeminuten je Patientin/Tag/Bereich nach PsychPV/SGB XI

Die Diskrepanzen zwischen den zugestandenen Zeiten für die grundpflegerische Versorgung zwischen SGB XI und PsychPV, auf die Noelle et al. schon 2010 hingewiesen haben, finden sich weiter bestätigt (vgl. Noelle et al. 2010).

4.3 Barthel-Index

Zur differenzierten Betrachtung der Selbstpflegefähigkeit wurde der Barthel-Index bei der Aufnahme (T_1) und bei der Entlassung (T_2) erhoben und zu den anderen Parametern in Beziehung gesetzt.

4.3.1 SGB XI und Barthel-Index

Mit Blick auf die Veränderungen der Selbstpflegefähigkeit zwischen der Aufnahme (T_1) und der Entlassung (T_2) fällt das sehr vereinfachte Raster der Einteilung nach der Pflegeversicherung auf. Fraglos sind die Werte der Pflegeversicherung mit einem nominierten Zeitwert versehen (vgl. Udsching et al. 2010), aber zur Beurteilung einer Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit kaum geeignet. Der Barthel-Index wird daher ergänzend, ohne zeitliche Dimension, zur Beurteilung der Selbstpflegefähigkeit eingeführt, da seine hohe Korrelation zu den Stufen der Pflegeversicherung als

gesichert angesehen werden kann. „Im Ergebnis [...] erweist sich der Barthel-Index als hochsignifikanter Prädiktor für das Vorhandensein einer Pflegestufe, [...] also erklärt, ob eine Pflegestufe vorhanden ist oder nicht“ (Gräbel et al. 2008).

Durch seine detailliertere Abstufung und Aufteilung in Bereiche sind weitere Aussagen zu einer differenzierteren Darstellung der Selbstpflegefähigkeit möglich, die mit den gewonnenen Erkenntnissen über den Bedarf nach der Pflegeversicherung und der PsychPv in Zusammenhang gebracht werden können.

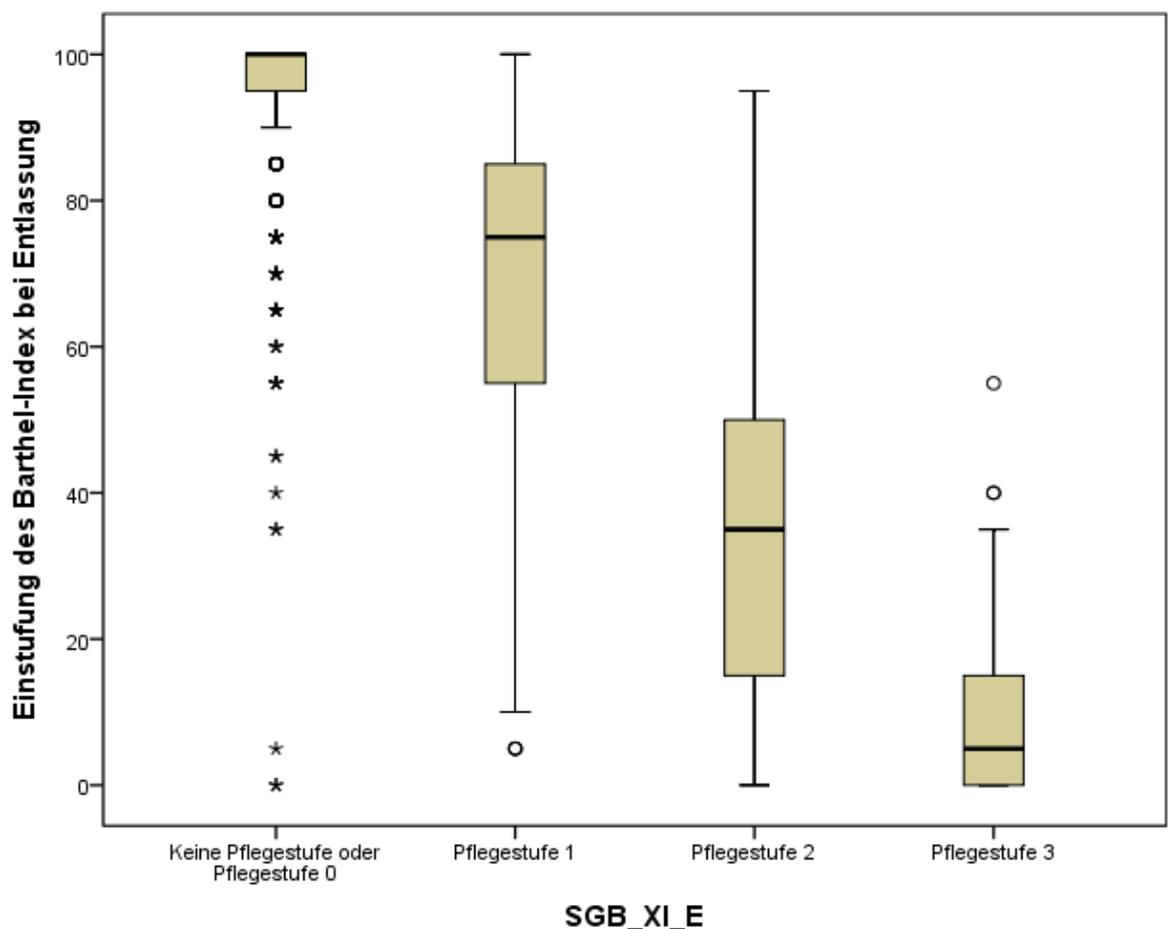


Abbildung 6: Vergleich der Einstufung Barthel-Index zur Pflegeversicherung n 1.417

Der von ISFORT und BRÜHL als Patientenklassifikationssystem mit Kennzahlen zum Pflegeintensitätsbezug eingestufte Barthel-Index erlaubt, bei einer hohen Übereinstimmung mit den Werten der Pflegeversicherung, eine detailliertere Abbildung von Veränderungen der Selbstpflegefähigkeit. Eine direkte Personalbedarfsbemessung lässt sich auf der Basis dieser Kennzahlen nicht vornehmen, weil diese weit davon entfernt sind, den tatsächlichen Aufwand abzubilden

und keinen gemessenen Leistungsbezug haben (vgl. Isfort & Brühl 2007). MAIDHOF ET AL. zeigen, „dass in rund 80% aller untersuchten Fälle mittels einer Diskriminanzanalyse die Zuordnung nach dem Barthel-Index die gleiche Pflegestufen-Empfehlung ergibt wie das aktuelle Begutachtungsverfahren [der Pflegeversicherung]“ (Maidhof et al. 2002). Verglichen mit den Werten der Pflegeversicherung ergeben sich aber gute Möglichkeiten z. B. in der Beratung von Angehörigen. Bei einer Gegenüberstellung dieser Werte mit den Anhaltswerten der PsychPV lassen sich dann aufgrund der o. g. Zusammenhänge Hinweise für die Ressourcenallokation für die Aufgabenbereiche der Grundpflege herstellen.

4.3.2 Zusammenhang des Barthel-Index T_1 zum Alter

Tabelle 8: Barthel-Index T_1 zum Alter

Altersgruppe	n	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Sd</i>	<i>KI</i>
bis 69	311	79,77	95,00	±29,13	76,52-83,02
70-74	268	79,33	95,00	±27,81	75,98-82,67
75-79	266	73,63	90,00	±30,65	69,93-77,33
80-84	291	60,45	65,00	±31,35	56,83-64,06
85-89	208	53,80	55,00	±31,11	49,55-58,05
90+	73	42,60	40,00	±31,44	35,27-49,94
Insgesamt	1417	68,84	80,00	±32,17	67,16-70,52

Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant, wobei die abnehmende Selbstpflegefähigkeit mit ansteigendem Alter zwar klinischen Erfahrungen entspricht, aber nur eine schwache Korrelation ($R=0,313$) aufweist. Die mit dem Alter zunehmende Standarddifferenz und das vergrößerte Konfidenzintervall stehen im Zusammenhang mit der individuellen Konstitution. „Das ‚Altern‘ ist ein individueller Prozess, bei dem es ausgeprägte interindividuelle Unterschiede gibt“ (Wolfersdorf 2005, c2004).

4.3.3 Barthel- Index T_1 nach ICD-10 und Behandlungsbereichen

Gesamt n 1.417; *M* 68,84; *SD*: ±32,17, *Md* 80; *Ran* 0-100 sowie bei den Gruppen
 ‚Angst F4‘ n 51; *M* 74,61; *SD* ±29,89; *Md* 85; *Ran* 0-100,
 ‚Sucht F10‘ n 16; *M* 63,44; *SD* ±27,79; *Md* 60; *Ran* 20-100,
 ‚andere organische Störungen F04-F09‘ n 39; *M* 70,26; *SD* ±29,56; *Md* 75; *Ran* 0-100
 ‚affektive Störungen gehobener Stimmungslage F3‘ n 4; *M* 81,25; *SD* ±37,50; *Md* 100;
Ran 25-100. Da sich bei allen weiteren Kombinationen ein Range von 0-100 findet wird

dieser Wert nicht weiter aufgeführt. Ausdifferenziert werden die unter 4.1.3 näher bezeichneten Diagnose-Gruppen:

Tabelle 9: Zusammenhänge von Barthel-Index T₁ zu ICD-10-Gruppen und Behandlungsbereichen

ICD-10	Station	n	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Sd</i>	<i>KI</i>
gesamt	Depression	539	80,91	95	±27,49	78,58- 83,24
	Demenz	230	49,02	45	±29,92	45,13-52,91
	Psychose	648	65,83	75	±32,40	63,33-68,33
	gesamt	1.417	68,84	80	±32,17	67,16-70,52
Depression, Demenz, Delir, Psychose		1.307				
Depression	Depression	231	79,42	95,00	±27,32	75,87-82,96
	Demenz	97	41,29	35,00	±28,21	35,60-46,97
	Psychose	269	62,68	70,00	±33,73	58,63-66,73
	gesamt	597	65,68	75	±33,19	63,01-68,35
Demenz	Depression	110	81,18	95,00	±28,19	75,86-86,51
	Demenz	48	54,06	57,50	±29,33	45,55-62,58
	Psychose	155	68,84	80,00	±31,41	63,85-73,82
	gesamt	313	70,91	80	±31,26	67,43-74,39
Delir	Depression	46	86,74	95,00	±20,77	80,57-92,91
	Demenz	34	48,97	45,00	±28,73	38,95-58,00
	Psychose	81	69,88	80,00	±29,55	63,34-76,41
	gesamt	161	70,28	80	±30,04	65,60-74,96
Psychose	Depression	103	80,05	100,00	±30,71	74,05-86,05
	Demenz	38	58,95	67,50	±32,88	48,14-69,76
	Psychose	95	67,95	80,00	±33,01	61,22-74,67
	gesamt	236	71,78	85	±32,83	67,57-75,99

Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant. Die in einer Grafik dargestellten Divergenzen in der Selbstpflegefähigkeit sind den geplanten Merkmalen der Behandlung in den Schwerpunktbereichen zuzurechnen. Die Werte zeigen, wie schon bei den soziodemographischen Daten und der Verweildauer – in einem nachgängigen Controlling-Verfahren – die Auswirkungen der Entscheidungen durch das Management. „Die Beschaffung und Auswertung von aussagefähigen

Informationen bezüglich der Voraussetzungen (Situationsanalyse) zur Umsetzung der unternehmenspolitischen Zielvorgaben in dem Leistungserstellungsprozeß selbst (Kontrolle) bilden die Basis eines systematisierten Planungsprozesses. Planung bedarf notwendigerweise der abschließenden Kontrolle darüber, ob die festgelegten Zielvorgaben erreicht werden“ (Lohmann 1997). Die Besonderheiten bestehen neben der Schwerpunktsetzung nach Diagnosen (vgl. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld 2012). An zweiter Stelle der Selbstpflegefähigkeit. Danach werden die Patientinnen mit der höchsten Selbstpflegefähigkeit dem Bereich der Depressionsbehandlung zugeordnet und die Patientinnen mit der niedrigsten Selbstpflegefähigkeit der Demenzbehandlung. Für die Station mit dem Schwerpunkt Psychosebehandlung erfolgt keine besondere Zuweisung mit Blick auf die Selbstpflegefähigkeit.

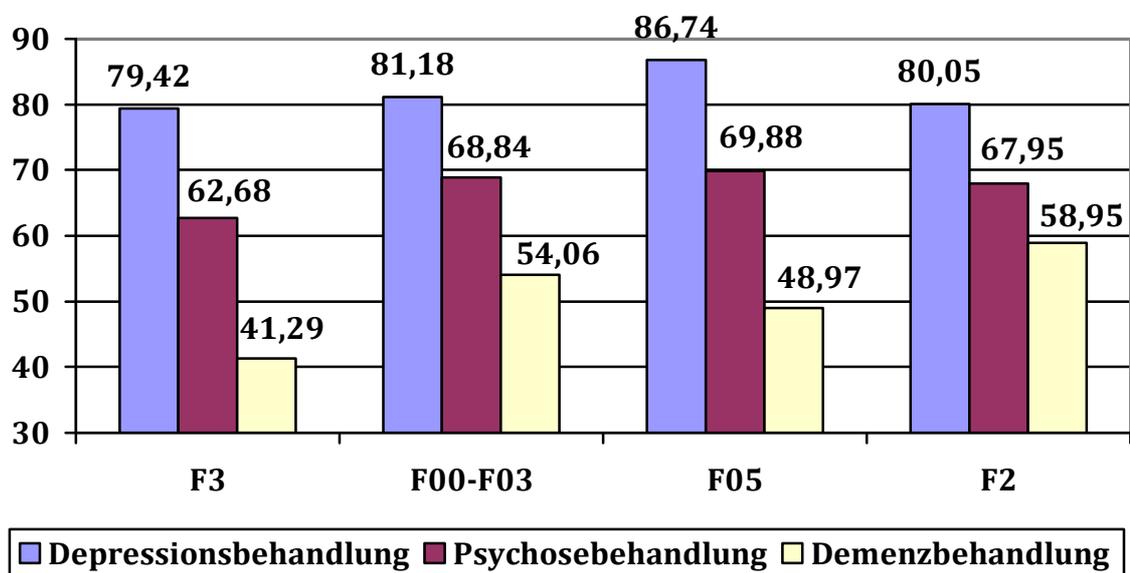


Abbildung 7: Zusammenhänge von BI T₁ zu ICD-10-Gruppen und Behandlungsbereichen

4.3.4 Zusammenhang Barthel-Index mit Pflegediagnosen

Tabelle 10: BI T₁ nach PD's der Gruppe Perzeption/Kognition

ICD-Gruppen	Pflegediagnose	n	M	Md	Sd	KI
Demenzen	Wahrnehmungsstörung	3	100,00	100,00	,000	.
	Orientierungsstörung	7	61,43	60,00	32,238	37,24-73,35
	akute Verwirrtheit	17	55,29	60,00	35,110	40,03-63,54
	chronische Verwirrtheit	28	51,79	52,50	30,314	63,52-74,96
	Denkprozesse, gestörte	118	69,24	80,00	31,369	76,61-97,39
	Gedächtnis beeinträchtigt	5	87,00	85,00	8,367	61,14-70,60
	Insgesamt	178	65,87	75,00	31,964	31,61-91,24
Delirien	Wahrnehmungsstörung	2	62,50	62,50	10,607	.
	Orientierungsstörung	2	70,00	70,00	7,071	.
	akute Verwirrtheit	9	57,78	50,00	26,588	37,34-78,22
	chronische Verwirrtheit	8	75,63	87,50	26,918	53,12-98,13
	Denkprozesse, gestörte	78	65,13	70,00	30,301	58,30-71,96
	Gedächtnis beeinträchtigt	1	15,00	15,00	.	.
	Insgesamt	100	64,85	70,00	29,392	59,02-70,68
Schizophrenien, psychotische Störungen	Wahrnehmungsstörung	3	46,67	35,00	48,563	.
	Orientierungsstörung	5	50,00	50,00	20,310	24,78-75,22
	akute Verwirrtheit	30	67,33	70,00	27,753	56,97-77,70
	chronische Verwirrtheit	5	50,00	50,00	28,940	14,07-85,93
	Denkprozesse, gestörte	54	68,61	82,50	32,872	59,64-77,58
	Gedächtnis beeinträchtigt	13	69,23	90,00	39,362	45,44-93,02
	Insgesamt	110	66,05	72,50	32,077	59,98-72,11
Depressionen	Wahrnehmungsstörung	28	78,39	90,00	22,692	69,59-87,19
	Orientierungsstörung	49	52,65	55,00	33,136	43,14-62,17
	akute Verwirrtheit	48	52,50	47,50	30,994	43,50-61,50
	chronische Verwirrtheit	68	44,71	45,00	26,115	38,38-51,03
	Denkprozesse, gestörte	76	61,18	65,00	33,812	53,46-68,91
	Gedächtnis beeinträchtigt	5	74,00	95,00	33,801	.
	Insgesamt	274	56,04	55,00	31,754	52,26-59,82
Insgesamt	Wahrnehmungsstörung	36	76,67	90,00	25,939	67,89-85,44
	Orientierungsstörung	63	53,97	55,00	31,548	46,02-61,91
	akute Verwirrtheit	104	57,69	57,50	30,695	51,72-63,66
	chronische Verwirrtheit	109	49,04	50,00	28,231	43,68-54,40
	Denkprozesse, gestörte	326	66,27	75,00	31,973	62,79-69,76
	Gedächtnis beeinträchtigt	24	71,67	87,50	34,850	56,95-86,38
	Insgesamt	662	61,68	65,00	31,807	59,25-64,10

Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant. Besondere Aufmerksamkeit gilt auch hier den Items, die nah bei oder unter einem Barthel-Index von 50 rangieren, da sich hier für die Patientinnen die kritische Größe abzeichnet, die nach klinischen Erfahrungen als Schwellenwert (vgl. Wingefeld 2003) nicht selten eine Veränderung in der Versorgungssituation nach sich zieht.

4.3.5 Veränderung der Selbstpflegefähigkeit (BI) von T₁ zu T₂

Bei psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäusern, wie dem EvKB kann die Nähe zu den somatischen Fachbereichen dazu führen, dass eine größere Anzahl von Patientinnen mit erheblicher somatischer Komorbidität in die Psychiatrie verlegt und dort behandelt wird (vgl. Böcker 2009). Dem wird hier Rechnung getragen, in dem sich bei der Darstellung nur die Behandlungen finden, die nicht aus einem somatischen Krankenhaus kamen oder dorthin verlegt wurden, da hier der akute Zustand keine Schlüsse auf die längerfristigen Veränderung der Selbstpflegefähigkeit erlaubt. Ebenfalls fehlen in der Darstellung „nach der Behandlung“ die Todesfälle. Damit ergibt sich ein n 1.196.

Bei 715 (59,8%) der behandelten Patientinnen ergab sich keine Veränderung des BI zwischen Aufnahme und Entlassung. 331 (27,7%) der Patientinnen verfügten am Ende über eine größere Selbstpflegefähigkeit und 150 (12,5%) benötigten mehr Unterstützung bei der Selbstpflege.

Dabei fand sich bei der Patientengruppe ohne Veränderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme ein BI von M 77,8 [Md 95; Sd \pm 30,93], bei der mit erhöhter Selbstpflegefähigkeit M 56,31 [Md 60; Sd : \pm 28,88] und verringerter Selbstpflegefähigkeit 64,10 [Md 70; Sd \pm 29,57]. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant. Eine Einschränkung der Aussagekraft wird allgemein durch die bekannten Boden- und Deckeneffekte des Instruments berichtet (vgl. Burkhardt & Burger 2012). Auch in der vorliegenden Untersuchung fällt auf, dass der Barthel-Index Veränderungen am besten im mittleren Bereich misst (vgl. Rollnik 2009).

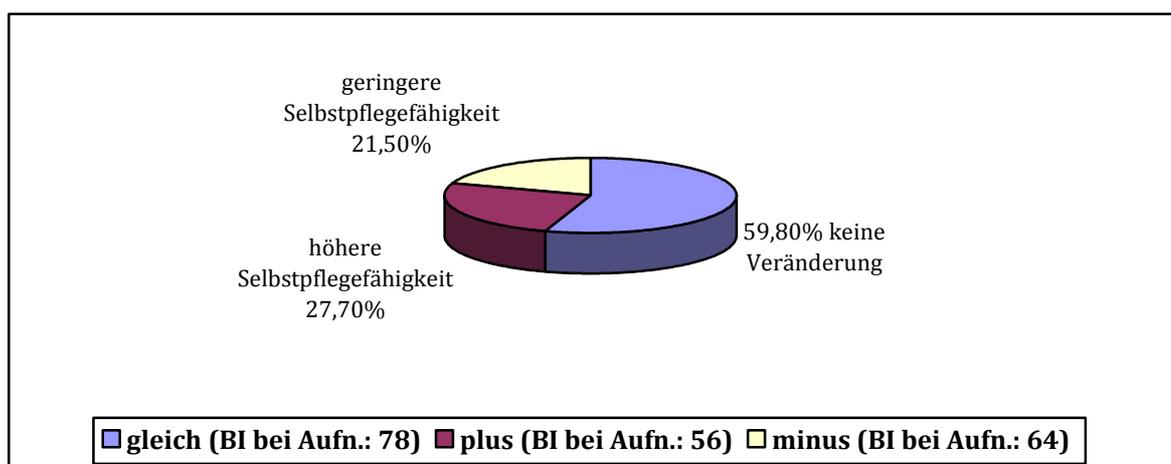


Abbildung 8: Veränderung der Selbstpflegefähigkeit T₁ zu T₂ gruppiert

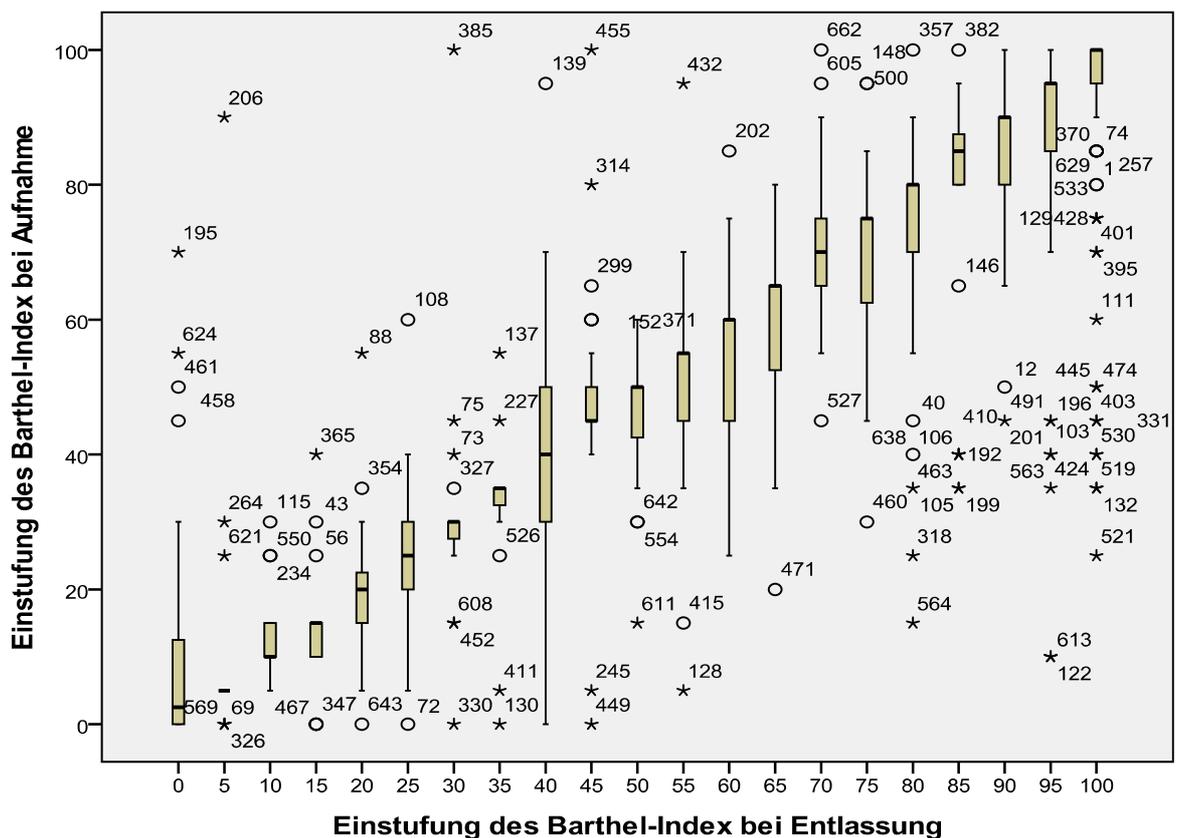


Abbildung 9: Veränderung der Selbstpflegefähigkeit von (BI) T₁ zu T₂

Zwischen den Variablen besteht eine Korrelation nach Pearson von 0,874 die auf einem Niveau von 0,01 signifikant ist. Auch hier ist der Zusammenhang mit den bekannten Boden- und Deckeneffekten des BI (Burkhardt & Burger 2012) zu berücksichtigen. Im unteren Drittel bleibt die größte Gruppe mit 49,6% gleich, im mittleren Drittel gewinnen 46,8% der Patientinnen dazu und im oberen Drittel bleibt mit 69,8% die größte Gruppe stabil in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit.

Mit Blick auf die im Zentrum der gerontopsychiatrischen Behandlungen stehenden Kombinationen aus nachstehenden ICD-10- und Pflegediagnosen ergeben sich folgende Werte bei den Veränderungen der Selbstpflegefähigkeit. Im Zuge dieser Betrachtung von Gruppierungen müssen die niedrigen Veränderungen bei z. T. starken Standarddifferenzen auffallen. Jede vereinfachte Sichtweise auf Daten, [wie auch in diesem Fall], lässt vermuten, dass die Lebensqualität bei Demenzen komplex ist, und dass diese Werte nicht simpel zu übertragen sind oder als Effekte Maßnahmen zugeordnet werden können (vgl. Banerjee 2006).

Tabelle 11: Barthel-Index T₁ zu T₂ nach ICD-10- und Pflegediagnosen

ICD-10-Gruppen	Pflegediagnose	n	M	Sd	Md
Demenzen	Wahrnehmungsstörung	3	-1,67	2,887	,00
	Orientierungsstörung	7	-2,86	8,591	,00
	akute Verwirrtheit	17	5,29	17,631	,00
	chronische Verwirrtheit	28	-1,43	7,800	,00
	Denkprozesse, gestörte	118	4,24	18,300	,00
	Gedächtnis beeinträchtigt	5	2,00	4,472	,00
	Insgesamt	178	3,01	16,376	,00
Delirien	Wahrnehmungsstörung	2	-10,00	28,284	-10,00
	Orientierungsstörung	2	2,50	3,536	2,50
	akute Verwirrtheit	9	10,56	21,425	,00
	chronische Verwirrtheit	8	-5,00	7,559	,00
	Denkprozesse, gestörte	78	8,08	19,394	,00
	Gedächtnis beeinträchtigt	1	-5,00	.	-5,00
	Insgesamt	100	6,65	19,057	,00
Psychosen	Wahrnehmungsstörung	3	,00	,000	,00
	Orientierungsstörung	5	-3,00	10,954	-10,00
	akute Verwirrtheit	30	-3,33	20,186	,00
	chronische Verwirrtheit	5	,00	,000	,00
	Denkprozesse, gestörte	54	3,70	16,083	,00
	Gedächtnis beeinträchtigt	13	3,46	13,599	,00
	Insgesamt	110	1,18	16,408	,00
Depressionen	Wahrnehmungsstörung	28	3,93	8,751	,00
	Orientierungsstörung	49	2,04	11,453	,00
	akute Verwirrtheit	48	11,35	22,568	,00
	chronische Verwirrtheit	68	-,15	15,135	,00
	Denkprozesse, gestörte	76	2,57	16,502	,00
	Gedächtnis beeinträchtigt	5	6,00	8,944	,00
	Insgesamt	274	3,54	16,292	,00
Insgesamt	Wahrnehmungsstörung	36	2,36	9,746	,00
	Orientierungsstörung	63	1,11	10,978	,00
	akute Verwirrtheit	104	6,06	21,718	,00
	chronische Verwirrtheit	109	-,83	12,757	,00
	Denkprozesse, gestörte	326	4,68	17,853	,00
	Gedächtnis beeinträchtigt	24	3,33	10,901	,00
	Insgesamt	662	3,47	16,813	,00

Kleinschrittige Veränderungen in der mit dem BI gemessenen Entwicklung werden häufig beschrieben. „Diese kleinen klinischen Verbesserungen können für den Patienten aber eine große Bedeutung haben“ (Kleßmann et al. 2011). An dieser Stelle sei auf die Kasuistik verwiesen: „BI bei Aufnahme 75 Punkte; bei Entlassung 60 Punkte: Toilettenbenutzung von 10 (selbständig) auf 5 (benötigt Hilfe); Harn- und Stuhlkontinenz je von 10 (selbständig) auf 5 (überwiegend Kontinent). Dabei konnte die Patientin von der Gesamtheit der stationären Anwendung profitieren, in dem zumindest eine gewisse Verbesserung des Tag-/Nachtrhythmus erreicht werden konnte“ (siehe 1.4).

4.3.6 Veränderung Barthel-Index von T₁ zu T₂ nach Lebenssituation

Tabelle 12: BI zur Lebenssituation vor der Aufnahme

Lebenssituation <u>vor</u> der Aufnahme	n	%	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Sd</i>	<i>KI</i>
Allein lebend	425	35,5%	80,15	95	26,04	77,66-82,64
Mit Angehörigen	384	32,1%	72,34	85	31,35	69,20-75,49
Betreutes Wohnen	95	7,9%	71,47	80	28,50	65,67-77,28
Wohngemeinschaft	50	4,2%	64,80	80	33,82	55,19-74,41
Heimunterbringung	242	20,2%	49,63	50	31,68	45,51-53,75

Tabelle 13: BI zur Lebenssituation nach der Entlassung

Lebenssituation <u>nach</u> der Entlassung	n	%	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Sd</i>	<i>KI</i>
Allein lebend	302	25,3%	87,04	100	21,20	84,64-89,44
Mit Angehörigen	325	27,2%	80,78	95	27,47	77,79-83,78
Betreutes Wohnen	106	8,9%	81,23	95	26,84	76,06-86,40
Wohngemeinschaft	77	6,4%	70,32	85	32,12	63,03-77,62
Heimunterbringung	386	32,3%	54,70	55	31,04	51,47-57,93

Bei den Aufnahmen aus den Heimen – mit einem ohnehin niedrigen Selbstpflegenniveau von unter 50 Punkten beim Barthel-Index – sind nicht die 12 Aufnahmen berücksichtigt, die weiter in die Somatik verlegt wurden. Diese als extrem instabil anzusehenden Phasen einer Krankheitsverlaufskurve können sich „als kurzlebig herausstellen und nur eine vorübergehende, wenn auch quälende Phase physischer Belastung und persönlicher Härte sein. Instabile Phasen haben spezifische Eigenschaften, die sich auf Aspekte beziehen wie z.B.: schwankende Häufigkeit des Auftretens, Anzahl der involvierten Körpersysteme, physischer Schweregrad, Kontrollierbarkeit und Grad der danach erreichten Normalisierung sowie Einfluss auf soziale Beziehungen, Alltagsleben und biografische Belange“ (Corbin & Strauss 2010). Diese extremen Ausprägungen sollen aus den Betrachtungen ausgeklammert werden. Würden sie in die Berechnung eingeschlossen, fände sich ein Aufnahme-BI von 48,96 im Mittel und bei den Verlegungen in die Somatik mit einem Mittelwert von 28,75.

Die Entlassungen in den Heimbereich, denen eine Aufnahme aus einem Heim voranging weisen einen BI bei Entlassung im Mittel von 52,67 *Mad* 50 auf. Auf die Besonderheiten des BI > und < 50 wird noch einzugehen sein, eine Veränderung die zwischen erheblicher und schwerer/schwerster Pflegebedürftigkeit unterscheidet (vgl. Udsching et al. 2010). Bei den Neueinweisungen in ein Heim am Ende der Behandlung fallen die unterschiedlichen Mittelwerte (*M*) auf, mit denen die Patientinnen aus ihren vorherigen Lebenssituationen aufgenommen wurden: 'Allein lebend' mit 63,89 (70), 'mit Angehörigen lebend' 47,50 (45), 'Betreutes Wohnen' 58,13 (60), 'Wohngemeinschaft' 54,64 (57,50), 'gesamt' 56,89 (60).

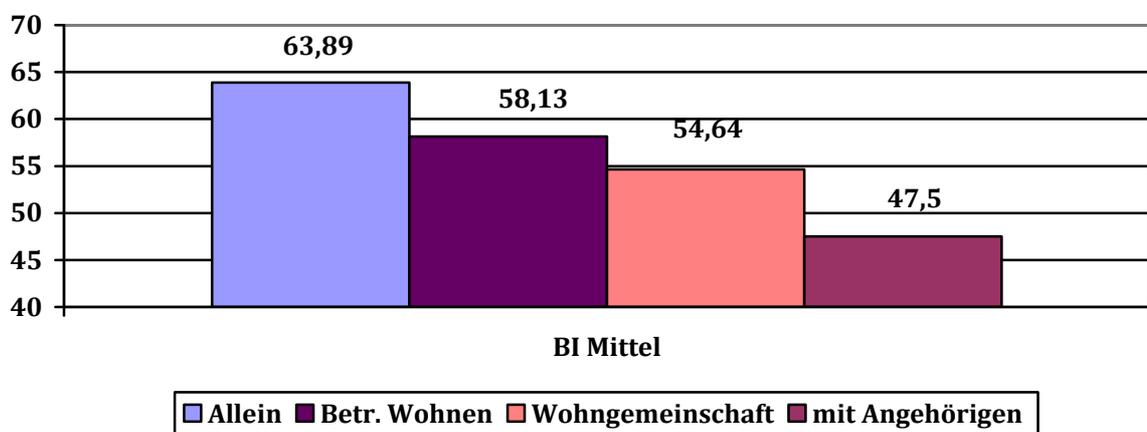


Abbildung 10: Aufnahmemittelwerte Barthel-Index vor Neuaufnahmen in den Heimbereich

Der niedrige Wert bei Patientinnen, die aus der Pflege von Angehörigen kamen, kann in einem Zusammenhang gesehen werden, auf den GRASS-KAPANKE ET AL. hinweisen. Sie befragten Patientinnen nach den ihnen bekannten Gründen für einen Umzug in ein Heim. „Mit überwältigender Mehrheit stand bei den Antworten [...] die Überforderung der Angehörigen an der Spitze der Nennungen“ (Grass-Kapanke et al. 2008).

4.4 Prädiktoren für die Veränderung des BI von T₁ zu T₂

Die Lebenssituation vor der Aufnahme, die Gruppe der ICD-10-Diagnosen, die Pflegediagnose und der BI bei der Aufnahme werden im Folgenden als mögliche Prädiktoren für die Veränderung des BI von T₁ zu T₂ untersucht. Als relevant für die klinische Arbeit zeigen sich die Behandlungen aus den ICD-10-Diagnosebereichen Demenz, Delir, Psychosen und Depressionen in Kombination mit den Pflegediagnosen der Gruppe Perzeption und Kognition (mit Ausnahme Neglect und beeinträchtigte Kommunikation) ausgewählt. Unter dem Aspekt der längerfristigen Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung gilt es Aufnahmen aus der Somatik und Verlegungen dorthin nicht zu berücksichtigen. Damit ergibt sich ein n von 662 Fällen.

4.4.1 Diagramme zu den möglichen Prädiktoren

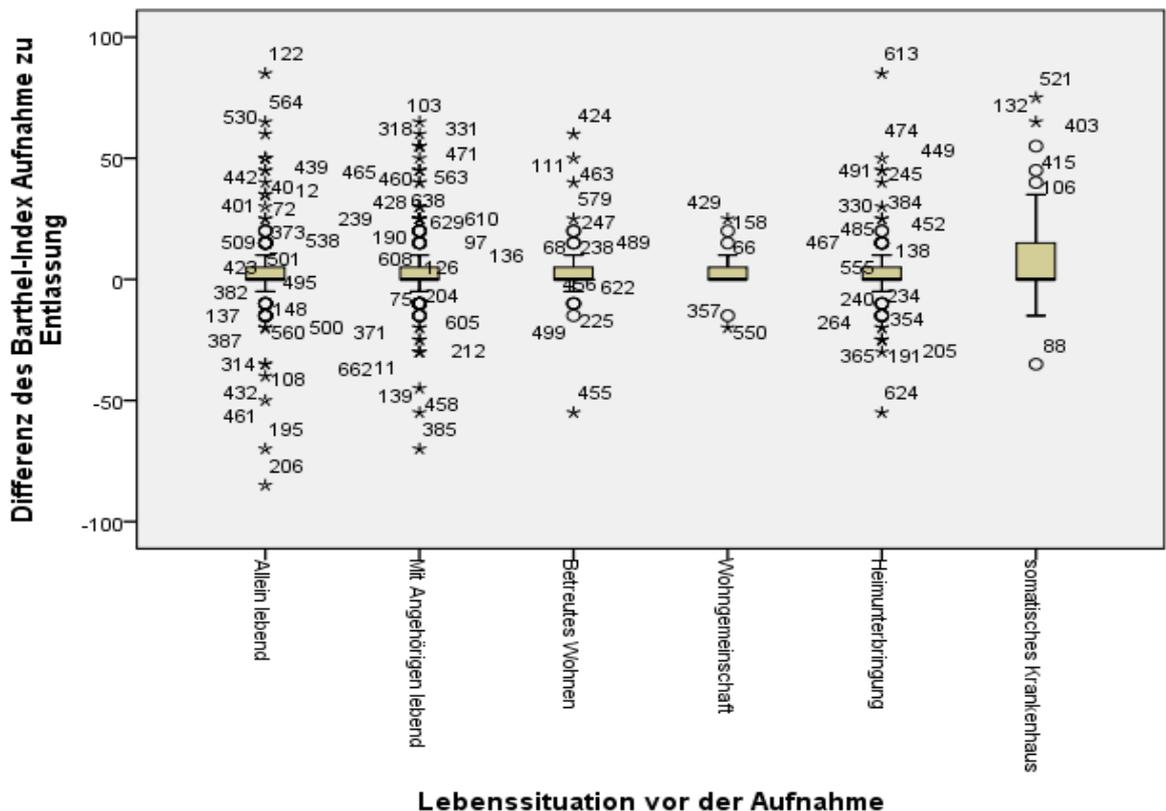


Abbildung 11: BI von T₁ zu T₂ nach der Lebenssituation vor der Aufnahme

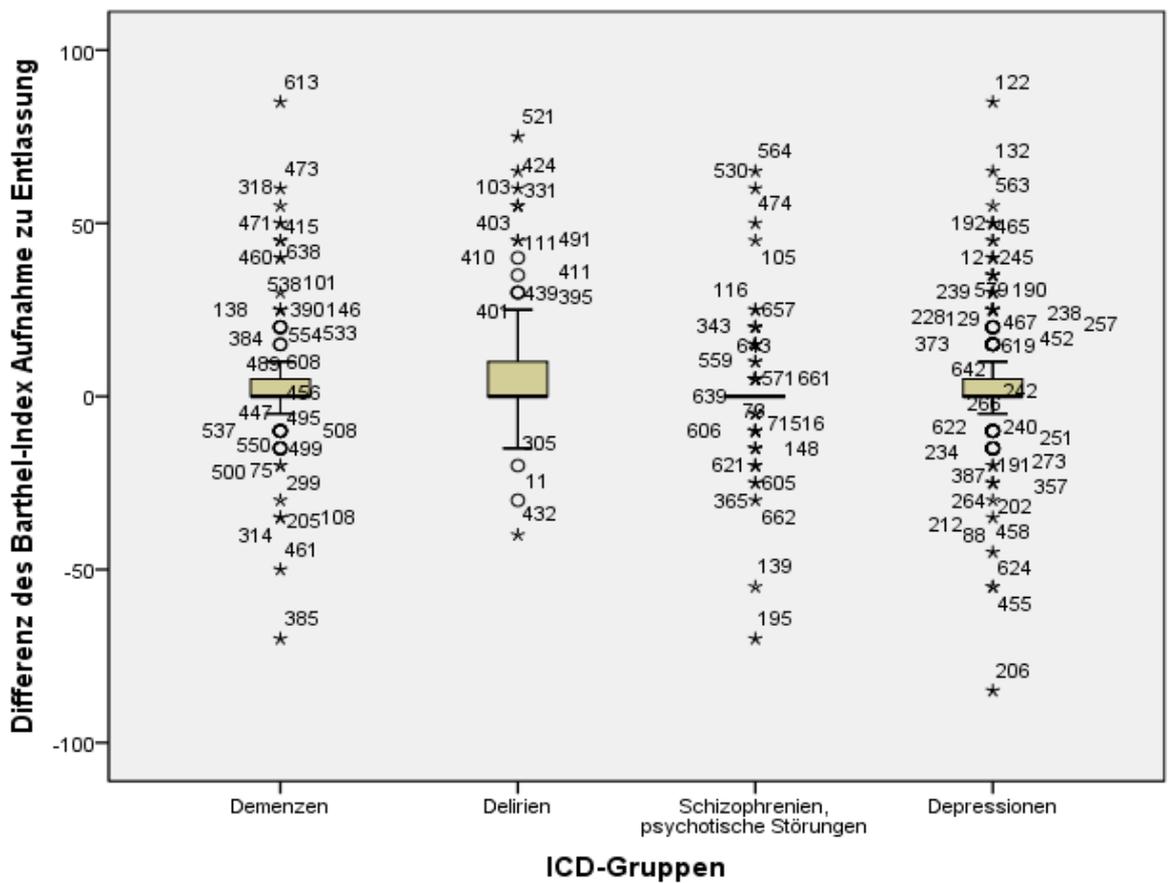


Abbildung 12: BI von T₁ zu T₂ nach der ICD-10-Diagnose

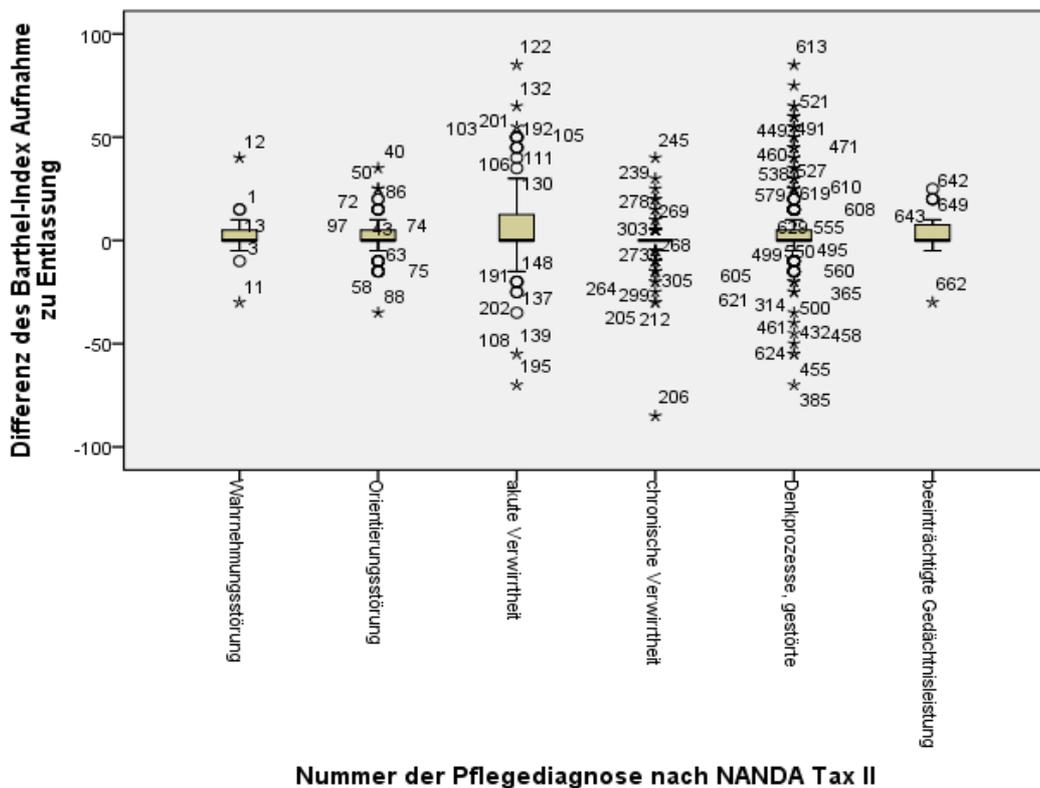


Abbildung 13: BI von T₁ zu T₂ nach der Pflegediagnose

Tabelle 14: Regressionsmodell mit Zusammenfassung, ANOVA^b und Koeffizienten^a

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Einschätzers
1	0,861 ^a	0,742	0,740	16,268

a. Einflussvariablen : (Konstante), Einstufung des Barthel-Index bei Aufnahme, Nummer der Pflegediagnose nach NANDA Tax II, Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10-Gruppen

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	Sig.
1 Regression	499020,719	4	124755,180	0,000 ^a
Nicht standardisierte Residuen	173864,175	657	264,633	
Gesamt	672884,894	661		

a. Einflußvariablen : (Konstante), Einstufung des Barthel-Index bei Aufnahme, Nummer der Pflegediagnose nach NANDA Tax II, Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-Gruppen

b. Abhängige Variable: Einstufung des Barthel-Index bei Entlassung

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	Sig.
	Regressionskoeffizient ^b	Standardfehler	Beta	
1 (Konstante)	-7,364	44,022		0,867
Lebenssituation vor der Aufnahme	-0,246	0,375	-0,013	0,512
ICD-Gruppen	-0,301	0,317	-0,020	0,343
Nummer der Pflegediagnose nach NANDA Tax II	0,167	0,338	0,010	0,621
Einstufung des Barthel-Index bei Aufnahme	0,858	0,021	0,855	0,000

a. Abhängige Variable: Einstufung des Barthel-Index bei Entlassung

Bei dem Bestimmtheitsmaß R^2 von 0,861 und der Signifikanz in der Gesamtheit erscheint das Modell geeignet die Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit vorhersagen zu können. Die Betrachtung der Koeffizienten im Einzelnen zeigt dann, dass lediglich der Barthel-Index als möglicher Prädiktor mit den bereits in den Diagrammen sichtbaren Verhältnissen einen sicheren Bezug zwischen T_1 und T_2 herstellen kann, wobei die bekannten Boden- und Deckeneffekte (vgl. Burkhardt & Burger 2012) berücksichtigt werden müssen und dann die individuellen Verläufe das Bild prägen.

Wird das Modell ohne den Barthel-Index gerechnet findet sich lediglich ein R^2 von 0,266 für das Gesamtmodell. Der Regressionskoeffizient für die Lebenssituation vor der Aufnahme steigt dann auf -4,271. Dies kann als Folge der schon an anderer Stelle aufgezeigten Linearität bei der Selbstpflegefähigkeit nach den Versorgungsformen angesehen werden die ihrerseits das über die Pflegeversicherung gesteuerte Prinzip 'ambulant vor stationär' (vgl. Udsching et al. 2010) abermals verdeutlicht.

5 Diskussion

Die vorliegende Vollerhebung über vier Jahre auf drei gerontopsychiatrischen Schwerpunktstationen für „Depression“, „Demenz“ und „Psychose“ (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld 2012) erfasste durch das gesetzte Kriterium der vollständigen Dokumentation 56,95% der in dieser Zeit durchgeführten Behandlungen. Wenn auch im Folgenden Schwächen zu benennen sind, so können die eingesetzten Erfassungssysteme der Untersuchung als vor Ort etablierte und geschulte Assessmentinstrumente gelten. Sie erfassen die normiert festgelegten pflegerischen Personalressourcen (vgl. Kunze & Kaltenbach 2005) und bieten mit dem Barthel-Index und der Pflegediagnostik eine Einstiegsmöglichkeit in die Erfassung der Selbstpflegefähigkeit und der erforderlichen Kompensationen durch die professionelle Pflege. Sie erlauben Vergleichsansätze innerhalb der Organisationen und eine Grundlage für die Entwicklung weiterer Fragestellungen. Hervorzuheben ist die Kontinuität mit der die Zwischenergebnisse in diesen vier Jahren von allen Beteiligten als zutreffende Abbildung der Realität eingeschätzt wurden.

5.1 Darstellung der Fehlermöglichkeiten

5.1.1 Kritische Betrachtung der Methodik insgesamt

Da es sich um eine monozentrische Untersuchung handelt, ist die Übertragbarkeit auf andere Arbeitsbereiche nicht ohne weiteres möglich. Die Daten stammen aus dem Routinebetrieb, sie geben die Einschätzung der Pflegenden am Anfang der Behandlung wieder und erlauben eine Evaluation am Ende der Behandlung (vgl. Behrens & Langer 2006).

Bei der Erfassungsquote von 56,95% der Behandlungen fällt die unterschiedliche Quote der Behandlungsbereiche auf: Bereich Depression 29,18% zu 38,04%, Bereich Demenz 33,48% zu 16,23%, Bereich Psychose 37,34% zu 45,73%. Die Quoten decken sich mit den Erfahrungen der innerbetrieblichen Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Dokumentation. Eine Erfahrung, welcher Art die Missings in der Dokumentation der Fälle sind liegt nicht vor. Das gesetzte Kriterium der Vollständigkeit als Einschlusskriterium lag den Stationen nicht vor, sodass zumindestens eine bewusste Erfassungswahl ausgeschlossen werden kann.

5.1.2 Kritische Betrachtung der Stichprobe

Die Stichprobe war im Hinblick auf Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung mit der Gruppe aller im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patientinnen vergleichbar. So lassen sich in der Gesamtheit 31,8% Männer zu 33,3% in der Stichprobe und Frauen 68,2% zu 66,7% ausmachen. Hinsichtlich der Bereiche, des Altersmittels und der Aufenthaltsdauer finden sich vergleichbare Werte aus der Abteilung bei einer Studie von WIEGARD mit einem Altersmittel von 77,9 Jahren (76,8 in der aktuellen Stichprobe) (vgl. Wingenfeld 2002).

Die Aufenthaltsdauer der Patientinnen der Stichprobe erreichte im Mittel 27,67 [Sd: $\pm 2,86$, Median 22] Tage. In der Gesamtheit lag diese bei 28,54 im Mittel [Sd: $\pm 25,19$, Median 23]. Die Differenzen in der Verweildauer zwischen der Gesamtheit, der Stichprobe und dabei auch zwischen den Behandlungsbereichen könnten auf einen Unterschied in der Auswahl der Fälle in Bezug auf die Pflegeintensität hinweisen. Diese Möglichkeit ist allerdings mit Blick auf die gleichzeitig geringe Korrelation von $R\ 0,187$ bei dem Zusammenhang von 'BI bei Aufnahme' und der 'Verweildauer' als eher gering einzuschätzen. Die Unterschiede sind u. a. in den individuellen Gründen für die Beendigung des Aufenthaltes zu sehen. Diese haben durchaus auch außerhalb der klinischen Behandlung ihren Ursprung. In die Entlassungsplanung fließen Entscheidungen ein, die ihre Begründung weit über die Krankheitsdiagnose hinaus haben. Einbezogen werden die Möglichkeiten der Versorgungssettings aus dem Fokus der Alltags- und Lebenswelt der Patientinnen und deren Potenziale für die Versorgung (vgl. Gaidys 2011).

Die verhältnismäßig geringen Unterschiede im Altersdurchschnitt zwischen den Behandlungsbereichen könnten auf einen Unterschied in der Auswahl der Fälle in Bezug auf die Pflegeintensität hinweisen. Aber auch diese Eventualität ist als mögliche störende Einflussgröße oder Beeinflussung mit Blick auf geringe Korrelation von $R\ 0,313$ bei dem Zusammenhang von „BI bei Aufnahme“ und dem „Alter“ als gering einzuschätzen.

5.1.3 Kritische Betrachtung der Erhebungsinstrumente

Kritische Betrachtung des Vergleichs von PsychPV und SGB XI

Der gewählte methodische Ansatz nutzt vorhandene und verbreitete Systeme, weist aber Schwächen auf. So werden die Kennzahlen zweier (normativer) Systeme

verglichen, deren Werte auf unterschiedliche Weise zustande kommen: Während im Rahmen der Pflegeversicherung Einzelbegutachtungen (abgestellt auf eine Familienpflege) als Grundlage für die Festlegung des Minutenwertes herangezogen werden, errechnen sich die Zahlen der PsychPV auf der Grundlage von Stationsbelegungen (bei professioneller Pflege). Diese Vorgehensweise ist dem Ziel geschuldet, wesentliche Verfahren zur Ressourcenallokation einander gegenüberzustellen. Gleichwohl ist dieser methodische Aspekt im Hinblick auf die Stabilität der Ergebnisse im Verlauf der Erhebung zu berücksichtigen (vgl. Noelle et al. 2010).

ICD-10 Aufnahme

Je nach Situation bzw. Grund der Einweisung kann die Aufnahmediagnose erheblich von der späteren Diagnose abweichen. Eine Ursache hierfür liegt sicherlich in der Aufgabe der stationären Krankenbehandlung, eine detaillierte Diagnostik durchzuführen (vgl. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld 2012). Für die Suche nach etwaigen Prädiktoren, die ein Teil dieser Untersuchung ist, muss aber mit den am Anfang der Behandlung zugänglichen Assessmentelementen gearbeitet werden.

Pflegediagnosen

Auf die Gefahr eines missverständlichen Wissens aus den Pflegediagnosen weist KESSELRING hin: „Pflegediagnosen sind ein technisches Hilfsmittel für die computergestützte Dokumentation von Aktivitäten, die von Pflegepersonen durchgeführt werden, nichts mehr und nichts weniger. Die Sprache und das durch Nomenklaturen explizit gemachte Wissen sind dem Bereich technisches «Beherrschungswissen» zuzurechnen, das zum Zweck von Defizitbehebungen bzw. Situationsverbesserungen entwickelt wird. In dem Augenblick, wo psychosoziale Pflegediagnosen als Mittel für die Planung und Evaluation von Pflege verwendet werden, besteht die nicht zu unterschätzende Gefahr, dass sie als Bildungswissen, d.h. als das Berufswissen missverstanden werden. Dies, weil weder ihr normierender Charakter noch die Oberflächlichkeit und Fragwürdigkeit ihrer Wissensfragmente, und auch nicht das ihnen innewohnende technische, reduktionistische Menschenbild erkannt werden“ (Kesselring 1999).

Letztlich muss die Pflegekraft dabei reflektieren, dass es durch die Pflegediagnostik zu einer Definitionsmacht über die Patientinnen kommen kann (Kelch 2009), die sich damit auf die Behandlung und die Ergebnisse einer Evaluation auswirkt.

Barthel-Index

Der häufig bestehende Eindruck einer hohen Validität und Reliabilität des Instrumentes wird durch die Analyseergebnisse bei Einsätzen des BI in unterschiedlichen Settings von LÜBKE ET AL. relativiert: „Gemeinsam ist diesen neuen Verwendungszusammenhängen, dass sie stets den Summenscore des BI verwenden, wengleich dieser bzgl. statistischer Auswertungen grundsätzlich den Grenzen eines ordinal skalierten Instruments unterliegt und bereits von BARTHEL und MAHONEY in seiner Aussagekraft deutlich relativiert wurde (*The total score is not as significant or meaningful as the breakdown into individual items, since these indicate where the deficiencies are*). Kontexte berühren, die zumindest potenziell auch einer deutlichen Interessenssteuerung unterliegen, sei es als Leistungsausweise oder gar als Anspruchsgrundlage für Leistungen oder Erlöse. Diese neuen Einsatzformen des BI haben zur Folge, dass Schwächen des Instrumentes deutlich werden, die im ursprünglichen klinischen Behandlungskontext eine untergeordnete Rolle spielen“ (Lübke et al. 2004).

Für seine zentrale Rolle bei der Untersuchung bedarf es einer genaueren Betrachtung des BI: „Der BI erweist sich als ein in der klinischen Praxis effizienter, jedoch mehrdimensionaler Globalparameter, dessen Aussagekraft auf der Ebene der Einzelitems liegt, und dessen Validität insbesondere als Summenscore und Verlaufsparemeter für neue Verwendungszusammenhänge jeweils neu zu belegen ist. Das Hamburger Einstufungsmanual als standardisierte und konsentierete Operationalisierung des BI liefert hierfür eine wichtige Grundlage“ (Lübke et al. 2004) . Des Weiteren muss es kritisch gesehen werden, wenn die Items des BI als Summenscore und nicht einzeln betrachtet werden. Auch in der Beratung zur Einstufung der Pflegeversicherung sollte der BI immer zugleich vorsichtig genutzt werden. „In vielen Fällen wäre das Zuordnungsergebnis nach dem Summenwert zwar sicherlich identisch [...] aber eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Gewichtungen in den Pflegestufen zeigt, dass hier verschiedene Items doch mit deutlich unterschiedlichen Gewichtungen [...] eingehen“ (Maidhof et al. 2002).

Die in die Untersuchung aufgenommenen Werte basieren auf den Konsensentscheidungen über die Einstufungen, wie sie in den Teams regelhaft stattfinden. Auf diese Notwendigkeit zur Vermeidung von Verzerrungen weisen RANHOFF UND LAAKE im Zusammenhang mit der Bewertung des BI hin. Nach ihrer Untersuchung fällt die ärztliche Einschätzung mit der häufig aus Gesprächssituationen abgeleiteten Einstufung höher aus als die der Pflegenden, die sich eher an den Handlungen der Patientinnen orientiert (Ranhoff & Laake 1993).

Lebenssituation

Die selbstgewählte Einteilung hat ihre Schwächen in der Abgrenzung der angenommenen Betreuungsintensitäten. Beispielsweise kann eine Patientin im „Betreuten Wohnen“ über die dort angebotene, i. d. R. sozialarbeiterische Betreuung eine größere Menge an Betreuung eingekauft haben als eine vergleichbare Patientin in der Versorgung durch Angehörige nutzen kann. Die in der ordinal-skalierten Abstufung [Allein lebend, mit Angehörigen lebend, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft, Heimversorgung] angenommenen Versorgungsintensitäten entsprechen den Erfahrungswerten der Pflegenden in den Beratungsgesprächen. Hier zeigen sich Belastungsgrenzen der Unterstützungssysteme, die zu dieser Skalierung führen. Die der Pflegeversicherung zugrundeliegenden Prinzipien 'ambulant vor stationär' (vgl. Udsching et al. 2010) sowie das Grundprinzip der 'Subsidiarität' (vgl. Udsching et al. 2010) stützen diese Annahmen. Die Differenz in der Betreuung zwischen den Menschen, die von Angehörigen versorgt werden und denen in einer Heimversorgung gründet auf der allgemein geteilten Annahme, dass sich die Altenheime in den letzten Jahren zu Pflegeheimen gewandelt haben (vgl. Müller-Thomsen 2009).

5.2 Bedeutung der Ergebnisse

5.2.1 Vergleich von Ressourcenallokation PsychPV zu SGB XI

Routinedaten nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung und Pflegeversicherung liefern Hinweise zum Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären gerontopsychiatrischen Krankenbehandlung. Sie führen zu unterschiedlichsten Pflegeaufwandseinschätzungen.

Die Werte der PsychPV ergeben sich aus der durchschnittlichen Zahl der Patientinnen in den einzelnen Behandlungsbereichen auf der Grundlage von vier Stichtagserhebungen per Anno. Im Rahmen der bundesweiten Erhebungen werden die

Werte jeweils am dritten Mittwoch im Monat erhoben und jeweils im ersten Monat eines Quartals an die Vertragsparteien der Bundespflegesatzverordnung gemeldet (vgl. Kunze & Kaltenbach 2005). Im Sinne der Pflegeversicherung werden die Patientinnen von den Pflegenden den Pflegestufen zugeordnet, die in den Beratungsgesprächen als Empfehlung für die Beantragung einer Einstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz gegeben wird. Die Einschätzung unterliegt der internen Verpflichtung, möglichst realistische Werte für die Beratung der Angehörigen zu haben (vgl. Noelle et al. 2010).

"Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die eingesetzten Instrumente im Hinblick auf den Pflegebedarf zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Dabei kann festgehalten werden, dass die Anwendung der PsychPV im gerontopsychiatrischen Setting nicht ganz unkritisch zu sehen ist, wenn sie zur Pflegebedarfserfassung herangezogen wird" (Noelle et al. 2010). Ihre originäre Zielsetzung ist nicht auf einen separaten Pflegebedarf im Sinne einer andauernden Pflege bei einem chronischen Krankheitsverlauf ausgerichtet.

Diese Art der Aufteilung der einzelnen Pflegemaßnahmen lässt die Auswirkungen der psychiatrischen Behandlungspflege auf die Grundpflege ebenso außer Acht, wie die Art und Zeit der Grundpflege als Element der psychiatrischen Behandlungspflege. Beispielhaft sind auf die mannigfaltigen Wechselwirkungen im Bereich der Inkontinenzbehandlung bzw. -versorgung hinzuweisen, bei der Elemente von technisch basierter Grundpflegeanwendung und psychodynamischen Interventionsformen ineinander übergehen oder die Möglichkeiten der Verhaltensbeobachtung bei der Grundpflege (vgl. Barrick et al. 2011) als Ausgangspunkt für die weitere Behandlung zu sehen sind.

Ihre Legitimation erhält die 'Aufsplittung' u. a. durch die Dimension des dauerhaften Hilfebedarfs, da davon ausgegangen werden kann, dass bei einem Großteil der Patientinnen eben dieser Pflegeaufwand, bei den Alltagsverrichtungen vor und nach dem Aufenthalt, bis zu drei Viertel der ihnen zukommenden gesamtpflegerischen Leistung (vgl. Bei einem Großteil der Patienten macht der Pflegeaufwand bei den Alltagsverrichtungen nach dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung bis zu $\frac{3}{4}$ der gesamtpflegerischen Leistung, die ihnen zukommt, aus Wingenfeld 2002).

Die Pflegeplanung muss die Ziele einer rehabilitativen Krankenbehandlung, bei der Gleichzeitigkeit der vorher per Pflegeversicherungsgesetz anerkannten

Pflegebedürftigkeit, in den Blick nehmen; auch um dem gesetzesübergreifend festgelegten Auftrag der Pflegeversicherung zu entsprechen, nach dem auch im SGB XI eine rehabilitative Pflege gefordert wird (vgl. Udsching et al. 2010). Gleichzeitig kann auch die Behandlung, und damit der originäre Auftrag der stationären Krankenhausversorgung, nicht differenziert in ihren Wirkmechanismen nachgewiesen werden. Pflege, Medizin und der gesamte therapeutische Wirkrahmen müssen als ein Ganzes gesehen werden, bei dem die Wirkung einer einzelnen Komponente nur und teilweise mit hohem Aufwand durch experimentelle Variationen und multivariat ausgewertete randomisiert-kontrollierte Studien (vgl. Behrens & Langer 2006) herausgestellt werden kann, aber naturalistisch mit vertretbarem Aufwand nur im Ensemble nachzuweisen ist. Dieser Aufwand wird beispielsweise in der Anzahl der Erhebungsinstrumente [Hamilton-Depressions-Skala; Mini-Mental-State-Examination; Aktivitäten des täglichen Lebens; Münchner-Lebenswelt-Dimensionen-Liste; Skala zur sozialen Situation Hochbetagter; Cumulative Illness Rating Scale] deutlich, mit denen BRAMESFELD ET AL. im Jahr 2000 eine erste longitudinale Ergebnisqualitätsuntersuchung teilstationärer gerontopsychiatrischer Behandlung mit der Messung der Veränderung bei der Lebenszufriedenheit vorlegten (vgl. Bramesfeld et al. 2000). Die Erfahrungen solcher Arbeiten sollten in weiteren Untersuchungen bei den Patientinnengruppen gezielt eingesetzt werden, für die in der vorliegenden Arbeit ein Risikopotenzial in den Veränderungen der Lebensbedingungen aufgezeigt werden konnte. Der vordergründigen Veränderung der Lebens- und Betreuungssituation könnte mit der Frage nach der Zufriedenheit zu einer qualitativ höherwertigen Aussage verholfen werden. Bei der Betrachtung einzelner Fallvignetten aus der Untersuchung zeigt sich, dass eine solche Vorgehensweise wiewohl in der Lage die Situation des zu Pflegenden erfassen würde und dennoch nur bedingt die Wirklichkeit des pflegerischen Alltags darstellen könnte. Dies muss zu einem erheblichen Teil den höchst komplexen Handlungs- und Wirkungszusammenhängen bei der Pflege zugeschrieben werden, aber auch dem Fehlen eines allgemein anerkannten und zukunftsfähigen Pflegebegriffes. „Der verbindliche Gesetzesrahmen, der die Beziehung zwischen Pflege und Medizin als abhängig definiert, hat es bisher unmöglich gemacht, daß sich in Deutschland die Pflege unabhängig entwickeln konnte [...]“ (Kean 1999).

Immerhin weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Demenzkranke im SGB XI mehr Ressourcen aufgrund ihrer somatischen Pflegebedürftigkeit zugesprochen bekommen als dies in der Psych-PV der Fall ist. Weitere Aufklärungsanstrengungen sind nötig, um

einen zukunftsfähigen Pflegebegriff mit rehabilitativem Charakter in entsprechenden Instrumenten zur Personalbemessung zu verankern (vgl. Noelle et al. 2010).

5.2.2 Die Elemente des Assessments bei der Ressourcenallokation

ICD-10 und Pflegediagnostik

"Ungewöhnliche Verhaltensweisen haben immer eine individuelle Begründung. Um zu einem Verständnis unter Pflegefachkräften zu kommen, versucht man Verhaltensweisen und bestimmte Merkmale durch Bilden von Kategorien und Suchen nach Oberbegriffen zu typisieren. [...] Die Psychiatrie/Gerontopsychiatrie hat sich einem symptomorientierten und gleichzeitig biologischen Ansatz zugewandt" (Höwler 2010). Die Konstellationen von Symptomen, die für eine gerontopsychiatrische Diagnose ausschlaggebend sind, finden sich in den Definitionen der 'International Classification of Diseases and Related Health Problems' (ICD-10). Diese von der WHO herausgegebene Klassifikation ermöglicht eine Vergleichbarkeit von z. B. epidemiologischen Studien und Forschungsvorhaben (vgl. Höwler 2010).

"Die in der klinischen Praxis gestellten und dokumentierten Pflegediagnosen sollen diejenigen Aspekte der Gesundheit charakterisieren, die in einem bestimmten Setting Objekt des pflegerischen Interesses und der pflegerischen Interventionen sind" (Rollnik 2009). In diesem Zusammenhang stellt ROLLNIK fest: "Ob Pflegediagnosen diese Erwartungen erfüllen können, hängt zunächst davon ab, ob ihre Anwendung in den Pflegealltag integriert werden kann, wird aber nicht zuletzt auch von der Qualität der diagnostischen Praxis bestimmt. Wenn aufgrund der gestellten Pflegediagnosen Aussagen über bestimmte Patientenpopulationen gemacht werden sollen, muss ausreichende Sicherheit bestehen darüber, dass Pflegediagnosen konsequent gestellt und dokumentiert werden, dass die Diagnosen richtig sind, und dass sie in einer Form dokumentiert sind, welche zusammenfassende statistische Beschreibungen und statistische Auswertungen erlauben. In der Literatur finden sich nur wenige empirische Untersuchungen über praktische Anwendungen von Pflegediagnosen in der psychiatrischen Pflege" (Rollnik 2009).

"Die in der klinischen Praxis gestellten und dokumentierten Pflegediagnosen sollen diejenigen Aspekte der Gesundheit charakterisieren, die in einem bestimmten Setting Objekt des pflegerischen Interesses und der pflegerischen Interventionen sind" (Rollnik 2009). Der professionellen Pflege geht es um die Auswirkungen von z. B.

Krankheiten auf die Funktionsfähigkeiten. Erst in der Kombination der von der Pflegekraft wahrgenommene Priorität und der vielfältigen Einflussfaktoren einer individuellen Pflegeplanung, die sich auf Erfahrung (vgl. Benner 1994) und Intuition stützt, entsteht das einzigartige Bild des zu Pflegenden in der konkreten Situation. Dabei kommt das aggregierte Wissen mit dem Erfahrungswissen der Pflegekraft zusammen.

Die Bezogenheit auf ein Behandlungssetting ermöglicht durch die gemeinsam geteilten Wertvorstellungen und Bilder in der Einschätzung ein gemeinsames Verständnis, welches, neben gelingender Kommunikation eine Ressourcenallokation innerhalb der Abteilung erlaubt. Betrachtet man die deutlichen Differenzen in der Selbstpflegefähigkeit bei den unterschiedlichsten Pflegediagnosen unter dem Aspekt der verallgemeinernden standardisierenden Dimension von Pflegediagnosen, wird deutlich, dass deren Einsatz von den professionell Pflegenden durch Auswahl und Zuordnung von weiteren Kriterien mit Leben gefüllt wird. Damit kann die Pflegediagnostik in diesem Rahmen gleichzeitig Grundlage einer individuellen Pflege und einer statistischen Aufarbeitung sein. Die so verstandene Pflegediagnose muss in der Pflegebeziehung als Strukturierungs- und Formulierungshilfe angesehen werden, die der Primary Nurse die Möglichkeit gibt, den zwischen ihr und dem zu Pflegenden ausgehandelten Pflegeplan transparent zu machen und Kontinuität in den Pflegeprozess zu bringen (vgl. Kean 1999).

Im Rahmen der Untersuchung werden, wie auch in der Studie von ABDERHALDEN ET AL., mit den Pflegediagnosen "Probleme beschrieben, die kaum – oder auf jeden Fall nicht während der relativ kurzen Zeit der Hospitalisation auf Akutstationen – vollständig gelöst werden können. Bei einer lediglich teilweisen Lösung der Probleme («Besserung») bleibt die Pflegediagnose bestehen. Diesbezüglich ist es problematisch, dass in den dokumentierten Pflegediagnosen keine Einschätzung des Schweregrads der Probleme enthalten ist, [...]" (Rollnik 2009). An diese Stelle tritt in der vorliegenden Arbeit die Einschätzung mittels des Barthel-Index als verbreitetes Instrument zur Messung der Selbstversorgungsfähigkeiten im Alltag.

In dieser Untersuchung fallen besonders die niedrigen Selbstpflegefähigkeiten in den Bereichen der Pflegediagnose „chronische Verwirrtheit“ mit einem BI unter 50 auf. Bei einer Fallzahl von 100 und damit immerhin 8% der Fälle insgesamt und 37% der Fälle mit einer Pflegediagnose im Zusammenhang mit der Gedächtnisleistung, stellt dies eine Größe dar, die im Rahmen einer Qualitätssicherung in der psychiatrischen Pflege gemäß

dem „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken“ (Bundesministerium für Gesundheit 1996) besondere Beachtung finden sollte. Unter dem Begriff der vorrangigen Absichten lassen sich direkt nach den Behandlungszielen auch die Ziele Schadensvermeidung und die soziale Schutzfunktion ausmachen, die im Zusammenhang einer evtl. zu verändernden Lebenssituation in den Fokus zu nehmen sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 1996).

Insbesondere für die Patientinnen mit der führenden psychiatrischen Pflegediagnose der „chronischen Verwirrtheit“ (BI von T_1 zu T_2 im Mittel $+0,83$ und einer Standardabweichung von $12,757$) müssen etwaige Vorteile und Risiken einer stationären Krankenbehandlung sorgfältig abgewogen werden. Die geringe Schwankungsbreite befindet sich um den BI von 50 und damit einerseits in einem Bereich, in dem eine Veränderung gut abgebildet wird und gleichzeitig an der Schnittstelle der Pflegestufe I zu den Pflegestufen II und III. Dabei ist es nicht nur der Unterschied bei der Anzahl der Unterstützungshandlungen im Tagesverlauf, die den Unterschied im SGB XI definieren (vgl. Udsching et al. 2010). Veränderungen, die sich in den Assessmentinstrumenten als kleine Schritte niederschlagen (Veränderungen in der Mobilität, der Kontinenz oder dem sicheren Erkennen von vertrauten Personen) zeigen sich in der alltäglichen Beratungspraxis häufig als entscheidend für die Weiterführung der häuslichen Versorgung.

Schon vor dem Beginn einer stationären Intervention sollten die Kernelemente des Entlassungsmanagements in den Blick genommen werden: Risiko im Sinne des zu erkennenden Unterstützungsbedarfs, Assessment im Sinne einer Einschätzung von Bewältigungsanforderungen und Bewältigungsressourcen sowie Information, Beratung, Edukation im Sinne der Befähigung von Betroffenen und ihren Angehörigen (vgl. Wingefeld 2005) über den Zeitraum einer stationären Krankenbehandlung hinaus.

Barthel-Index

Mit der Zeiteinteilung der Pflegeversicherung lassen sich keine detaillierten Veränderungen in der Selbstpflegefähigkeit während der Behandlung erfassen. Der BI lenkt den Blick differenzierter auf die einzelnen Bereiche der Selbstpflegefähigkeit. Die Nähe zu der Einstufung nach der Pflegeversicherung mit der gemeinsamen defizitorientierten Pflegebedürftigkeitsdefinition bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität ist als gesichert anzusehen (vgl. Gräßel et al. 2008). Bedingt durch seine Herkunft liegt sein Schwerpunkt besonders in der Bewertung auf den Bewegungsbereich (vgl. Wiegand 2004). Der Einsatz in der Gerontopsychiatrie ist gerade deswegen für

die Beurteilung einer Perspektive im Anschluss an die stationäre Behandlung geeignet, da die Mobilisation zum Erhalt oder zur Wiedererlangung der Alltagsfähigkeiten eine hohe Bedeutung hat. Neben Veränderungen in den Bereichen der Kontinenz ist es die Beweglichkeit, die häufig über eine notwendige Betreuungs- und Lebensform entscheidet, nachdem die Pflege eines Angehörigen meist über einen längeren Zeitraum mit steigenden Anforderungen verbunden ist (vgl. Kunstmann 2010). Hier ist es im Einzelfall immer erforderlich, neben dem Summenwert des BI auch die einzelnen Items zu betrachten. Beispielsweise kann ein gleich bleibender Wert auch durch eine Verbesserung der Bewegungsitems, bei gleichzeitiger eintretender Inkontinenz, vorhanden sein und damit eine möglicherweise im Einzelfall schwierigere Betreuungssituation entstehen. Der sich hieraus ergebende Beratungsbedarf richtet sich somit immer auch (bei Demenzerkrankten fast ausschließlich) an die Angehörigen. Dabei ist die Angehörigenberatung „generell auf eine einzelfallbezogene Strategieentwicklung der benötigten Unterstützung ausgerichtet“ (Gräbel 2001).

Die hohe Korrelation zwischen den Ergebnissen einer Einschätzung der Selbstpflege nach Barthel-Index und der Einstufung nach der Pflegeversicherung ermöglicht, den BI für die feiner abgestimmte Beratung zur Einstufung in die Pflegeversicherung zu nutzen. „Dieser Index zeigt den erwarteten hochsignifikanten Zusammenhang mit der Pflegeeinstufung“ (Gräbel et al. 2008). Dies geschieht sowohl für die Kommunikation von Veränderungen im Team wie im Vorfeld für Beratungen der Angehörigen oder Betreuer im Rahmen des Entlassungsmanagements (vgl. Hüper 2007). Besonders auffallend ist die deutliche Scheidelinie um die 50 Punkte im BI, die zwischen den Pflegeeinstufungen 0-1 und 2-3 besteht. Der im ersten Fall erforderliche einmal tägliche Hilfebedarf wächst an dieser Schnittstelle zu einem mindestens dreimal täglichen Bedarf an, der in der Stufe 3 auch noch regelmäßig einen Anteil in der Nacht haben muss (vgl. Udsching et al. 2010). Für die individuelle Beratung muss der Summenscore des BI 'aufgebrochen' werden, da in der persönlichen Beratung die qualitative Änderung von Selbstpflegefähigkeiten entscheidend ist. "Chronisch kranke Menschen begeben sich hauptsächlich während akuter Phasen ihrer Krankheit ins Krankenhaus; wenn [...] keine ausreichenden familiären Ressourcen für ihre Versorgung zur Verfügung stehen, werden sie in Langzeiteinrichtungen untergebracht. [...] Gleichzeitig müssen sie auch die anderen Aspekte ihres Lebens berücksichtigen. Die Bewältigung einer Krankheit - es sei denn, sie ist unaufdringlich - in der Familie ist im Allgemeinen nicht möglich, ohne dass ein gewisses Maß an Schwierigkeiten und ein großes Maß an

Arbeit aufseiten aller Beteiligten verursacht wird" (Corbin & Strauss 2010). Der Vergleich mit der neurologischen Frührehabilitation verdeutlicht die Fallschwere dieser Patientinnen. Mit einem BI zwischen 30 und 70 werden dort die Patientinnen beschrieben, die schon in der Therapie mitwirken können, aber noch einen hohen Bedarf an kurativer Medizin und eine hohe Pflegebedürftigkeit aufweisen. Eine Einstufungskategorie akuter müssen noch intensivmedizinische Interventionsmöglichkeiten vorgehalten werden (vgl. Schönle 1996). Wie schon GLAESMER ET AL. 2003 in ihrer Untersuchung der Alltagsfunktionen im Rahmen der Behandlung in einer geriatrischen Tagesklinik gezeigt haben, sind Patientinnen mit einem BI-Punktwert unter 75 "in ihren alltäglichen Verrichtungen deutlich eingeschränkt. Dies wird in etwa der Pflegestufe 1 gleichgesetzt" (Glaesmer et al. 2003). Die in dieser Untersuchung festgestellten Werte des Barthel-Index unter 50 müssen als besondere Einschränkungen in der Selbstpflegefähigkeit angesehen werden. Die Menge der grundpflegerischen Leistungen stellten besonders in der ambulanten Versorgung eine hohe Belastung für die Pflegepersonen dar und erfordert damit am Übergang von ambulanter Pflege zu stationärer Behandlung besondere Aufmerksamkeit. Sie weisen aber auch darauf hin, dass die Betrachtung des somatischen Unterstützungsbedarfs bei gerontopsychiatrischen Patientinnen nicht außer Acht gelassen werden darf.

Werden einzelne Kasuistiken aus dieser Gruppe betrachtet, finden sich Patientinnen, die mit der Behandlung an einer lebensentscheidenden Stelle in ihrer Krankheitsverlaufskurve stehen.

Dabei ist es das subjektive Belastungserleben, welches im Einzelfall zur Bewertung herangezogen werden muss. Ob, wie im geschilderten Fall der Kasuistik (s. o.) ein Behandlungserfolg konstatiert werden kann, hängt von dem Erleben der Betroffenen ab – wiegt ein wiederhergestellter Tag-/Nacht-Rhythmus die Inkontinenz auf? Wird sich die Inkontinenz im häuslichen Bereich wieder zurückbilden? Zahlreiche Strategien und Bewältigungsprozesse der Patientinnen und der Pflegenden müssen an diesen Stellen auf den Weg gebracht werden, um diese Phasen zu bewältigen (Woog Pierre 1998).

"Hier treten die Folgen der Krankheit für den weiteren Lebenslauf sowie Schwierigkeiten bei der Durchführung von Behandlungsprogrammen am deutlichsten zu Tage [...]" (Woog Pierre 1998). Es gilt den Blick über den Rahmen der stationären Behandlung hinaus zu weiten, die Ansprüche auf Leistungen zu verdeutlichen, um die Unterstützung für die Pflegepersonen zu sichern bzw. auszuweiten.

Ein BI um die 50 kann ein Marker sein, bei dem es sich aber in jedem Fall lohnt genauer zu recherchieren, besonders wenn eine Veränderung der Selbstpflegefähigkeit eingetreten ist, die eine Veränderung der Lebenssituation erforderlich machen könnte (siehe 5.2.5).

5.2.3 Möglichkeiten der Ressourcenallokation

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich aus Elementen des Assessments bei der Aufnahme [Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme] Aussagen zur Selbstpflegefähigkeit ableiten lassen. Diese Daten können Entscheidungshilfen bieten zu Begründungen für den unterschiedlichen Personaleinsatz der Pflege auf den verschiedenen Stationen mit ihren jeweiligen Behandlungsschwerpunkten.

Die erforderliche Ressourcenallokation geschieht auf der Grundlage eines bereits stark optimierten Leistungsgeschehens im Krankenhaus. „Im internationalen Vergleich liegen die Krankenhausaussgaben in Deutschland bereits weit unterhalb des Medians von 900€ pro Einwohner. Damit lassen sich die heimischen Krankenhäuser im internationalen Vergleich insgesamt als wirtschaftlich und effizient charakterisieren“ (Schnoor et al. 2011).

Beispielhaft sei hier auf die gesunkene Verweildauer (*M* 27,83 *Md* 22) und die damit verbundene unterschiedliche Arbeitsbelastung u. a. im Bereich der pflegerischen Administration verwiesen. Im Jahr 2003 lag die Aufenthaltsdauer der gesamten Abteilung für Gerontopsychiatrie noch bei *M* 31,7 Tagen (vgl. Wingenfeld 2002). Diese Veränderung kann in einem bundesweiten Zusammenhang gesehen werden, so auch im Landeskrankenhaus Wunstorf, welches für 2002 bei ähnlichen Patientenkonstellationen eine Verweildauer von *M* 28,8 Tagen angibt (vgl. Holler 2004) oder in einer Studie von KOCH ET AL. eine Veränderung von 1995 zu 2003 mit einer Absenkung der "Liegezeit von etwa 32 Tagen auf 25 Tage" (Koch et al. 2007).

Im Rahmen des Personaleinsatzes sind damit drei unterschiedliche Einflussfaktoren zu bedenken: die Aufgaben die sich aus der PsychPV ergeben, die besondere Dichte an administrativen Aufgaben abhängig von der Verweildauer und die Grundpflege im Sinne der Pflegeversicherung. „Die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung trägt zur Senkung der Folgekosten bei: im ambulanten Bereich, bei Kosten von Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, sowie in den

Bereichen Rehabilitation, Teilhabe und Pflege“ (Aktion Psychisch Kranke e. V. SK Spitzenverbände der Krankenkassen 2007). Mit dieser Ausrichtung ist der Pflegebegriff, der sich auf die Elemente der grundpflegerischen Versorgung bezieht, anders zu verstehen und zu gewichten, als er in Pflegemodellen zu finden ist, die sich mit der Chronizität von Krankheiten und Krankheitsfolgen auseinandersetzen. Im Vordergrund steht die kurzfristige Übernahme von mangelnden Fähigkeiten der Selbstversorgung während der Behandlung. Dies muss sich auf der Handlungsebene zwangsläufig und gerade im Zeitbedarf der einzelnen Verrichtung niederschlagen.

Des Weiteren ist es mit einer am individuellen Pflegeplan ausgerichteten Pflege nicht vereinbar, wenn die Bezifferung des Pflegebedarfs gemäß eines Kriterienkatalogs von einer Gesamtheit auf den Einzelnen heruntergerechnet wird. Eine Vergleichbarkeit ist dadurch stark eingeschränkt, dass die PsychPV in ganzen Einheiten (Stationen) den Personalbedarf festlegt, während die anderen Instrumente vom Individuum ausgehen.

Der Zeitbedarf, der als Pflegebedarf nach SGB XI bewertet wird, ist ausdrücklich individuell und bei Anleitung, Unterstützung und/oder Übernahme der Verrichtung zu erheben (vgl. Aktion Psychisch Kranke e. V. SK Spitzenverbände der Krankenkassen 1998). Diese Vorgabezeit kann eine gute Basis für eine Pflegebedarfseinschätzung liefern, sofern umfassend erhoben wird und nicht das Gebot der Wirtschaftlichkeit grundsätzlich an erster Stelle steht. Das Instrument kann als ‘grobe’, aber dennoch gute Möglichkeit der Quantifizierung gesehen werden. Die Verrichtungen, die nach dem SGB XI überhaupt nur zur Pflege gerechnet werden und die damit den zu quantifizierenden Pflegebedarf bestimmen, schränken diese Möglichkeit aber gleichzeitig stark ein.

Als schwierig muss nach diesem Erfassungssystem mit, seinem auf die Familienpflege und die Individualität ausgelegten Einstufungsverfahren, die Übertragbarkeit auf zu Pflegenden gesehen werden, die von professionellen Pflegenden betreut werden. „So bleibt letztendlich offen, wie der notwendige Zeitaufwand bei professioneller Pflege anhand nicht definierter Laienpflegezeiten beurteilt werden soll“ (Wingenfeld 2003). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegeversicherung ohne Aussagen über die Wirkungen und/oder Zusammenhänge psychiatrischer Problemfelder zu sehen ist, die im vorliegenden Betrachtungsgegenstand vielfältig auftreten.

Durch den Bezug der vorliegenden Untersuchung auf die vorhandenen, rechtlich relevanten Stichtagszahlen kann dabei davon ausgegangen werden, dass die Werte nicht durch den Blick auf die Untersuchung beeinflusst wurden. Die Zeitwerte, mit denen im Bereich der Untersuchung für die Pflegeversicherung gearbeitet wird, können aufgrund der selbst gewählten Konstruktion nicht als Zeiten z. B. zur Personalberechnung herhalten, stellen aber als Anhaltszahlen zu beachtende Werte dar, welche die bestehenden Thesen u. a. von HIRSCH eindrucksvoll untermauern. Dabei wird die Psych-PV teilweise in ihrer Anlage von ihm sogar noch als zu sehr der Grundpflege verpflichtet gesehen und nicht dem rehabilitativem und behandelndem Pflegegedanken: „Schon bei ihrer Einführung (1990) wurde die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) den Bedürfnissen der älteren Patienten nicht gerecht, da sie überwiegend auf Pflege, nicht jedoch auf ein differenziertes gerontopsychiatrisches Behandlungsangebot ausgerichtet war“ (Hirsch 2001).

5.2.4 Selbstpflegefähigkeiten im Behandlungsverlauf

Die Hypothese, dass sich aus Elementen des Assessments bei der Aufnahme [Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme] Prädiktoren für eine Veränderung der Selbstpflegefähigkeit feststellen lassen, muss verworfen werden.

Die in hohem Maß auf die einzelne Patientin zugeschnittene individuelle Pflegeplanung und Pflege, die auf den eingesetzten Assessmentinstrumenten beruht, ermöglicht keine Clusterbildung, aus der eine Vorhersagbarkeit der Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit abgeleitet werden könnte.

Dass die hier fehlende Standardisierung als ein Grund angesehen werden kann, zeigt sich im Vergleich mit einer Studie von ROLLNIK, die den Barthel-Index als Prädiktor für die Verweildauer von Patientinnen in der neurologischen Rehabilitationsbehandlung betrachtet. Dort konnte die Funktion des BI bei Aufnahme als Prädiktor für die Verweildauer in dieser Phase mit einer einheitlicheren Behandlung gezeigt werden, bedeutend weniger aber in der Rehabilitationsphase mit stärkeren individuellen Unterschieden. Insgesamt findet sich in der Studie eine Korrelation des „Eingangs-Barthel-Index hoch signifikant ($p < 0,001$) mit der Verweildauer, wobei sich ein negativer Korrelationskoeffizient von $R -0,34$ ergab“ (Rollnik 2009). Im Vergleich dazu findet sich in der vorliegenden Studie lediglich ein Korrelationskoeffizient von R

0,187 bei der Gesamtheit sowie von $R\ 0,162$ bei der Gruppe unter dem Fokus der Pflegediagnosen des Bereichs 'Kognition' (n. 662).

Darüber hinaus muss die fehlende Möglichkeit, eine Veränderung der Selbstpflegefähigkeit vorhersagen zu können, wohl nicht nur den individuellen Faktoren der Pflege zugerechnet werden, sondern auch der multiprofessionellen Behandlung mit den schon o. g. nicht zu differenzierenden Wirkmechanismen (vgl. Behrens & Langer 2006). Auch andere Untersuchungen wie beispielsweise BURKHARDT UND BURGER finden mit dem BI neben Boden- und Deckeneffekten bei der Arbeit in der geriatrischen Frührehabilitation in einem Akutkrankenhaus auch eine individuell sehr unterschiedliche Dynamik bezüglich des funktionellen Verlaufs (vgl. Burkhardt & Burger 2012).

Für die persönliche Beratung der zu Pflegenden und deren Angehörige ist die aus der Untersuchungsgruppe resultierende fehlende Vorhersagbarkeit nur indirekt relevant. Der einzelne Pflegende kann die diversen Elemente des Assessments dazu heranziehen, den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen auf einer besseren Grundlage aufklären und beraten zu können, da sich von gruppenspezifischen Wirkungs-Häufigkeiten keine Aussage im Einzelfall ableiten lässt, weil der Einzelne immer nur 'ganz oder gar nicht' betroffen ist (vgl. Behrens & Langer 2006).

5.2.5 Die Lebenssituation

Pflegebedarfseinschätzungen nach den dafür vorgesehenen Kriterien finden sich in der Betreuungsintensität der Lebenssituation wieder. Beispielhaft hier noch einmal ein Vergleich des BI von T_1 zu T_2 : Bei den Pflegediagnosen aus dem Bereich der Kognition findet sich ein Median der Veränderung bei 0,00. Die Standardabweichung entspricht den Ausschlägen an Gewinn und Verlust der Selbstpflegefähigkeit der jeweiligen Pflegediagnose ($\pm 31,81$). Bezieht man an dieser Stelle noch den bekannten und beschriebenen Deckeneffekt des BI ein (vgl. Rollnik 2009), wird die geringe Chance der Vorhersagbarkeit deutlich, mit der die Patientinnen auf eine Steigerung ihrer Selbstpflegefähigkeit hoffen können. Diesem Sachverhalt muss noch das ebenso große Risiko einer Verringerung der Selbstpflegefähigkeit gegenübergestellt werden. Dabei sind gerade bei einem BI um 50 Punkte die Auswirkungen – wie bereits dargelegt – nicht nur im Sinne der Einstufung, sondern auch in der persönlichen Belastung von zu Pflegendem und Pflegenden enorm.

Wie stark die Einschnitte für die Patientinnen sein können, wird besonders an den Behandlungen deutlich, die zu einer höheren Versorgungsform nach der Entlassung führten. Von den 229 Behandlungen (19,1%) die am Ende eine höhere Versorgungssituation benötigten, veränderte sich in 197 Fällen (86,0% [16,4% der Gesamtheit]) die Lebenssituation um mehr als eine Stufe der Versorgungsintensität. In diesem Zusammenhang sei auf die hohe Belastungstoleranz von Angehörigen hingewiesen, die sich in BI-Aufnahme-Werten der Behandlungen zeigen, die zu einer höheren Versorgungsform führten $M 47,50$ ($Md 45$). Im Vergleich zu den Aufnahmen aus familialen Kontexten liegt der Durchschnittsaufnahmewert bei Aufnahmen aus Wohngemeinschaften bei $M 54,64$ ($Md 57,50$). In ihrer Diskursanalyse zur familialen Verbundenheit weist KUNSTMANN auf die Belastungen der familialen Altenfürsorge und Pflege sowie der daraus resultierenden Konsequenzen für die pflegenden Angehörigen ebenso hin wie auf die soziale Isolation der pflegenden Angehörigen als Folge der Übernahme der Pflegeverantwortung. Dazu kommen die psychischen Belastungen und deren potentielle Wirkung im Sinne gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Kunstmann 2010). Diese Wechselwirkung zwischen einer möglichen Entlastung für das ursprüngliche Pflegesetting und der Belastung für den zu Pflegenden wird immer als Spannungsverhältnis zu betrachten sein. Die Abwägungsprozesse, für die die Suche nach Prädiktoren für einen Behandlungsverlauf eine erhebliche Rolle spielen könnten, werden grundsätzlich individuell und situationsbezogen pflegerische Kompetenzen bei Beratungen, Entscheidungen und der eigentlichen Pflege des Betroffenen erfordern.

6 Schlussfolgerungen

Die Auswertung der Daten konnte aufzeigen, dass die Zuordnung der pflegerischen Ressourcen mit den Pflegebedarfen, gemessen mit unterschiedlichen Assessmentinstrumenten und den hierfür festgesetzten Zielen des Managements übereinstimmen. Eine kurzfristige Reaktion auf akute Belastungssituationen ist dabei nicht vorgesehen. In der Ressourcenallokation muss eine kurzfristigere Reaktion auf objektivierte, akute Belastungssituationen möglich werden. Um auch in diesen Fällen evidenzbasiert entscheiden zu können gilt es, eine regelmäßige, tagesaktuelle Erfassung und Evaluation dieser Daten zu implementieren und nutzbar zu machen.

Mit Blick auf die demographische Entwicklung und die Zunahme der chronisch Erkrankten müssen die Diskrepanzen in der Zuteilung der Ressourcen für die Pflege mit den beiden normativen Instrumenten, 'Pflegeversicherung' und 'Psychiatriepersonalverordnung' weiter erfasst und politik- und öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. Besonders in der Kombination mit den Bemühungen um einen neuen Pflegebegriff ist es wichtig, diese besonderen Anforderungen an die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung zu berücksichtigen.

Eine der Möglichkeiten, die aktuell zur Ökonomisierung der Behandlung eingesetzt wird, ist die Verbreiterung des Qualifikationsprofils der pflegerisch Tätigen. Neben den bisher standardmäßig eingesetzten dreijährig-examinierten Pflegekräften kommen Mitarbeiterinnen ohne diese Ausbildungen, nach Schulungen in der Demenzbetreuung und zu Aspekten der Spiritualität in der Pflege (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege 2009), in der Betreuung der Patientinnen zum Einsatz. Gleichzeitig wird in einem Modellvorhaben angestrebt, Elemente der Heilkunde von ärztlicher Tätigkeit in die Alten- und Krankenpflege zu übertragen (Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V 2011). Nutzbringend können hier die unterstützenden Funktionen des 'Advanced Nursing Practise' sein. Eine Rolle der professionellen Pflege, die sich definiert „aus der Fähigkeit, komplexe gesundheitliche Versorgungssituationen in eigener Verantwortung bewältigen zu können“ (Gaidys 2011). Hier werden Pflegende mit Fachhochschulabschlüssen gefragt sein, neben deren praktischen Fähigkeiten das Fachwissen im Umgang mit Auswertungen von unterschiedlichen Analyseverfahren des Evidence-Based-Nursing gehört. Die Zuordnung kann und muss dann nicht mehr alleine auf Erfahrungswerten basieren. Innerhalb eines Organisationsbereiches wird dann mit unterschiedlichen

Qualifikationen der Pflege auf die akute Situation reagiert. Dabei muss über personengebundene Verantwortlichkeiten im Sinne des Primary Nursing, in der Verbindung von Mensch zu Mensch, zwischen einer Primären Pflegekraft und den zu Pflegenden die Kontinuität im Pflegeprozess sichergestellt werden (Manthey Marie 2005). Dazu erhält die Pflegekraft dann „Beratung, Unterstützung und Begleitung [...] in komplexen Pflegesituationen und bei der Durchführung der Pflege sowie Recherchen zu fallbezogenen Problemstellungen“ durch die Pflegeexperten (ANP's) (Mendel & Feuchtinger 2009). Die von PN durchgeführte Pflegediagnostik wird Grundlage einer individuellen Pflege, aufbauend auf einer gemeinsamen Vorstellung der Versorgung, die sich aus dem Leitbild der diakonischen Krankenversorgung entwickelt.

Der individuelle Zuschnitt der Behandlung und der Pflege wird dabei immer auf eine bestmögliche Versorgung zielen, um die Risiken für die Selbstversorgungsfähigkeiten des Patientinnen gering zu halten. Die Erfassung weiterer Faktoren wie der Multimorbidität (z. B. Anzahl von Diagnosen oder mittels Charlson Index⁶) muss implementiert und ausgewertet werden, um mindestens bei den Patientinnen mit einem schon bestehenden Selbstversorgungsdefizit zu erkennen, in welchen Fällen Gefahr besteht noch weitere Fähigkeiten zu verlieren.

Das Wissen aller an der Behandlung Beteiligter darum, welche gravierenden Einschnitte für die zu Pflegenden und ihre Familien mit u. U. geringen Veränderungen in der Selbstpflegefähigkeit verbunden sind, ist grundlegend. Die Suche nach möglichen Prädiktoren sollte sich in den Alltag mit vertretbarem Aufwand integrieren lassen. Unabhängig davon muss eine Abwägung der möglichen Behandlungsfolgen im Einzelfall obligat bleiben. Möglichkeiten der ambulanten Behandlung psychiatrischer Erkrankungen sind besonders an diesen Stellen so weit wie möglich, in Abwägung der Risiken, die sich aus der nicht-klinischen Struktur dieser Behandlung ergeben, auszuschöpfen. Auf einer übergeordneten Ebene gilt es, das Potenzial der vorhandenen Daten für die psychiatrische Versorgungsforschung zu nutzen. Insbesondere die zur Zeit zusätzlich entstehenden Informationsquellen für die Behandlungsleistungen nach der PsychPV über den OPS-Schlüssel müssen mit den bisher vorhandenen Datenquellen und o. g. möglichst einfach zu erfassenden Daten in Verbindung gebracht werden.

⁶ Charlson ME, Pompei P, Ales KL, J Chronic Dis 1987;40:373-383

7 Zusammenfassung

Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen darüber zu erhalten, inwieweit vorhandene Routinedaten eine qualitative wie quantitative Darstellung der Selbstpflegefähigkeit im Rahmen von stationärer akut-gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung erlauben. Es wurden 1.429 Behandlungsverläufe der Jahre 2006-2009 durch einen Prä-/Postvergleich untersucht.

Dabei konnte gezeigt werden, dass der Langzeitpflegebedarf, der zu einem erheblichen Teil auch während der stationären Behandlung erhalten bleibt, seitens der Psychiatriepersonalverordnung geringer eingeschätzt wird als in der Pflegeversicherung. Die Diskrepanzen zwischen den zugestandenen Zeiten für die grundpflegerische Versorgung zwischen SGB XI und PsychPV ergeben beispielsweise im Bereich der Demenzkrankenbehandlung einen etwa 3,5-fachen Pflegeaufwand nach der Pflegeversicherung gegenüber der Psychiatriepersonalverordnung.

Die von professionell Pflegenden durchgeführte Pflegediagnostik wird durch die Auswahl und Zuordnung weiterer Kriterien ergänzt. Sie eignet sich damit gleichzeitig als Grundlage zu Planung und Durchführung einer individuellen Pflege und einer statistischen Aufarbeitung. Die Bezogenheit auf ein Behandlungssetting ermöglicht durch die gemeinsam geteilten Wertvorstellungen und Bilder in der Einschätzung ein gemeinsames Verständnis, welches, neben gelingender Kommunikation, in der Kombination mit der o. g. Pflegeaufwandseinschätzung eine Ressourcenallokation innerhalb der Abteilung erlaubt. Die Daten des Assessments bei der Aufnahme [Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme] können dem Pflegemanagement Entscheidungshilfen für die längerfristige Personaleinsatzplanung in der Pflege bieten. Die erforderliche Ressourcenallokation geschieht auf der Grundlage eines bereits stark optimierten Leistungsgeschehens im Krankenhaus.

Die hohe Korrelation zwischen den Ergebnissen in der Einschätzung der Selbstpflege nach Barthel-Index und die Einstufung nach der Pflegeversicherung ermöglicht, den BI für die feiner abgestimmte Beratung zur Einstufung in die Pflegeversicherung zu nutzen.

Besonders auffallend ist die deutliche Trennung um die 50 Punkte im BI, die zwischen den Pflegeeinstufungen 0-1 und 2-3 trennt. Für die individuelle Beratung ist der Summenscore des BI hinter die qualitativen Aussagen in den Items zurückzustellen, da in der persönlichen Beratung die Art der Änderung von Selbstpflegefähigkeiten entscheidend ist. Ein Verlust von 10 Punkten im BI kann bereits erhebliche

Auswirkungen für die Betroffenen haben, wenn er sich beispielsweise durch den Wechsel von Harnkontinenz zu -inkontinenz ergibt.

Wie stark die Einschnitte für die Patientinnen sein können, wird besonders an den Behandlungen deutlich, die zu einer höheren Versorgungsform nach der Entlassung führten. Von den 229 Behandlungen (19,1%), die am Ende eine höhere Versorgungssituation benötigten veränderte sich in 197 Fällen (86,0% [16,4% der Gesamtheit]) die Lebenssituation um mehr als eine Stufe der Versorgungsintensität. Als besonders belastbar erscheint die familiäre Altenfürsorge von pflegenden Angehörigen. Eine mögliche Entlastung für das ursprüngliche Pflegesetting und die Belastung für den zu Pflegenden wird immer ein Spannungsverhältnis sein, dem sich die Pflegeberatung besonders zuwenden muss.

Die in hohem Maß auf die einzelne Patientin zugeschnittene, individuelle Pflegeplanung und Pflege, die auf den eingesetzten Assessmentinstrumenten beruht, ermöglicht keine Clusterbildung, aus der eine Vorhersagbarkeit der Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit abgeleitet werden könnte. Gleichzeitig kann auch die Wirkung der Behandlung, und damit der originäre Auftrag der stationären Krankenhausversorgung, naturalistisch mit vertretbarem Aufwand nur im Zusammenhang aller Bestandteile nachgewiesen werden. Weitere Parameter sollten mit Erhebungsinstrumenten wie z. B. die Multimorbidität mit dem Charlson Index oder der Skala zur sozialen Situation Hochbetagter erfasst werden. Der vordergründigen Veränderung der Lebens- und Betreuungssituation könnte mit der Frage nach der Zufriedenheit zu einer qualitativ höherwertigen Aussage verholfen werden.

Die Qualität der Patientenversorgung und die Belastung der professionell Pflegenden stehen in einem engen Zusammenhang.

In der Ressourcenallokation muss eine kurzfristigere Reaktion auf objektivierbare, akute Belastungssituationen möglich werden. Um auch in diesen Fällen evidenzbasiert entscheiden zu können, gilt es eine regelmäßige, tagesaktuelle Erfassung und Evaluation dieser Daten zu implementieren und nutzbar zu machen.

Die Diskrepanz in der Zuteilung der Ressourcen für die Pflege mit den beiden normativen Instrumenten 'Pflegeversicherung' und 'Psychiatriepersonalverordnung' muss weiter aufgezeigt werden. Besonders in der Kombination mit den Bemühungen um einen neuen Pflegebegriff ist es unabdingbar, diese besonderen Anforderungen an die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung zu berücksichtigen.

8 Verzeichnisse

8.1 Literaturverzeichnis

Abderhalden C, Needham I, Faust AM, Grywa D, Quiblier U, Stefan H, Wagner O, Willard W (2007) Pflegediagnosen bei Patienten und Patientinnen psychiatrischer Aufnahmestationen in der Schweiz und in Österreich: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Pflege Verlag Hans Huber Bern 20: 149–156.

Aktion Psychisch Kranke e. V. SK Spitzenverbände der Krankenkassen (1998) Bundesweite Erhebung zur Evaluation der PsychPV, Baden-Baden.

Aktion Psychisch Kranke e. V. SK Spitzenverbände der Krankenkassen (2007) Evaluation der Psych-PV – Ressortforschung Kapitel 1502 Titel 684 04.

Bakker T, Duivenvoorden H, van der Lee J, Trijsburg R (2005) Prevalence of Psychiatric Function Disorders in Psychogeriatric Patients at Referral to Nursing Home Care – the Relation to Cognition, Activities of Daily Living and General Details. Dement Geriatr Cogn Disord 20: 215–224.

Banerjee S (2006) Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 77: 146–148.

Barrick AL, Rader J, Mittchel M (2011) Das Verhalten einschätzen. In: Offermanns P, Barrick AL (Hrsg.) Körperpflege ohne Kampf. Personenorientierte Pflege von Menschen mit Demenz 53–73. 1 Huber, Bern.

Bartholomeyczik S (2001) Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Mabuse-Verl., Frankfurt am Main.

Behrens J, Langer G (2006) Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. 2 Hans Huber, Bern.

Benner P (1994) Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Beske F (2007) Gesundheitsversorgung der Zukunft jetzt gestalten, Berlin.

Böcker FM (2009) Routinedaten - die Perspektive psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. In: Gaebel W, Spiessl H, Becker T (Hrsg.) Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung 17–23. Steinkopff, [Berlin].

Bortz J, Döring N (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit 156 Abbildungen und 87 Tabellen. 4 Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio.

Bramesfeld A, Adler G, Brassens S, Schnitzler M, Cullik F (2000) Ergebnisqualität teilstationärer gerontopsychiatrischer Behandlung: Veränderung der Lebenszufriedenheit. Altentagesklinik, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. Psychiat Prax: 165–169.

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2009) Projekt: Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in der Pflege. Zur Erhöhung der

- Verbleibdauer und Verbesserung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf. <http://www.diakonie.de/Gesamtkonzept-des-Projektes.pdf> (23. 06. 2012).
- Bundesministeriums für Gesundheit (1996) Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Projekt 1994 - 1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- Burkhardt H, Burger M (2012) Ergebnisse und Prädiktoren der geriatrischen Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. *Z Gerontol Geriat* 45: 138–145.
- Corbin JM, Strauss AL (2010) Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3 Huber, Bern.
- Corbin J, Strauss A (1998) Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog Pierre (Hrsg.) Chronisch Kranke pflegen - das Corbin-Strauss-Pflegemodell 1–30. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2012) Hamburger Einstufungsmanual Zum Barthel-Index. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/hamburger-manual-nov2004.pdf> (06.01.2012).
- Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC (2002) Pflegediagnosen und Massnahmen. 3 Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Evangelisches Krankenhaus Bielefeld (2012) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Abteilung für Gerontopsychiatrie. <http://evkb.de/?id=7489> (03.02.2012).
- Fleischmann N (2009) Pflege als Profession? *intensiv* 17: 168–176.
- Flessa S (2003) Arme habt ihr allezeit! Ein Plädoyer für eine armutsorientierte Diakonie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Gaidys U (2011) Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung – Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege* 24: 15–20.
- Garms-Homolová V (2003) Pflege im Alter. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft* 485–505. Juventa, Weinheim, München.
- Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V (2011) Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur Selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben. In: Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V (Hrsg.) *Bundesanzeiger* XXX.
- Glaesmer H, Künstler J, Reuter W (2003) Verbesserung von grundlegenden Alltagsfunktionen, Mobilität und kognitiver Leistungsfähigkeit durch Behandlung in einer geriatrischen Tagesklinik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*: 475–483.
- Gräbel E (2001) Angehörigenberatung bei Demenz: Bedarf, Ausgestaltung, Auswirkungen. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*: 215–220.
- Gräbel E, Donath C, Lauterberg J, Haag C, Neubauer S (2008) Demenzkranke und Pflegestufen: Wirken sich Krankheitssymptome auf die Einstufung aus? *Gesundheitswesen* 70: 129–136.
- Grass-Kapanke B, Kunczik T, Gutzmann H (2008) Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor - DIAS. 1 DGGPP, Wiehl.
- Haas H (2006) Theologie und Ökonomie. Ein Beitrag zu einem diakonierelevanten Diskurs. 1 Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.

- Henninger R (2003) Eine chronische psychische Erkrankung und die Entwicklung der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve. *Psych Pflege*: 153–159.
- Hirsch RD (2001) Die Überarbeitung der Psychiatrie-Personal-Verordnung ist überfällig. Offener Brief der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.
- Höhmann U, Müller-Mundt G, Schulz B (1999) Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. 2 Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Holler G (2004) Die Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren Hannovers verhindern oder verzögern Heimeinweisungen. Erkenntnisse eines bundesgeförderten Modells, Hannover.
- Höwler E (2010) Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege. 4. aktualisierte Auflage Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Hundenborn G (2003) Stationäre Akutpflege. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft* 663–688. Juventa, Weinheim, München.
- Hüper C (2007) Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Hurrelmann K (2003) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim, München.
- Isfort M, Brühl A (2007) Patientenklassifikationssysteme. Leistungsdaten im Blickfeld angewandter Forschung. (Teil1). *Pflegezeitschrift*: 671–675.
- Janssen B (2009) Routinedaten und Qualitätssicherung. In: Gaebel W, Spiessl H, Becker T (Hrsg.) *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung* 49–52. Steinkopff, [Berlin].
- Kamiske GF, Brauer JP (op. 2003) Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 4 Hanser, München, Wien.
- Kean S (1999) Pflegediagnosen: Fragen und Kontroversen. *Pflege Verlag Hans Huber Bern*: 209–215.
- Kelch A (2009) Pflegediagnostik als Instrument der Professionalisierung? *Intensivzeitschrift* 17: 311–318.
- Kesselring A (1999) Psychosoziale Pflegediagnostik: Eine interpretativ-phänomenologische Perspektive. *Pflege Verlag Hans Huber Bern*: 223–228.
- Kleßmann R, Sudbrak K, Kronmüller K, Löhr M (2011) 1. Verbesserung der Alltagsaktivitäten in der geriatrischen Komplexbehandlung. Ergebnisse einer katamnestischen Dokumentationsstudie, Gütersloh.
- Koch H, Fischer-Barnicol D, Hartwich-Koch R, Klein S, Ibach B, Klein H (2007) Entwicklung der Patientenstatistik einer gerontopsychiatrischen Aufnahmestation im Verlauf von 9 Jahren. *Psychiat Prax* 34: 143–144.
- Krohwinkel M (1993) Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Kunstmann A (2010) Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen - Eine Diskursanalyse. 1 VS, Verl. für Sozialwiss., Wiesbaden.

- Kunze H, Kaltenbach L (2005) *Psychiatrie-Personalverordnung*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Landtag Nordrhein-Westfalen NR von (2005) *Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen Situation und Zukunft der Pflege in NRW*, Düsseldorf.
- Lohmann D (1997) *Das Bielefelder Diakonie-Managementmodell*. Kaiser, Gütersloher Verl.-Haus, Gütersloh.
- Lübke N, Meinck M, Renteln-Kruse W (2004) Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Z Gerontol Geriat* 37: 316–326.
- MAHONEY FI, BARTHEL DW (1965) Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*: 56–61.
- Maidhof R, Schneider F, Rachold U, Gerber J, Niehoff J, Sann J (2002) Der Barthel-Index: eine Alternative zum Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung? *Gesundheitswesen (Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 64: 54–59.
- Manthey Marie (2005) *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. 2 Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto u. a.
- Mendel S, Feuchtinger J (2009) Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. *Pflege* 22: 208–216.
- Mueller-Thomsen T, Tabrizian S, Mittermeier O (2003) Depression bei geriatrischen Patienten mit hüftgelenknahen Frakturen und deren Auswirkung auf den Rehabilitationsverlauf. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie)* 36: 138–142.
- Müller-Thomsen T (2009) Wo findet eigentlich gerontopsychiatrische Versorgung statt? Ein Stadt-Land-Vergleich. In: Adler G (Hrsg.) *Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression - Demenz - Versorgung* 303–310. 1 Kohlhammer, Stuttgart.
- Noelle R, Schulz M, Behrens J, Driessen M (2010) Der Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären Gerontopsychiatrie – Vergleichende Ressourcenbemessung nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung. *Gesundheitswesen* 72: 233–239.
- Panfil E (2011) Willkommen in der Branche der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler: Eine Einführung. In: Panfil E (Hrsg.) *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden*. 1 Verlag Hans Huber, Bern.
- Ranhoff AH, Laake K (1993) The Barthel ADL Index: Scoring by the Physician from Patient Interview is not Reliable. *Age and Ageing*: 171–174.
- Rollnik JD (2009) Der Barthel-Index als Verweildauer-Prädiktor in der neurologischen Rehabilitation. *Aktuelle Neurologie* Thieme Verlag Stuttgart New York: 164–167.
- Schaeffer D (1995) Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. *Gesundheitswesen*: 145–150.
- Schnoor J, Daumann F, Kaisers UX (2011) Demografie und Multi-Morbiditätsentwicklung im Krankenhaus. *Gesundhökonomie Qualitätsmanagement* 16: 310–315.
- Schönle PW (1996) Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der

Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). *Neurologie & Rehabilitation*: 21–25.

Schulenburg J (2000) *Gesundheitsökonomik*. Mohr Siebeck, Tübingen.

Simon M (2003) *Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege*. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft* 243–269. Juventa, Weinheim, München.

Spiessl H (2009) *Routinedaten aus klinischer Sicht*. In: Gaebel W, Spiessl H, Becker T (Hrsg.) *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung* 2–16. Steinkopff, [Berlin].

Statistisches Bundesamt *Gesundheitsbericht für Deutschland*.

Statistisches Bundesamt (2010) *Demografischer Wandel in Deutschland Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige*, Wiesbaden.

Stefan H (2009) *POP – Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen*. Springer, Wien.

Stein M, Stummbaum M (2009) *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch betreutes Wohnen im Alter – Ergebnisse einer Studie zu Sozialbeziehungen und Lebenszufriedenheit in altersheterogenen und altershomogenen Lebenswelten*. In: Behrens J (Hrsg.) »Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«. *Tagungsband* 26.–28. März 2009, Halle (Saale) 549–565.

Strauss AL, Corbin JM (1996) *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz, Psychologie VerlagsUnion, Weinheim.

Udsching P, Schütze B, Behrend N, Bassen A (Hrsg. 2010) *SGB XI Soziale Pflegeversicherung. Kommentar*. 3 Verlag C. H. Beck, München.

Vogel H, Wasem J (Hrsg. 2004) *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung ; mit 74 Tabellen*. Schattauer, Stuttgart.

Wiegand P (2004) *Explorative Studie zur Erfassung von Pflegebedarfsprofilen und zur Bestimmung von Prädiktoren für Behandlungsverlaufparameter für ausgewählte Krankheitsbilder im stationären gerontopsychiatrischen Bereich*. Diplomarbeit, Fulda.

Wingenfeld K (2002) *Versorgungsumfang und Struktur des Leistungsgeschehens in Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen*, Düsseldorf.

Wingenfeld K (2003) *Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen*. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft* 339–361. Juventa, Weinheim, München.

Wingenfeld K (2005) *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. 1 Huber, Bern.

Wolfersdorf M (2005, c2004) *Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, gerontopsychiatrische Depressionsstationen*. 1 Kohlhammer, Stuttgart.

Woog Pierre (Hrsg. 1998) *Chronisch Kranke pflegen - das Corbin-Strauss-Pflegemodell*. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.

8.2 Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Altersverteilung nach Diagnosen und Schwerpunktbereichen	21
Abbildung 2: Lebenssituation vor der Aufnahme und nach der Entlassung	23
Abbildung 3: Veränderung in der Versorgung vor T ₁ zu T ₂ n: 1.196	23
Abbildung 4: Hauptgruppen NANDA zu ICD-10 n: 1.205	25
Abbildung 5: Grundpflegeminuten je Patientin/Tag/Bereich nach PsychPV/SGB XI... ..	28
Abbildung 6: Vergleich der Einstufung Barthel-Index zur Pflegeversicherung n 1.417 ..	29
Abbildung 7: Zusammenhänge von BI T ₁ zu ICD-10-Gruppen und Behandlungsbereichen	32
Abbildung 8: Veränderung der Selbstpflegefähigkeit T ₁ zu T ₂ gruppiert	34
Abbildung 9: Veränderung der Selbstpflegefähigkeit von (BI) T ₁ zu T ₂	35
Abbildung 10: Aufnahmemittelwerte Barthel-Index vor Neuaufnahmen in den Heimbereich	38
Abbildung 11: BI von T ₁ zu T ₂ nach der Lebenssituation vor der Aufnahme.....	39
Abbildung 12: BI von T ₁ zu T ₂ nach der ICD-10-Diagnose.....	40
Abbildung 13: BI von T ₁ zu T ₂ nach der Pflegediagnose.....	40
Abbildung 14: BI von T ₁ zu T ₂ nach dem BI zu T ₁	41
Tabelle 1: Vergleich Grundgesamtheit mit den Datensätzen der Erhebung.....	18
Tabelle 2: Geschlechter- und Altersverteilung	19
Tabelle 3: Verteilung der Fälle nach ICD-Diagnosegruppen	19
Tabelle 4: Altersverteilung nach Diagnosen und Schwerpunktbereichen	20
Tabelle 5: Verweildauer nach ICD-10-Gruppen	22
Tabelle 6: Verteilung der Pflegediagnosen auf die Gruppen der NANDA Tax II	24
Tabelle 7: Verteilung der Pflegediagnosen der Gruppe Perzeption/Kognition zu ICD-10- Gruppen	26
Tabelle 8: Barthel-Index T ₁ zum Alter	30
Tabelle 9: Zusammenhänge von Barthel-Index T ₁ zu ICD-10-Gruppen und Behandlungsbereichen	31
Tabelle 10: BI T ₁ nach PD's der Gruppe Perzeption/Kognition	33
Tabelle 11: Barthel-Index T ₁ zu T ₂ nach ICD-10- und Pflegediagnosen	36
Tabelle 12: BI zur Lebenssituation vor der Aufnahme.....	37
Tabelle 13: BI zur Lebenssituation nach der Entlassung.....	37
Tabelle 14: Regressionsmodell mit Zusammenfassung, ANOVA ^b und Koeffizienten ^a ..	42

9 Thesen

1. Die demographische Entwicklung mit ihrer Zunahme an hochbetagten Menschen und chronisch Kranken nimmt, zusammen mit der politisch geforderten Kostendämpfung, starken Einfluss auf das Gesundheitswesen.
Die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung, die Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist, befindet sich mit ihrem Behandlungsauftrag an einer besonderen Schnittstelle des Gesundheitswesens. Psychiatrische und somatische Erkrankungen finden sich hier häufig nebeneinander. Die unterschiedlichen Sozialgesetzgebungsbereiche (u. a. SGB V, SGB XI) nehmen Einfluss auf die Behandlung. Ein Wechsel in die stationäre Krankenversorgung und/oder in sich anschließende neue Versorgungsformen ist durch die Diskontinuitäten mit Risiken für die Selbstversorgungsfähigkeiten der Patientin verbunden
2. Die Krankenversorgung gilt als originäre Aufgabe der Diakonie.
Trotz des steigenden ökonomischen Drucks auf die Akteure des Gesundheitssystems darf die Krankenversorgung – auch oder gerade der Diakonie – nicht auf eine reine Institutionserhaltung beschränkt werden. Ohne ökonomische Fachlichkeit verlieren diakonische Unternehmen ihre Zukunftsfähigkeit, ohne theologisch verantwortete Profilierung sind sie nicht von Mitbewerbern auf dem Markt zu unterscheiden
3. Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen darüber zu erhalten, inwieweit vorhandene Routinedaten eine qualitative wie quantitative Darstellung der Selbstpflegefähigkeit im Rahmen von stationärer akut-gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung erlauben.
4. Im Rahmen einer Vollerhebung, mit einem Auswahl-Bias, der durch die Setzung des Kriteriums der vollständigen Datenerhebung gegeben war, wurden 1.429 Behandlungsverläufe der Jahre 2006-2009 durch einen Prä-/Postvergleich untersucht. Die Erhebungen erfolgten zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt der Entlassung. Die Datensätze wurden den Dokumentationen am Ende der Behandlung entnommen.

5. Der Langzeitpflegebedarf bleibt i. d. R. zu einem erheblichen Teil auch während der stationären Behandlung erhalten, wird aber seitens des Gesundheitssystems mit dem Eintritt in das Krankenhaus zu einer Leistung der Krankenbehandlung. Diese Art der Aufteilung der einzelnen Pflegemaßnahmen lässt die Auswirkungen der psychiatrischen Behandlungspflege auf die Grundpflege ebenso außer Acht, wie die Art und Zeit der Grundpflege als Element der psychiatrischen Behandlungspflege. Ebenso müssen Grundpflegeanwendungen und psychodynamische Interventionsformen ineinander übergehen und die Möglichkeiten der Verhaltensbeobachtung bei der Grundpflege sind Ausgangspunkt für die weitere Behandlung.
6. Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung (SGB XI) führen zu unterschiedlichen Pflegeaufwandseinschätzungen. Die originäre Zielsetzung der PsychPV ist nicht auf einen separaten Pflegebedarf im Sinne einer andauernden Pflege bei einem chronischen Krankheitsverlauf ausgerichtet. Die Diskrepanzen zwischen den zugestandenen Zeiten für die grundpflegerische Versorgung zwischen SGB XI und PsychPV ergeben beispielsweise im Bereich der Demenzkrankenbehandlung einen etwa 3,5-fachen Pflegeaufwand nach der Pflegeversicherung gegenüber der Psychiatriepersonalverordnung.
7. Die von professionell Pflegenden durchgeführte Pflegediagnostik wird durch die Auswahl und Zuordnung von weiteren Kriterien ergänzt. Sie eignet sich damit gleichzeitig als Grundlage einer individuellen Pflege und einer statistischen Aufarbeitung. Die hier vorliegende monozentrische Fallserie kann nicht für übergeordnete Aussagen eingesetzt werden. Aber gerade die Bezogenheit auf *ein* Behandlungssetting ermöglicht, durch die gemeinsam geteilten sprachlichen Zuordnungen bei der Beschreibung von Patientenzuständen oder Pflegephänomenen, in der Einschätzung ein gemeinsames Verständnis, welches zunächst eine gelingende Kommunikation bewirkt. Hierauf können dann die Pflegedurchführung und eine Ressourcenallokation innerhalb der Abteilung aufbauen.

8. Die Daten des Assessments bei der Aufnahme [Lebenssituation vor der Aufnahme, ICD-10, Pflegediagnose und Barthel-Index bei der Aufnahme] können dem Pflegemanagement Entscheidungshilfen für den Personaleinsatz in der Pflege bieten.

Die erforderliche Ressourcenallokation geschieht auf der Grundlage eines bereits stark optimierten Leistungsgeschehens im Krankenhaus. Diese Daten bieten Begründungen für den längerfristigen unterschiedlichen Personaleinsatz der Pflege auf den verschiedenen Behandlungsschwerpunkten.

In der Ressourcenallokation muss eine kurzfristigere Reaktion auf objektivierete, akute Belastungssituationen möglich werden. In einigen Verläufen reicht ein Eingangs-Assessment zur Ressourcenallokation nicht aus. Um auch in diesen Fällen evidence-basiert entscheiden zu können, gilt es, eine regelmäßige, tagesaktuelle Erfassung und Evaluation dieser Daten zu implementieren und nutzbar zu machen.

9. Die hohe Korrelation zwischen den Ergebnissen einer Einschätzung der Selbstpflegefähigkeit nach Barthel-Index und der Einstufung nach der Pflegeversicherung ermöglicht, den BI für die feiner abgestimmte Beratung zur Einstufung in die Pflegeversicherung zu nutzen.

Besonders auffallend ist die deutliche Trennung um die 50 Punkte im BI, die zwischen den Pflegeeinstufungen 0-1 und 2-3 trennt. Der im ersten Fall erforderliche einmal tägliche Hilfebedarf wächst an dieser Schnittstelle zu einem mindestens dreimal täglichen Bedarf an, der in der Stufe 3 auch noch regelmäßig einen Anteil in der Nacht haben muss. Für die individuelle Beratung muss der Summenscore des BI aufgebrochen werden, da in der persönlichen Beratung die qualitative Änderung von Selbstpflegefähigkeiten entscheidend ist. Ein Verlust von 10 Punkten im BI kann bereits erhebliche Auswirkungen für den Betroffenen haben, wenn er sich beispielsweise durch den Wechsel von Harnkontinenz zu -inkontinenz ergibt.

10. Der Wert spiegelt die Betreuungsintensität der Lebensform. Der Anspruch der Politik – Ambulant vor Stationär – wird dabei sichtbar.

Wie stark die Einschnitte für die Patienten sein können, wird besonders an den Behandlungen deutlich, die zu einer höheren Versorgungsform nach der Entlassung führen. Von den 229 Behandlungen (19,1%) die am Ende eine

höhere Versorgungssituation benötigten, veränderte sich in 197 (86,0% [16,4% der Gesamtheit]) die Lebenssituation um mehr als eine Stufe in der Versorgungsintensität.

11. Als besonders belastbar erscheint die familiäre Altenfürsorge von pflegenden Angehörigen.

Die hohe Belastungstoleranz von Angehörigen zeigt sich in BI-Aufnahmewerten bei Behandlungen, die zu einer höheren Versorgungsform führten mit M 47,50 (Md 45) „erheblich pflegebedürftig“. Im Vergleich zu diesen Aufnahmen aus familialen Kontexten liegt der entsprechende Durchschnittsaufnahmewert bei Aufnahmen aus professionell Betreuten Wohngemeinschaften bei M 54,64 (Md 57,50) ‘schwer- oder schwerstpflegebedürftig’. Eine mögliche Entlastung für das ursprüngliche Pflegesetting und die Belastung für den zu Pflegenden wird immer ein Spannungsverhältnis bilden, dem sich die Pflegeberatung besonders zuwenden muss.

12. Die in hohem Maß auf den einzelnen Patienten zugeschnittene individuelle Pflegeplanung und Pflege, die auf den eingesetzten Assessmentinstrumenten beruht, ermöglicht keine Clusterbildung, aus der eine Vorhersagbarkeit der Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit abgeleitet werden könnte.

Gleichzeitig kann die Behandlung, und damit der originäre Auftrag der stationären Krankenhausversorgung, naturalistisch mit vertretbarem Aufwand nur im Zusammenspiel aller Behandlungselemente nachgewiesen werden.

13. Für die Beratung der Pflegenden und soweit möglich auch der zu Pflegenden muss weiter nach Prognosemöglichkeiten für eine Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit gesucht werden, um Entscheidungshilfen bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten zu bieten.

Weitere Parameter sollten mit Erhebungsinstrumenten wie z. B. die Multimorbidität mit dem Charlson Index oder der Skala zur sozialen Situation Hochbetagter erfasst werden. Der vordergründigen Veränderung der Lebens- und Betreuungssituation könnte mit der Frage nach der Zufriedenheit – wie beispielsweise mit dem Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.) – zu einer qualitativ höherwertigen Aussage verholfen werden.

14. Die Qualität der Patientenversorgung und die Belastung der professionell Pflegenden stehen in einem engen Zusammenhang.

In der Ressourcenallokation muss eine kurzfristigere Reaktion auf objektivierte, akute Belastungssituationen möglich werden. Um auch in diesen Fällen evidenzbasiert entscheiden zu können gilt es, eine regelmäßige, tagesaktuelle Erfassung und Evaluation dieser Daten zu implementieren und nutzbar zu machen.

Die dargestellten Diskrepanzen in der Zuteilung der Ressourcen für die Pflege mit den beiden normativen Instrumenten 'Pflegeversicherung' und 'Psychiatriepersonalverordnung', muss weiter aufgezeigt werden. Besonders in der Kombination mit den Bemühungen um einen neuen Pflegebegriff müssen diese besonderen Anforderungen an die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung berücksichtigt werden.

Lebenslauf

Daten

Name: Diakon Rüdiger Noelle M. A.
Anschrift: Amshausener Weg 31, 33790 Halle/Westf.
05201/661919, Mail: R.S.Noelle@t-online.de
Geburtsdatum: 08. 05. 1962 in Lüdenscheid
Familienstand: verheiratet, ein Sohn (21 Jahre)

Studiengänge

Fach: Master Studiengang Diakoniemanagement
Abschluss: Master of Arts in Diaconic Management
Fach: Pflegemanagement
Abschluss: Dipl. Pflegewirt (FH)

Besondere Kenntnisse und Interessen

Lehraufträge der Fakultät für Erziehungswissenschaften der Universität
Bielefeld
seit WS 09/10
der Hamburger Fernhochschule: Personal- und Pflegemanagement
Unterrichtstätigkeit Psychiatrische Krankenpflege für das Bildungszentrum des
Franziskus Hospitals, Bielefeld seit 1995
Rettungsassistent und Ausbilder für Herz-Lungen-Wiederbelebung

Berufliche Tätigkeiten

ab Okt. 2012 Dozent und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachhochschule
der Diakonie, Bielefeld
2012 seit 2004 Pflegerische Abteilungsleitung der Abteilung Gerontopsychiatrie
und
Einrichtungsleitung Tagespflege, EvKB
2004 seit 1999 Einrichtungsleitung Gerontopsychiatrische Tagespflege, Gilead
1999 seit 1998 Leitende Pflegefachkraft Gilead ambulant
1998 seit 1991 Stationsleitung in der Psychiatrie, Gilead darin
Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie 1992-
1994 und berufsbegleitende Ausbildung zum Diakon 1996-1998
1991 seit 1988 Tätigkeit als Krankenpfleger im Evangelischen Krankenhaus
Bielefeld
1988 seit 1985 Ausbildung Krankenpflege
1985 seit 1982 Zivildienst und Ausbildung Rettungsassistent
1982 seit 1980 Ausbildung zum Industriekaufmann

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Die Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis wurden beachtet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Bielefeld, 22.08. 2013

Rüdiger Noelle

Angabe zu Promotionsversuchen

Ich erkläre hiermit, dass es keine früheren Promotionsverfahren oder abgelehnte Promotionsgesuche gab und auch an keiner anderen Fakultät oder Universität ein Promotionsverfahren anhängig ist. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Bielefeld, 22.08. 2013

Rüdiger Noelle

Danksagung

Im Rahmen dieser Promotion erhielt ich Unterstützung von Personen und Institutionen, denen ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen möchte.

Zunächst gilt mein Dank Prof. J. Behrens, der mich während dieser Arbeit konstruktiv und geduldig begleitet und unterstützt hat, gerade in den zeitlich langen Phasen des Projektes. Er war insofern nicht nur aufgrund seiner Kenntnisse, sondern auch als persönlicher Berater ein hervorragender Betreuer.

Weiterhin danke ich dem Team der Abteilung für Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld. Ohne ihre gewissenhafte Datenerhebung und ständige kritische Begleitung meiner Arbeit wäre die Untersuchung in ihrer Intensität nicht möglich gewesen.

Abschließend möchte ich nicht versäumen meiner Frau Sabine und meinem Sohn Sebastian zu danken, die mich in dieser Zeit beständig getragen haben.