

Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln:

**Forschungsbericht
im Auftrag der Enquetekommission
„Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“
des Landtags von Nordrhein-Westfalen**

Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová
**Institut für Gesundheitsanalysen und
soziale Konzepte e. V.**

**Spessartstr. 12/IV
14197 Berlin**

Prof. Dr. Günter Roth
Fachhochschule im DRK

**Reinhäuser Landstrasse 19/21
37083 Göttingen**

unter Mitwirkung von Dipl. Pflegewirtin Kathrin Engel

Berlin und Göttingen im November 2004

Danksagung

Wir möchten uns bei allen Mitarbeiterinnen der Pflegeheime und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, die bei der Datenerhebung geholfen haben, bedanken. Unser Dank gilt auch den Heimleiterinnen und Heimleitern sowie Vertreterinnen und Vertreter der Träger, die uns ihre Einrichtungen empfahlen und den Zugang zu ihrer Pflegepraxis ermöglicht haben. Besonders danken wir den Pflegebedürftigen dafür, dass sie einer Datenerhebung zugestimmt haben. Für die technische Erstellung des Manuskripts sind wir Kristin Lepkowski mit Dank verpflichtet, Thomas Weiß stand uns mit juristischem Rat zur Seite, Murat Karaman half bei den statistischen Auswertungen, Jörn Fischer und Hubert Scheibenzuber leisteten Zuarbeiten bei der Literaturrecherche und -bestellung und Natalie Bloch unterstützte uns bei Korrekturarbeiten. Last not least danken wir den Mitgliedern und Mitarbeiterinnen der Enquete-Kommission ‚Situation und Zukunft der Pflege in NRW‘ für die Ermöglichung der Studie und die konstruktiv-kritische Unterstützung bei der Durchführung.

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Untersuchungsansatz.....	1
2	Zum Stand der Forschung	3
2.1	Einführung	3
2.2	Methodische Bemerkungen zur Literaturrecherche	6
2.3	Qualitätsprüfungen des MDK	7
2.4	Befunde aus der Heimaufsicht.....	11
2.5	Aspekte der Strukturqualität	12
2.6	Aspekte der Prozessqualität.....	18
2.7	Aspekte der Ergebnisqualität	26
3	Methodisches Vorgehen bei der empirischen Untersuchung	49
3.1	Design.....	49
3.1.1	Instrumente	50
3.1.1.1	Minimum Data Set – MDS des Resident Assessment Instrument	50
3.1.1.2	Pflegeplanungscheck.....	52
3.1.1.3	Strukturbogen.....	53
3.2	Vorgehen in den stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung	54
3.3	Vorgehen in den ambulanten Pflegediensten	54
4	Beschreibung der untersuchten Einrichtungen	56
4.1	Beschreibung der Heime	56
4.1.1	Relation der Stichprobe zur Verteilung der Pflegeheimbewohner in Nordrhein-Westfalen	57
4.1.2	Personelle Ausstattung der untersuchten stationären Einrichtungen	59
4.2	Beschreibung der ambulanten Pflegedienste	61
4.2.1	Personelle Ausstattung der ambulanten Pflegedienste	65
5	Situation und Qualität der stationären Pflege in ausgewählten Einrichtungen.....	66
5.1	Merkmale der untersuchten Bewohnerinnen.....	67
5.2	Beurteilung der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung in den stationären Einrichtungen	70
5.2.1	Analyse der Pflegedokumentation in den stationären Einrichtungen.....	70
5.2.2	Analyse der Pflegeplanung in den stationären Einrichtungen	73
5.3	Risiken in ausgewählten Versorgungsbereichen.....	75
5.3.1	Ernährungssituation von Bewohnerinnen in den untersuchten Heimen	75
5.3.2	Flüssigkeitsversorgung	79
5.3.3	Risikovermeidung und Sturzprophylaxe	81
5.3.4	Schmerzmanagement.....	83
5.3.5	Umgang mit Medikamenten	85
5.3.6	Aktivierung und Mobilität	88
5.3.7	Hautversorgung	90
5.3.8	Versorgung bei Inkontinenz	92
5.3.9	Versorgung kognitiv beeinträchtigter Klientinnen	94
5.4	Inzidenz von Problemen.....	98

6	Situation und Qualität der ambulanten Pflege auf der Grundlage einer Stichprobe von Klienten.....	101
6.1	Merkmale der untersuchten Klientinnen	101
6.1.1	Demographische Merkmale.....	103
6.1.2	Zustand der Klientel	104
6.2	Beurteilung der Pflegedokumentation und Pflegeplanung in den ambulanten Einrichtungen	108
6.2.1	Analyse der Pflegedokumentation in den Pflegestationen	108
6.2.2	Analyse der Pflegeplanung in den Pflegestationen.....	109
6.3	Ausgewählte Risiken und Versorgungsmängel.....	111
6.3.1	Risiken aufgrund unzureichender Dienstleistung	111
6.3.2	Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	114
6.3.3	Risikovermeidung und Sturzprophylaxe	114
6.3.4	Schmerzmanagement.....	116
6.3.5	Mobilität und Nutzung von Rehabilitationspotentialen.....	117
6.3.6	Versorgung bei weiteren in der Altenpflege häufigen Problemen (vor allem Inkontinenz, Hauterkrankungen und die Bewältigung weiterer Aufgaben)	118
6.3.7	Versorgung bei kognitiven Beeinträchtigungen und demenziellen Erkrankungen.....	121
6.3.8	Informelle soziale Netze und pflegende Angehörige und damit verbundene Risiken.....	122
6.3.9	Institutionalisierungsrisiko	124
6.3.10	Prävention und Gesundheitsförderung	125
6.4	Überprüfung der Qualität ambulanter Pflege mit Hilfe der Qualitätsindikatoren	126
7	Zusammenfassende Diskussion, Empfehlungen und Schlussbetrachtung.....	131
7.1	Diskussion.....	131
7.2	Empfehlungen	134
7.2.1	Empfehlungen für die stationären Einrichtungen	135
7.2.1.1	Empfehlungen zur Strukturqualität im stationären Bereich	135
7.2.1.2	Empfehlungen zur Prozessqualität im stationären Bereich.....	136
7.2.1.3	Empfehlungen zur Ergebnisqualität im stationären Bereich.....	138
7.2.1.4	Gesundheits- und versorgungspolitische Empfehlungen für die stationäre Langzeitpflege	138
7.2.2	Empfehlungen für die häusliche Pflege und die ambulanten Pflegedienste	141
7.2.2.1	Empfehlungen zur Strukturqualität des ambulanten Pflegeangebots.....	141
7.2.2.2	Empfehlungen zur Prozessqualität der ambulanten Pflege	142
7.2.2.3	Empfehlungen zur Ergebnisqualität der ambulanten Pflege	142
7.2.2.4	Gesundheits- und versorgungspolitische Empfehlungen zur ambulanten Pflege	143
7.2.3	Zu rechtlichen Aspekten von Pflegemängeln und Empfehlungen.....	144
7.3	Zusammenfassende Schlussbetrachtung	146
8	Literatur	149
9	Anlagen	160
9.1	Minimum Data Set für die Langzeitpflege in Einrichtungen	160
9.2	Minimum Data Set für die häusliche Versorgung	177
9.3	Strukturbogen NRW-stationär.....	185
9.4	Strukturbogen NRW-ambulant	186
9.5	Pflegeplanungscheck (Muster)	187
9.6	Einverständniserklärung (Muster) für Bewohnerinnen und Klientinnen	188

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Berufsabschluss der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI in Nordrhein-Westfalen in v.H. (15.12. 2001).....	15
Tabelle 2:	Vergütung in der vollstationären Pflege in Nordrhein-Westfalen in Euro pro Person und Tag (15.12.2001).....	16
Tabelle 3:	Größe der Pflegeheime nach SGB XI in Nordrhein-Westfalen nach Größenklassen (15.12.2001).....	17
Tabelle 4:	Art der verfügbaren Plätze in der vollstationären Pflege nach SGB XI in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland (15.12.2001).....	18
Tabelle 5:	Gewalttätiges Verhalten in Pflegeheimen in den letzten 12 Monaten laut <i>schriftlichen Befragungen</i> in Hessen 1999/2000 (N=361).....	30
Tabelle 6:	Gewalttätiges Verhalten von Pflegekräften in Pflegeheimen laut <i>mündlichen Befragungen</i> (Hessen 1999/2000) (N=81).....	31
Tabelle 7:	Größe der Pflegeheime der NRW-Stichprobe nach Trägerschaft und Platzzahl (n=10).....	56
Tabelle 8:	Größe und Platzzahl der NRW-Stichprobe – Übersicht (n=10).....	57
Tabelle 9:	Pflegeheime und Plätze in NRW insgesamt und in der vorliegenden Stichprobe nach Trägerschaft (in %).....	58
Tabelle 10:	Empfänger stationärer Pflege nach Pflegestufen in Nordrhein-Westfalen und im Sample (in %).....	58
Tabelle 11:	Personelle Ausstattung der untersuchten Heime.....	59
Tabelle 12:	Verhältnis Vollzeitkräfte und Vollzeitäquivalente zu allen Bewohnerinnen in den untersuchten Einrichtungen in NRW.....	60
Tabelle 13:	Verhältnis Vollzeitkräfte und Vollzeitäquivalenz zu Bewohnerinnen im Pflegebereich der untersuchten Einrichtungen in NRW.....	61
Tabelle 14:	Verteilung der Klientinnen des ambulanten Samples auf die 17 Pflegedienste.....	62
Tabelle 15:	Anteil der Empfängerinnen ambulanten Pflege nach Pflegestufen in % in NRW und im Sample der vorliegenden Studie.....	63
Tabelle 16:	Klientinnen der ambulanten Pflege nach Geschlecht – in NRW und in der vorliegenden Studie.....	63
Tabelle 17:	Klientinnen ambulanten Pflege nach Alter – in NRW und in der vorliegenden Studie.....	63
Tabelle 18:	Strukturelle Merkmale der untersuchten ambulanten Einrichtungen (n=17).....	64
Tabelle 19:	Angaben zur Angebotsstruktur der untersuchten ambulanten Pflegedienste (n=17).....	64
Tabelle 20:	Personelle Ausstattung der untersuchten Pflegedienste (n=17) (umgerechnet in Vollzeitäquivalente).....	65
Tabelle 21:	Verhältnis der Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflegedienste zu den im Jahr 2003 versorgten Klientinnen (umgerechnet in Vollzeitäquivalente).....	66
Tabelle 22:	Demographische Charakteristika im untersuchten Sample (n=141) und in der Gesamtpopulation in den Heimen von NRW.....	67
Tabelle 23:	Personen im Sample, die erhebliche körperliche Hilfe benötigen (n=141; Anteile in %).....	68
Tabelle 24:	Sensorische und kommunikative Charakteristika des Sample – Bewohnerinnen ohne Probleme (n=141; Anteile in %).....	68
Tabelle 25:	Kognitive Charakteristika der Sample (n=141; Anteile in %).....	68
Tabelle 26:	Krankheiten und Symptome der untersuchten Bewohnerinnen (n=141; Anteile in %).....	69
Tabelle 27:	Veränderungen in der Stichprobe im Verlauf von zwei Monaten (absolute Zahlen).....	69
Tabelle 28:	Relevanz des Essens und Trinkens im Pflegeprozess (absolute Zahlen).....	74

Tabelle 29:	Mögliche Ursachen von Ernährungsproblemen (n=141, Anteile in %).....	77
Tabelle 30:	Ernährungssituation der untersuchten Bewohnerinnen (n=120).....	77
Tabelle 31:	Schmerzsymptomatik und Lokalisation von Schmerzen (n =141, Anteile in %)	85
Tabelle 32:	Veränderungen beim Reassessment (n=131; n _p =35; n _k =58).....	100
Tabelle 33:	Primäres Pflegeziel in der ambulanten Pflege (Wunsch der Klientinnen oder der Angehörigen) (n=122)	102
Tabelle 34:	Hospitalisierung –in der ambulanten Pflege (n=122)	102
Tabelle 35:	Altersverteilung der untersuchten Klientinnen in der ambulanten Pflege in NRW (n=122)	103
Tabelle 36:	Wohnkonstellation der Klientinnen (n=122)	104
Tabelle 37:	Personen mit Gedächtnisproblemen in der ambulanten Pflege (n=122).....	104
Tabelle 38:	Kognitive Leistungsfähigkeit gemessen mit CPS – Cognitive Performance Scale (n=122)	105
Tabelle 39:	Elementare ADL-Fähigkeiten (vereinfacht; n=122)	106
Tabelle 40:	Zehn häufigste Krankheitsdiagnosen von Klientinnen ambulanter Dienste in NRW (n=122)	107
Tabelle 41:	Häufigste Symptome und Gesundheitsprobleme in der ambulanten Pflege in NRW in den letzten 3 Tagen (n=122)	107
Tabelle 42:	Häufigkeit der Berücksichtigung pflegerelevanter, bekannter Probleme in der Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege in NRW	109
Tabelle 43:	Alter der Pflegeplanung in Monaten für Klientinnen ambulanter Pflegedienste in NRW (n=122).....	110
Tabelle 44:	Stabilität und Komplexität des Zustandes - CHESS-Score (n=122).....	110
Tabelle 45:	Anteil von Klientinnen in der ambulanten Pflege in NRW mit potentiell risikoreichen Anzeigen und Zuständen (n=122).....	111
Tabelle 46:	Mängel im Angebot der ambulanten Pflegedienste (n=17).....	112
Tabelle 47:	Berufsmäßige Versorgung in den letzten 7 Tagen: Häusliche Krankenpflege, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung.....	113
Tabelle 48:	Anteile der Klientinnen mit eklatanten Ernährungsproblemen (n=122).....	114
Tabelle 49:	Sturzhäufigkeit in der ambulanten Pflege innerhalb der letzten 90 Tage (n=122).....	115
Tabelle 50:	Sturzgefährdung der Klientinnen ambulanter Pflegedienste (n=122).....	115
Tabelle 51:	Häufigste Wohnprobleme bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste in %.....	115
Tabelle 52:	Ergebnisse der Schmerzskala (n=122).....	116
Tabelle 53:	Verbesserungspotential bei den Zuständen der Pflegebe- dürftigen in der ambulanten Pflege aus verschiedenen Perspektiven (n=122).....	117
Tabelle 54:	Anteil der ambulanten Klientinnen, die zu selten nach draußen kommen und zu wenig Bewegung oder Aktivität haben (n=122)	117
Tabelle 55:	Inkontinenz bei Klientinnen ambulanter Dienste (Basis letzte 7 Tage; n = 122).....	118
Tabelle 56:	Verhaltensauffälligkeiten bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste (n=122)	119
Tabelle 57:	Anteile von Klientinnen ambulanter Pflegedienste ohne häufige Hautprobleme (n=122)	120
Tabelle 58:	Medikation bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen (n=122)	121
Tabelle 59:	Kenntnis und Unkenntnis der Medikation bei Klienten in der ambulanten Pflege in Nordrhein-Westfalen.....	121
Tabelle 60:	Qualitätsindikatoren für die Ernährung.....	127
Tabelle 61:	Hilfsmittelversorgung (n=122)	128

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Relevanz des Körpergewichts im Pflegeprozess (n=140, Angaben in absoluten Zahlen).....	71
Abbildung 2:	Relevanz der Diuretikaeneinnahme und des Mund- und Zahnstatus im Pflegeprozess (n=140; Angaben in absoluten Zahlen).....	71
Abbildung 3:	Vergleich der Pflegedokumentation zwischen Initialassessment und Reassessment in 10 Heimen.....	74
Abbildung 4:	Prävalenz des Ernährungszustandes in NRW (n _n =141) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n _s = 195) (Anteile in %).....	79
Abbildung 5:	Prävalenz des Ernährungs- und Flüssigkeitsmangels in NRW (n _n =141) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n _s = 195) (Anteile in %).....	79
Abbildung 6:	Prävalenz von Stürzen und Unfällen in NRW (n _n =141) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n _s = 195) (Anteile in %).....	83
Abbildung 7:	Prävalenz von Harninkontinenz in NRW (n _n =144) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n _s = 195), Anteile in %.....	93
Abbildung 8:	Prävalenz von Stuhlinkontinenz in NRW (n _n =144) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n _s =195), Anteile in %.....	94
Abbildung 9:	Prävalenz von Deliranzeichen in in NRW-Heimen (n _n =140) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n _s =195), Anteile in %.....	96
Abbildung 10:	Auftreten von Stau- und Druckgeschwüren bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste (n=122; in %).....	120
Abbildung 11:	Informelle Helferinnen von Klientinnen ambulanter Dienste (n=122; in %).....	122
Abbildung 12:	Verteilung der informellen Hilfe in der häuslichen Pflege in NRW an Wochentagen und am Wochenende in Stunden.....	123
Abbildung 13:	Anteile von Klientinnen, deren Angehörige und informelle Helferinnen mehr Zeit für Pflege und Hilfe aufwenden könnten (n=122; in %).....	124
Abbildung 14:	Anteile von Klientinnen in der ambulante Pflege, die unterschiedliche Zeiten alleine verbringen (Basis: 3 Tage; n = 122).....	125

1 Ziele und Untersuchungsansatz

In der vorliegenden Untersuchung werden erstmals systematische Informationen zur Pflegequalität in stationären und ambulanten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen ermittelt. Schwerpunkte liegen bei der Prozess- und Ergebnisqualität, wozu bisher kaum Daten für Nordrhein-Westfalen vorliegen. Sofern Pflegemängel festgestellt werden, soll vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse über mögliche Ursachen nachgedacht werden. In der Untersuchung wird möglichst nach der Schwere der Beeinträchtigung der Klientinnen, nach den Sektoren häusliche und stationäre Pflege sowie nach Trägern differenziert. Schließlich werden Handlungsempfehlungen im Hinblick auf die Prävention, die Verbesserung der Pflegepraxis und zu rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben.¹ Es geht auch darum, andernorts gewonnene Befunde hinsichtlich des Aufkommens von Qualitätsdefiziten auf deren Relevanz im Bundesland NRW zu überprüfen, um allgemeine oder landesspezifische Änderungsvorschläge unterbreiten zu können. Aufgrund der Tatsache, dass überwiegend Kenntnisse über strukturelle Bedingungsfaktoren der Qualität vorliegen, wird in diesem Bereich auf die Bewohnerinnen² und das bewohnerbezogene pflegerische Handeln des Personals eingegangen,

¹ Eine genaue Kalkulation monetärer Auswirkungen von Pflegemängeln oder eine einigermaßen begründete, d.h. annähernd zuverlässige dahingehende Abschätzung konnte indes nicht vorgenommen werden. Hierfür fehlen in Deutschland generell Referenz- und Anhaltswerte zu allen relevanten Qualitätsindikatoren. Die Kostenerstattungsmodi in Deutschland erlauben es zudem nicht, Ausgaben für die Versorgung abgrenzbarer Defizite, z. B. der Malnutrition, auch nur annähernd zu schätzen. Auch den Pflege- und Krankenkassen liegen entsprechende Informationen nicht vor. Die Ermittlung solcher Kosten, die – wie jeder volkswirtschaftlich qualifizierte Experte bestätigen kann – sind extrem kompliziert, haben wir es doch nicht mit kurzzeitigen, isolierten Episoden, sondern mit graduellen Beeinträchtigungen von ansonsten multimorbiden Personen über längere Zeiträume zu tun. Um die entsprechenden Anhaltswerte zu gewinnen, müsste in einem eigenen Forschungsprojekt eine umfassende Analyse nicht nur auf dem Level der Leistungserbringer, sondern ebenfalls der Kostenträger erfolgen. Erfahrungen dieser Art werden z.B. im Zusammenhang mit der Einführung der DRG gesammelt. Jedes andere Vorgehen und grobe Schätzungen wären für Nordrhein-Westfalen und Deutschland insgesamt kaum seriös vorzunehmen. Aus dieser Sicht sehr gewagte und äußerst grobe Schätzungen von Pelka (1998) zeigen alleine bei den Kosten für Dekubitus stark schwankende Werte zwischen 1,5 und 4 Mrd. DM für den klinischen Bereich, basierend auf Fallkosten zwischen 3-12.000 DM. Etwas weniger schwanken die Schätzungen für die Kosten des ulcus cruris (1-2,5 Mrd. DM). Auch dieser Autor bilanziert jedoch das dahingehende Forschungsdefizit: „... die z.T. sehr großen Differenzen bei den Einschätzungen erfordern geradezu eine systematische Erhebung in Deutschland. Bekanntermaßen führen nämlich große Variationen leicht dazu, dass Politiker auf solche Informationen abwartend reagieren.“ (Pelka 1998: 48). Zuletzt wollen wir diesbezüglich unterstreichen, dass auch im Zusammenhang mit der „Strukturqualität“ und den Organisationsaspekten der Pflegeerbringung die Kosten in Deutschland nicht offengelegt werden, dieses im Gegensatz zu anderen Ländern, wo es schon vor 10 Jahren hieß: „...the organizational variables examined most frequently are size, ownership and cost (Sainfort et al. 1995: 71).

² Im vorliegenden Bericht wird entweder im Sinne der leichteren Lesbarkeit des Textes lediglich das mehrheitlich vertretene Geschlecht benannt, oder es erfolgt eine tatsächlich gerechte doppelte Nennung beider Geschlechter, trotzdem mit der ersten Variante Wortneuschöpfungen wie die traditionell in der deutschen Sprache nicht vorkommenden ‚Bewohnerinnen‘ verbunden sind. Verworfen wurden Schreibweisen wie das große

und zwar speziell im Hinblick auf die konsequente Nutzung dokumentierter Informationen für die Pflegeplanung und die handlungsbezogene Evaluation der Qualität des pflegerischen Prozesses. Dabei geht es auch um die Fähigkeit des Pflegepersonals, Klienten effektiv und effizient zu versorgen (etwa geronto-psychiatrisch oder demenziell Erkrankte, Personen mit hohem Risiko von Dekubitus, Dehydratation, Mangelernährung, etc.).

Der Bericht besteht aus einer Literaturanalyse zum Stand der Forschung und einer empirischen Erhebung im Feld.³ Insbesondere in der empirischen Untersuchung wird das Handeln von Pflegepersonal in der häuslichen und stationären Pflege in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt. Deshalb werden in den ausgewählten Pflegeeinrichtungen einerseits die vorhandenen Dokumentationen, Pflegeplanungen und -prozesse untersucht, andererseits deren Wirkungen: sowohl auf der Basis des Zustandes der Bewohner oder Klienten (ambulante und stationäre Pflege) als auch auf der Grundlage von Veränderungen der jeweiligen Zustände (stationäre Pflege).

Folgende Fragen stehen hierbei im Mittelpunkt:

- Sind die Pflegekräfte fähig und in der Lage, die Probleme und Ressourcen der Pflegebedürftigen adäquat einzuschätzen?
- Sind Pflegekräfte in der Lage, auf der Basis dieser Einschätzungen angemessene pflegerische Entscheidungen zu treffen und Pflege zu planen?
- Wo liegen die Mängel und wie könnten diese behoben werden?
- Sind Pflegekräfte in der Lage, auch eine ursachenorientierte Pflegeplanung durchzuführen und umzusetzen?
- Sind Pflegekräfte in der Lage, auf der Basis der dokumentierten Patientenzustände vorausschauend Risiken zu identifizieren, die aus ihrem eigenen Handeln resultieren? Können sie Risikopersonen erkennen und diesen eine individuelle Aufmerksamkeit zukommen lassen?
- Welche Typologien des Qualitätshandelns sind in den Einrichtungen feststellbar und welche Faktoren tragen zu dieser Differenzierung bei?

Zusätzlich werden prospektiv Anhaltspunkte für die Untersuchung der Wirkung von Pflege in ausgewählten Einrichtungen, jedoch auch bei einzelnen Individuen (Prototypen von Pflegeempfängern) herausgearbeitet. Als Orientierung werden Qualitätsindikatoren herangezogen (Karon & Zimmermann 1996).

I oder die ‚Doppelnennung‘ mittels Schrägstrich, da diese keine wirklich neutrale Doppelnennung darstellen, weil beim Vorlesen eines Textes nur das weibliche Geschlecht genannt wird.

³ Kapitel 1 und 2 wurden federführend von Günter Roth, Kapitel 3-6 von Vjenka Garms-Homolová, unter Mitarbeit von Kathrin Engel erstellt.

Bevor die Ergebnisse aus der empirischen Erhebung präsentiert und diskutiert werden, wird der Stand der veröffentlichten Qualitätsforschung mit spezieller Berücksichtigung von NRW dargestellt. Dabei wird der Schwerpunkt auf Befunde zur Ergebnisqualität und insgesamt auf empirische Informationen bezogen auf Nordrhein-Westfalen gelegt.

2 Zum Stand der Forschung

2.1 Einführung

Die empirischen Informationen zur Pflegequalität sind hierzulande immer noch unzureichend, so auch die speziell auf Nordrhein-Westfalen bezogenen, ungeachtet einer seit Jahren breit geführten, oft ermüdenden und redundanten *konzeptionellen* Diskussion um Qualitätssicherung (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 215) und ungeachtet der in jüngster Zeit stark intensivierten Forschung. In Deutschland ist die Pflegewissenschaft mit empirischen Forschungen zur Qualität der Dienstleistung Pflege immer noch relativ (etwa im Vergleich zur USA) unterentwickelt. Insbesondere fehlen Forschungen, die auf einem methodisch kontrollierten Assessment der Entwicklung des individuellen Pflegebedarfs von Personen, die Pflege erhalten, aufbauen. Solche ‚outcomebezogenen Befunde‘, d.h. die Ergebnisse und Wirkungen der Pflege am Patienten oder die Ergebnisqualität, werden hierzulande nur ausnahmsweise gemessen. Hinzu kommt, dass zuverlässige internationale Befunde eher ausnahmsweise zur Kenntnis genommen werden. Immer noch existieren in der Pflegefachwelt hierzulande noch grundsätzliche Widerstände gegen die Messung, Objektivierung und Standardisierung in einem Reflex der pauschalen Proklamation individueller Bedürfnisorientierung und ‚Ganzheitlichkeit‘. Dieses vernachlässigt, dass gerade die objektive Darstellung individueller Bedarfe und Qualitäten ein übergeordnetes Ziel jeder Qualitätsmessung und damit ‚-sicherung‘ sein muss. Bevor auf die wachsenden Forschungsergebnisse eingegangen wird, seien zumindest einige wenige begriffliche Überlegungen in der gebotenen Kürze skizziert.

Ein grundlegendes und bekanntes Problem der Qualitätsbewertung und -sicherung sozialer Dienstleistungen ist, dass die Qualität nicht nur vom Produzenten, sondern auch vom Konsumenten abhängt, sie entsteht ‚*uno actu*‘, d.h. simultan als Produktion und Konsumtion, eingebunden in einen kommunikativen Prozess mehrerer Beteiligter verschiedener Professionen (Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit etc.),⁴ unter Mitwirkung von Klienten und Laien.

⁴ Auf die grundlegende Diskussion um den Begriff der Profession und dass die Pflegeberufe dem Anspruch einer Profession nicht unbedingt genügen, kann hier nicht eingegangen werden. Hier wird grundsätzlich einer

Daraus resultiert u.a., dass die Pflegequalität erst ex post beurteilt werden kann, weshalb zum Zustandekommen der Leistungen ein hohes Maß an Vertrauen nötig ist. So kann den Klienten oft die Einsicht in fachlich gebotene Pflegeleistungen fehlen, etwa die Bereitschaft zur Rehabilitation, zur Einnahme von Medikamenten, zum Essen, Trinken etc., d.h. auch, dass die Pflegequalität aus professioneller Sicht von jener der ‚Kunden‘ abweichen kann. Zudem können Konflikte zwischen unterschiedlichen Dimensionen oder Zielaspekten der Pflegequalität auftreten: So tritt etwa das Ziel der Rehabilitation in Konflikt mit dem der Sicherheit (Vermeidung von Sturzrisiken) oder der Zufriedenheit der Patienten. Ungeachtet solcher Probleme wird in der Praxis faktisch eine Bewertung über Umfang und Qualität der im Einzelfall erbrachten Pflege und der dafür eingesetzten Mittel getroffen, ob das nun fachlich oder schlicht ‚polypragmatisch‘ begründet werden mag. Auch deshalb darf die Schwierigkeit der Messung der Pflegequalität und der Festlegung des dafür nötigen Mitteleinsatzes nicht mit Unmöglichkeit gleichgesetzt werden.

Die Messung und Bewertung der Qualität sozialer Dienstleistungen wie der Pflege ist zwar schwierig, jedoch unter Berücksichtigung unterschiedlicher *Perspektiven* anhand konkreter *Dimensionen* sowie *operativer Kriterien* nötig und möglich. Wegweisend dafür war das bekannte Konzept von Donabedian (1966) mit der bis heute gültigen Unterscheidung von *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität*, was nicht weiter vertieft zu werden braucht.⁵ Als Ergebnis theoretischer und begrifflicher Klärungen lässt sich zusammenfassen, dass Pflegequalität anhand einzelner Merkmale gemessen werden kann (Ist-Zustand), die hinsichtlich der Dimensionen von Struktur, Prozess und Ergebnis differenziert und im Hinblick auf Standards oder Zielvorstellungen bewertet werden können (Soll-Zustand), wobei je nach Betrachter unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden sollten (ausführlich: Gebert/Kneubühler 2001).⁶ Zuletzt sollte im Rahmen einer Qualitätsentwicklung eine ständige Verbesserung der Pflegepraxis nach dem jeweiligen allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse angestrebt werden (vgl. § 11 SGB XI).

pragmatischen Begrifflichkeit gefolgt, so dass die von formell ausgebildeten Pflegefachkräften im Sinne des SGB XI in Abgrenzung zur Laienpflege erbrachte berufliche Pflege auch als professionell verstanden wird.

⁵ Ungeachtet bleibender Definitions- und Abgrenzungsprobleme werden unter Strukturqualität Aspekte der Organisation und Ausstattung (Größe, bauliche Ausstattung, Zahl der Mitarbeiter, Fachkräfte etc.) verstanden; unter ‚Prozessqualität‘ fallen die Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie die Art der Durchführung der Pflege. Schließlich werden unter ‚Ergebnisqualität‘ die Wirkungen der Pflege, z.B. der Gesundheitszustand, Aspekte des ‚Erfolgs der Aktivierung‘, die Rehabilitation, Stärkung sozialer Netze und Zufriedenheit der Pflegebedürftigen subsumiert (vgl. Dangel/Korporal 2000: 249).

⁶ In der internationalen Pflegewissenschaft existieren für alle Bereiche *Standards*; so von der American Geriatrics Society oder der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (vgl. Abraham et al. 2001; Gebert/Kneubühler 2001: 214 f.).

Nun ist seit Erlass der Pflegeversicherung sowohl die Qualitätsdiskussion als auch die empirische Forschung in Gang gekommen, mit einer Entwicklung von der Messung der Struktur-, zur Prozess- und heute zunehmend der ‚Ergebnisqualität‘, und es gibt mittlerweile eine ganze Reihe sich verdichtender Befunde. Paradigmatisch kann diese Entwicklung auch an den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) beobachtet werden, die sowohl quantitativ als auch qualitativ stark zulegten und nach langer Konzentration auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität neuerdings – vermutlich auch infolge einiger sogenannter ‚Pflegeskandale‘⁷ – vor allem die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung und die Problematik von Druckgeschwüren oder des Dekubitus als zentrale Parameter der Ergebnisqualität verschärft in den Blick nahmen. Diese zuletzt genannten Bereiche stellen auch einen Schwerpunkt der sich rasch entwickelnden Pflegeforschung dar, hinzu kommt hier das Schwerpunktthema ‚Gewalt in der Pflege‘, wozu es mittlerweile eine ganze Reihe von Publikationen gibt.⁸ Zuletzt bilden einen weiteren Schwerpunkt die vor allem von seiten der Wohlfahrtsverbände oder sonstigen Anbieterinstitutionen, aber auch Kassen oder staatlichen Institutionen sehr häufig durchgeführten, methodisch jedoch meist sehr zweifelhaften, Befragungen der Klientel oder der ‚Kunden‘. Dieser zuletzt genannte Ansatz kann nur weniger Dimensionen der Qualität abbilden: Im wesentlichen die Einstellungen und die Übereinstimmung beziehungsweise nicht Übereinstimmung der erbrachten Leistung mit den an die Dienstleistung geknüpften individuellen Erwartungen (vgl. Konzept der ‚Zufriedenheit‘, c. B. bei van Campen et al. 1995). Forscherinnen sind übereinstimmend der Meinung, dass dieser Ansatz zahlreiche konzeptionelle Schwächen, vor allem aber in der Regel starke methodische Mängel aufweist, die an dieser Stelle nicht diskutiert werden sollen. Das Ergebnis sind meist sehr hohe und aus verschiedenen Gründen verzerrte sowie insgesamt wenig aussagekräftige Zufriedenheitswerte aus, weshalb auf diese Untersuchungen auch lediglich cursorisch eingegangen werden wird (siehe ausführlich dazu die kritische Aufarbeitung und Darstellung von Ergebnissen bei Roth 2002).

⁷ U.a. infolgedessen äußerte sich auch der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen am 31.8.01 besorgt über Pflegemängel und die Menschenrechtssituation von Bewohnern in deutschen Pflegeheimen (E/C. 12/1Add. 68; vgl. BT-Drs. 14/7398, BT-Drs. 14/7567). Dass derartige Berichte bis heute anhalten, belegt z.B. ‚DER SPIEGEL‘ vom 29.4.2004, der meldete, dass jeder fünfte Pflegebedürftige akut unterernährt sei (<http://www.spiegel.de/panorama/0,1518,297235,00.html>).

⁸ Diese Thematik wurde hier aufgrund des engen Zusammenhangs mit Zuständen der Vernachlässigung und den damit verbundenen Wirkungen, z.B. als Dekubitus, der Ergebnisqualität zugeordnet, sie könnte aber auch als Mängel der Prozessqualität aufgefasst werden, was wieder die Problematik der Gliederung von Donabedian verdeutlicht. An dieser Stelle sei vorausschickend auch darauf hingewiesen, dass Forschungsarbeiten sich in der Regel auch nicht nach der Strukturierung von Donabedian richten, so dass die folgende Darstellung insofern nicht immer streng dieser Gliederung folgt, etwa bei den Befunden des MDK, die zusammenhängend dargestellt werden oder der Dekubitusprophylaxe, die als Aspekt der Prozessqualität gleichwohl im Zusammenhang mit den Prävalenzergebnissen diskutiert wird.

2.2 Methodische Bemerkungen zur Literaturrecherche

Zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes zur Qualität in der Pflege und flankierend zur Primärerhebung wurde eine national und international angelegte Literaturrecherche durchgeführt. Dazu konnte wie gesagt auf umfangreiche Vorarbeiten zurückgegriffen werden,⁹ so dass im Rahmen des begrenzten Budgets primär eine *Aktualisierung* des Forschungsstandes für den Zeitraum ab 2000 bis heute angestrebt wurde. Ein weiteres leitendes Kriterium bei der Literaturrecherche war, die Suche auf *empirische* Studien, möglichst mit Bezug auf Nordrhein-Westfalen,¹⁰ zu beschränken, denn ein wesentliches Kennzeichen der deutschen Fachdiskussion um Qualität in der Pflege stellt die Flut, z.T. immergleicher, konzeptioneller und fachpolitischer sowie juristischer Erörterungen dar, bei einem erheblichen Mangel an empirischen Untersuchungen.

Durchsucht wurden in der Literaturrecherche die einschlägigen Kataloge wissenschaftlicher Bibliotheken nach nationalen und internationalen Monographien zum Thema (so die Verbundkataloge des Karlsruher Virtuellen Katalogs). Ferner wurden die Fachdatenbanken MEDLINE und GEROLIT sowie spezielle Datenbanken und Informationsangebote im *Internet*¹¹ systematisch nach bestimmten Begriffen und Zeichenfolgen durchsucht, wobei grundsätzlich bewusst mit unscharfen Begriffen wie ‚Pflege‘ gestartet und dann die daraus resultierenden Treffermengen nach und nach mittels weiterer Suchstrategien eingegrenzt wurden. Ab einer handhabbaren Treffermenge von 300 Treffer wurden alle Titel jeweils auf ihre Eignung für die vorliegende Thematik manuell durchgesehen. Grundsätzlich wurde bei der Literaturrecherche mit Zeichenfolgen und ergänzenden Freizeichen (* oder ?) oder ‚Trunkierung‘ gearbeitet, so dass z.B. bei der Suche nach ‚*pflege*‘ alle Titel gefunden wurden, in denen die Zeichenfolge ‚pflege‘ auftrat, d.h. dass z.B. sowohl ‚Kranken-‘, als auch ‚Altenpflege‘ aber auch ‚Pflegeheim‘ oder ‚pflegerisch‘ usw. gefunden werden konnte. Aufgrund der damit erzielten sehr hohen Treffermenge musste diese nach und nach mittels weiterer Begriffe eingeschränkt werden, wie z.B. ‚*pflege* und ‚*qualit*‘, womit alle Titel gefunden wurden, in denen sowohl die Zeichenfolge ‚*pflege*‘ als auch ‚*qualit*‘ vorkam. So ergab beispielsweise in der Datenbank GEROLIT die Eingabe des Suchbegriffs „Pflege“ 6826 Treffer, der der „Pflegequalität“ noch 226 und jener der „Dekubitusprävalenz“ noch 5. Grundsätzlich wurden

⁹ Vgl. dazu und zum Folgenden ausführlich die Studien im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Roth 2001 (Primär- und Sekundäranalysen für den ambulanten Bereich) und Roth 2002 (Sekundäranalysen v.a. für den stationären Bereich).

¹⁰ Dieser regionale Bezug wird in der folgenden Darstellung jedoch notwendigerweise immer wieder aufgegeben, weil ansonsten eine unnötig begrenzte Sicht der Dinge die Folge wäre und z.T. durchaus auch aus Befunden aus anderen Regionen auf die – grundsätzlich vergleichbare – Situation in Nordrhein-Westfalen geschlossen werden kann.

¹¹ Dies waren insbesondere folgende Seiten (jeweils mit www oder http://): aok.de, awo.org, vincentz.net, kda.de, drk.de, caritas.de, diakonie.de, vdak.de, bmfsj.de, altenpflege.de, barmer.de.

verschiedene Suchstrategien und Begriffe variiert wie Pflege und ‚Mängel‘, ‚Defizite‘, ‚Probleme‘, ‚Skandal‘, ‚Vernachlässigung‘, ‚Dekubitus‘, ‚Druckgeschwüre‘, ‚ulcera‘, ‚Stürze‘, Ernährung etc. Zuletzt wurden einige örtlich zugängliche Pflegezeitschriften der aktuellen Jahrgänge 2002 u. 2003, z.T. auch Ausgaben aus 2004,¹² manuell durchgesehen, v.a. um besonders aktuelle und ggf. noch nicht in die wissenschaftlichen Kataloge eingegangene Beiträge mit Befunden zur Pflegequalität aufzuspüren.

Auf diese Weise und mithilfe der Internetrecherche sollte möglichst auch an schwer zugängliche sogenannte ‚graue Literatur‘ gelangt werden, d.h. Untersuchungen oder Dokumente von Institutionen oder Verbänden (z.B. auf der kommunalen Ebene), die leider nicht auf dem Weg über ‚ordentliche‘ und allgemein zugängliche Verlagspublikationen, sondern per spontaner eigenhändiger Vervielfältigung und über ‚Netzwerke‘ mehr oder weniger verbreitet werden. Die Umgehung ordentlicher Verlagspublikationen, die gerade von öffentlichen Institutionen und mit dem Aufkommen des Internets vermehrt aus Kostengründen betrieben wird, stellt für die Recherche eine besondere und derzeit noch kaum bewältigte Herausforderung und insofern auch ein Ärgernis dar, weil interessante Informationen der wissenschaftlichen Diskussion vorenthalten bleiben. Auch deshalb muss betont werden, dass mit der folgenden Auswertung kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann. Insgesamt wurden ca. 200 Titel ausgewählt, woraus im folgenden vor allem neuere und zentrale Ergebnisse der Forschung zur Qualität in der Pflege einbezogen werden. Ausgeschlossen wurden im Rahmen dieser Suchstrategie überwiegend der Bereich der Pflege in Krankenhäusern, sofern es sich nicht um Geriatrie oder geriatrische Rehabilitation im speziellen handelte, überwiegend deshalb, weil, z.B. bei der Problematik Dekubitus, auch vergleichende Arbeiten vorliegen, die auch Krankenhäuser einbeziehen. Ergänzend werden frühere einführend genannte Arbeiten (Roth 2001 u. 2002) und die dort diskutierten Ergebnisse herangezogen und an dieser Stelle eingebunden.

2.3 Qualitätsprüfungen des MDK

An erster Stelle sind wachsende, zusehends differenziertere Informationen aus den Qualitätsprüfungen des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen* (MDK) zu nennen. Diese Prüfungen fanden in den ersten Jahren nach Erlass des PflegeVG v.a. aufgrund bestimmter ‚Anlässe‘, meist in relativ kleinen Stichproben und regional sowie sektoral mit z.T. sehr unterschiedlicher Häufigkeit statt, wobei der ambulante Bereich zunächst stark unterrepräsentiert blieb

¹² Dies waren: Pflegezeitschrift, Die Schwester/Der Pfleger, PR-InterNet, Altenpflege, Heilberufe, Pflege, Dr. med. Mabuse, Pflegen ambulant, Pflege aktuell.

(vgl. BT-Drs. 14/3444; BT-Drs. 14/3592).¹³ Nachdem bis Ende 2000 erst 6.700 von ca. 20 Tsd. Einrichtungen, also ein gutes Drittel, mindestens einmal geprüft worden waren, waren es – sicherlich auch infolge öffentlichen Drucks und der sogenannten ‚Pflegeskandale‘ – Ende 2003 schon erheblich mehr, nämlich 14.500 (www.mds-ev.org, 26.7.2004). Damit waren jedoch auch nach fast zehn Jahren des Inkrafttretens der Pflegeversicherung erst etwa 54 % aller ambulanten Pflegedienste und ca. 68 % aller stationären Pflegeeinrichtungen mindestens einmal geprüft worden. Darüber hinaus erfolgten kaum differenzierte Analysen und nur spärliche, meist sehr vorsichtige Veröffentlichungen der Ergebnisse dieser Prüfungen, wobei keine auf Nordrhein-Westfalen bezogene Publikationen vorliegen (siehe Anmerkung in Fußnote 13). Zudem gelten diesbezüglich an anderer Stelle formulierte methodische Einwände, etwa bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten in bezug auf die Skalenniveaus und bei der mangelnden Berücksichtigung der Messung der Ergebnisqualität (vgl. Roth 2002: 13 f.). Dieses wird jedoch mit den überarbeiteten Prüfanleitungen, die künftig zum Einsatz kommen sollen, weiter stark verbessert werden.¹⁴

Bisher wurde aus der Summe der Qualitätsprüfungen des MDK im wesentlichen eine, im ambulanten und stationären Bereich ähnliche, *Rangfolge* an Pflegemängeln veröffentlicht (BT-Drs. 14/3592 vom 9.6.2000: 26; vgl. Roth 2002).¹⁵ Danach wurden, als bundesweit einheitlicher Trend, in fast allen Pflegeeinrichtungen Defizite bei der *Pflegedokumentation* gefunden, und der *Pflegeprozess* wurde nur selten in all seinen Schritten konsequent und nutzbringend umgesetzt (Brüggemann 1999: 40). Dazu gehört, dass Biographie und Gewohnheiten der Patienten nicht ermittelt wurden, dass Ressourcen nicht dokumentiert und damit Verschlechterungen nicht erkannt werden können, Pflegeprobleme wurden nicht definiert bzw. unübersichtlich dargestellt, Pflegeziele fehlen oder sind nicht zu überprüfen, die Aussagen der Dokumentation sind nicht handlungsanweisend, Eintragungen wurden im voraus oder im nachhinein vorgenommen und nicht abgezeichnet, Pflegeberichte fehlen, es findet keine Evaluation der Pflege statt oder Ziele und Maßnahmen werden nicht angepasst (Brüggemann 1999:

¹³ Einen positiven Ausreißer stellen z.B. die in Baden-Württemberg im ambulanten Bereich flächendeckend durchgeführten Untersuchungen dar, wo zwischen 1997 und 1999 alle Dienste einmal oder mehrfach kontrolliert wurden und woraus immerhin auch ein Bericht publiziert wurde (Zenz et al. 1999). Leider liegen dazu keine Veröffentlichungen aus Nordrhein-Westfalen vor. Nachdem auf Anfragen durch den Verf. (G.R.) keine Papiere von Seiten des MDK bezogen auf NRW vorlagen, wurde den Verf. im Nachgang zum ersten Berichtsentwurf durch die Kommission ein 6-seitiges Memorandum des MDK zur Situation in der *stationären* Pflege vom 8.4.2003 (Machnik/Berg 2003) vorgelegt, das offenbar in Fachkreisen eingeschränkt verbreitet wurde, aber nicht im eigentlichen Sinne veröffentlicht wurde. Die dort enthaltenen Ergebnisse auf der Basis von 139 Qualitätsprüfungen im stationären Bereich wurden hier nachfolgend eingearbeitet, sofern daraus weitergehende oder spezielle Erkenntnisse resultieren.

¹⁴ So ein Vortragsmanuskript von Dr. Jürgen Brüggemann beim DRK Generalsekretariat am 4.5.2004.

¹⁵ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho der Rangfolgen der laut MDK häufigsten Pflegemängel im ambulanten und stationären Bereich wurde mit 0,7 und einem Signifikanzniveau von <0,6% errechnet (Roth 2002).

42). Aus den beschriebenen Defiziten können resultieren: Überversorgende oder deaktivierende Pflege, diskontinuierliche Pflege, unbemerkte Verschlechterung des Gesundheitszustandes und fehlende Intervention bei akuten Ereignissen (Brüggemann 1999: 42). Brüggemann kommt aufgrund der MDK-Prüfungen zu folgendem Fazit: „Häufig fehlen beruflich Pflegenden grundlegende Kenntnisse, die dazu notwendig sind, einen Pflegeprozess umzusetzen und zu dokumentieren“ (ebenda). Und: „Nur selten ist z.B. erkennbar, dass die verantwortliche Pflegefachkraft Rahmenbedingungen dafür schafft, dass kontinuierlich Pflegevisiten von autorisierten und geeigneten Pflegefachkräften durchgeführt werden, um die fachliche Planung der Pflegeprozesse sicherzustellen und zu überprüfen (ebenda: 41).

Neuerdings wurde diese Rangliste der häufigsten durch die MDK-Prüfungen festgestellten Pflegemängel erweitert und differenziert, auch nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.¹⁶ Ungeachtet des noch aussehenden ausführlichen Berichtes des MDS und der damit verbundenen Vorläufigkeit (vgl. Fußnote 14) der folgenden Aussagen scheint nach wie vor eine recht ähnliche *Rangfolge* der Häufigkeiten der jeweiligen Mängel im ambulanten und stationären Bereich zu verzeichnen. Indes wird durch die erstmalige differenzierte Ausweisung der jeweiligen Häufigkeiten (die hier nicht im einzelnen aufgezeigt werden können) deutlich, dass in Pflegeheimen im Mittel signifikant eher *seltener* Mängel vom MDK festgestellt wurden als im ambulanten Bereich. So gibt es nur wenige, indes durchaus wichtige Bereiche, in denen der ambulante Sektor signifikant besser abzuschneiden scheint, nämlich bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, der Ausrichtung der Dienstplanung am jeweiligen Pflegebedarf, bei der Ausstattung mit Fachkräften und nicht zuletzt bei Mängeln beim Pflegezustand. Hier muss jedoch zum einen berücksichtigt werden, dass in Pflegeheimen überwiegend höhere Pflegebedarfe und damit schwierigere Fälle vorliegen und dass bei der ambulanten Versorgung in der Regel ‚Koproduzenten‘, nämlich Familienangehörige unterstützend und kontrollierend mit am Werk sind, so dass unter Umständen auch deren Mitwirken für den besseren Pflegezustand verantwortlich sein könnte. Doch müssten hier differenziertere Analysen am Einzelfall ansetzen, um Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen (vgl. dazu unten den empirischen Teil des Gutachtens).

Auch auf der Basis der Kontrollen bis Ende 2003 wurden durch den MDK offenbar – zumindest nach den ersten vorläufigen Aufstellungen – am häufigsten Mängel bei der individuellen *Pflegeplanung* und der fachlichen Steuerung des Pflegeprozesses festgestellt, was bei gut der Hälfte der stationären und fast zwei Drittel der ambulanten Einrichtungen moniert wurde.

¹⁶ Basierend auf einem Vortragsmanuskript von Dr. Brüggemann vom 4.5.2004, aus dem im folgenden aufgrund des noch nicht veröffentlichten Gesamtberichtes – dieser wird für Oktober erwartet – nur einige Grundlinien aufgezeigt werden können, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Aussagen entsprechend *vorläufige* sind.

Weiter wurden (fast ähnlich häufig) Pflegeergebnisse nicht überprüft oder es erfolgte keine Anpassung an die Pflegeplanung. Etwa die Hälfte der untersuchten Pflegeeinrichtungen plante keine individuellen Pflegemaßnahmen, es fehlten differenzierte Aussagen zu Ressourcen und Defiziten der Pflegebedürftigen und Prophylaxen wurden nicht berücksichtigt. Bei knapp der Hälfte der Pflegeeinrichtungen war die Dekubitusprophylaxe und -therapie und die Ernährung sowie Flüssigkeitsversorgung nicht sachgerecht,¹⁷ wobei diesbezüglich die ambulanten Dienste deutlich häufiger Mängel aufwiesen, was ebenso für die hier viel häufiger fehlenden Angaben zur Biographie zutrifft. Dazu passt auch, dass etwa ein Drittel der geprüften Pflegeeinrichtungen offenbar nach wie vor keine Pflegeanamnese erstellt hatte. Ähnlich häufig waren Verantwortungsbereiche nicht geregelt, die Einrichtungen arbeiteten nicht nach Hygienestandards und –plänen, es lag kein Fortbildungsplan vor und regelmäßige Angaben zu Veränderungen etc. fehlten im Bericht. Nicht selten bemängelte der MDK in seinen Prüfungen auch die sachgerechte gerontopsychiatrische Versorgung und eine fehlende Pflegeanamnese. Des Weiteren fehlten Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und den Berichten war kein situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen zu entnehmen. Weniger häufig wurde dagegen ein ‚nicht angemessener Pflegezustand‘ gefunden (in nicht ganz jeder fünften stationären und etwa jeder zehnten ambulanten Einrichtung) und ebenso eher selten wurden fehlende Pflegefachkräfte oder die mangelnde Fortbildung bemängelt. Aus dem oben genannten kurzen Memorandum des MDK zur Situation in der stationären Pflege (basierend auf Qualitätsprüfungen in 136 Einrichtungen) kann ergänzend gesagt werden, dass nachts und am Wochenende nur in ca. der Hälfte der Pflegeheime eine ausreichende Versorgung festgestellt werden konnte. Zudem stimmt der Befund des MDK bedenklich, dass in ca. 1/3 der Fälle in nordrhein-westfälischen Pflegeheimen, bei denen eine regelmäßige oder dauerhafte freiheits-einschränkende oder freiheitsberaubende Maßnahme durchgeführt wurde, keine schriftliche Einwilligung oder richterliche Genehmigung vorgelegt werden konnte.

Zwar unterstreichen die bisher vom MDK nur sporadisch und nicht sehr ausführlich publizierten Beschreibungen und Auflistungen von Mängeln, dass Pflegemängel durchaus in etwa jeder zweiten Einrichtung mehr oder weniger gravierend vorkommen, differenzierte Beschreibungen und die Hintergründe wie Ursachen und Wirkungen unterschiedlicher Pflegequalitäten sind damit jedoch nicht ausreichend zu leisten. So bleibt damit zunächst noch unklar, inwiefern und in welchem Ausmaß etwa die – fachlich unverzichtbare – Vernachlässigung der Pflegeplanung oder die mangelnde Erfassung von Ressourcen und Defiziten der Pflegebedürftigen, eine fehlende Pflegeanamnese, Dokumentation etc. dem Wohlergehen der Pflegebe-

¹⁷ Dazu wurden in dem genannten 6-seitigen Memorandum des MDK aus NRW ähnliche Aussagen gemacht, z.B.: „In einer Reihe von Einrichtungen wurde festgestellt, dass mit solchen Situationen (gemeint war die Ernährungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei dahingehend eingeschränkten Personen, Anm. G.R.) nicht sachgerecht umgegangen wurde.“

dürftigen und der Ergebnisqualität abträglich sind und etwa zur erhöhten Mortalität etc. führen.

2.4 Befunde aus der Heimaufsicht

Nach wie vor eher dürftig zeigen sich die öffentlich zugänglichen Informationen aus den traditionell primär an der Strukturqualität (bauliche und personelle Verhältnisse) orientierten Kontrollen oder Untersuchungen der *Heimaufsicht*, wenngleich auch hier infolge einiger ‚Pflegeskandale‘ in jüngerer Zeit verstärkte Anstrengungen zu verzeichnen sind. Dabei werden offenbar neben der Pflegedokumentation verstärkt auch Aspekte der Zustände der Bewohner und der Ergebnisqualität einbezogen und es wurden erste Berichte publiziert.¹⁸

Nach einem Bericht aus *Bayern* (Bayerische Staatsregierung 2001: 63 ff.) wurden bei insgesamt 3.500 zwischen Mai 1997 und September 2000 durchgeführten Prüfungen (davon ca. zwei Drittel routinemäßig und 62 % unangemeldet) in 1.908 Fällen Mängel beanstandet, d.h. in gut der Hälfte der Fälle, wobei jedoch Wiederholungsprüfungen einbezogen sind.¹⁹ Bemängelt wurden „im wesentlichen organisatorische Probleme wie die Pflegedokumentation, Dienstpläne, Personalausstattung, bauliche Mängel sowie Mängel in der Pflege und Hygiene (Bayerische Staatsregierung 2001: 64). Schwerwiegende Konsequenzen wie die Schließung von Pflegeheimen wurden deshalb auch nur in 6 Fällen innerhalb von fünf Jahren angeordnet. Allerdings wurden Aspekte der Ergebnisqualität offenbar eher nachrangig geprüft, zumindest finden sich in dem Bericht dazu kaum entsprechende Hinweise.

Laut Ergebnissen der *Hamburger* Heimaufsicht, die seit 1998 jährlich bei etwa 19 % der Pflegeheime intensive Regelbegehungen durchführte (LT-Drs. 16/5998: 46),²⁰ wurden Pflegedefizite aufgrund zu geringen Personalvolumens des Heimes, Qualifikationsdefizite beim Personal, verweigerte Herausgabe von Geschäftsunterlagen nach § 9 HeimG, bauliche Mängel, keine sachgerechten Dokumentationen, Annahme von Spenden bereits vor Erteilung einer Ausnahmegenehmigung durch die Heimaufsicht, rechtswidrige Erhebung von Sicherheitsleistungen durch die Heimträger, Erhebung von Zuschlägen für Einzelzimmer und die Videoüberwachung durch den Heimträger bemängelt (ebenda). Daraufhin wurden nach Beratungen

¹⁸ Neben den folgenden Ergebnissen sind dazu Forschungsprojekte beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Gange, deren Ergebnisse jedoch bei Redaktionsschluss noch nicht oder noch nicht zitierfähig vorlagen.

¹⁹ Ein ähnlicher Durchschnittswert scheint laut den in der vorigen Fußnote genannten Forschungsberichten in den übrigen Ländern – bei erheblicher Streuung – vorzuliegen.

²⁰ Die dort angegebene Quote aller Begehungen von 97 % ist irreführend, weil darin auch wiederholte Begehungen aufgrund der bei den Regelbegehungen festgestellten Mängel einbezogen sind.

in 41 Fällen Anordnungen zur Mängelbeseitigungen vorgenommen (ebenda). Auch der Hamburger Bericht enthält nur wenige differenzierte Angaben zur Pflegequalität und ein Übergewicht politischer und rechtlicher Ausführungen.

Eine recht kurze Dokumentation wurde in *Schleswig-Holstein* im Jahr 2001 präsentiert (LT-Drs. 15/1174), in der ungeachtet der pauschalen Angabe der Summe der Beanstandungen im übrigen auf die Berichte des MDK verwiesen wird. So wurden bei *einem Drittel* der untersuchten Pflegebedürftigen *Pflegeschäden* gefunden. Typische Schäden seien z.B. Dekubitus, Kontrakturen und Mangelernährung (LT-Drs. SH 15/972: 6).

In einer bereits 1999 veröffentlichten Studie der *Duisburger* Heimaufsicht wurde angegeben, dass 3,3 % der gesamten Zahl und 11,5 % der als ständig bettlägerig angegebenen Heimbewohner Dekubitus oder Fersennekrosen aufwiesen (Martin/Behler 1999). Darüber hinaus wurden bei einer im Jahr 2001 durchgeführten Wiederholungsprüfung aller 41 Pflegeheime schwerpunktmäßig Hygienestandards überprüft (Martin/Behler 2001). Im Vergleich zu 1998 konnte ein erheblicher Fortschritt festgestellt werden, so verfügten nunmehr 71 % über einen Hygiene-Verantwortlichen (1998: 15 %), 54 % führten eine desinfizierende Textilreinigung durch und 34 % verfügten über Hygienepläne für pflegeheimrelevante Infektionen. Darüber hinaus konnte eine Intensivierung des Dekubitusmonitoring und eine Senkung der Dekubitusrate auf 1,5 % aller Bewohner festgestellt werden (Martin/Behler 2001).

Heudorf/Hentschel (2000) fanden bei Untersuchungen durch das Gesundheitsamt in *Frankfurt* zwischen 1989 und 1998 heraus, dass zunächst keines der 31 Alten- oder Pflegeheime einen Reinigungs-, Desinfektions- oder Hygieneplan vorhielt. Bis 1989 lagen dagegen in 29 Heimen Reinigungs- und Desinfektionspläne und in mehr als der Hälfte der Heime entsprechende Hygienepläne vor. Weitere sind in Arbeit. Die Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern, die Anwendung von Desinfektionsmitteln und die allgemeinen Kenntnisse über Desinfektion und Sterilisation konnten deutlich verbessert werden, 1998 hatten 24 (von 39) Heimen empfohlene Hygieneschulungen für das Personal durchgeführt und in den Küchen liegen inzwischen in fast allen Einrichtungen Reinigungs- und Desinfektionspläne und in zunehmendem Maße auch Hygienepläne vor. Nach den Erkenntnissen aus diesen Untersuchungen bestehen jedoch im Tragen von Privat- statt Berufskleidung und einer oft erheblichen Unsicherheiten im Umgang mit Methillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) derzeit noch Hauptprobleme.

2.5 Aspekte der Strukturqualität

In Nordrhein-Westfalen waren zum 15.12.2001 insgesamt 459 Tsd. Menschen pflegebedürftig nach SGB XI, wovon knapp 232 Tsd. oder 50,4 % zu Hause durch selbst beschaffte Hilfen

gepflegt wurden und Pflegegeld in Anspruch nahmen; 92 Tsd. oder 20 % erhielten Pflege durch ambulante Pflegedienste und 135 Tsd. oder 29,5 % wurden ‚vollstationär‘ (v.a. in Pflegeheimen) gepflegt.²¹

Fast die Hälfte (49 %) der Pflegebedürftigen wurde in die Pflegestufe I nach SGB XI eingestuft, 38,4 % in Stufe II und 12,5 % in Stufe III. Erwartungsgemäß waren in der ‚stationären‘ Pflege nur 32 % der Pflegebedürftigen in der Stufe I, 47 % in der Stufe II und 21 % in der Stufe III, während im ambulanten Bereich nur sehr wenig mehr Pflegebedürftige in der Stufe II und III und etwas weniger in der Stufe I gepflegt wurden als im Durchschnitt. Die Beeinträchtigungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, sind neben körperlichen Leiden zum erheblichen Teil auf Verluste der geistigen Kompetenzen oder sogenannte ‚gerontopsychiatrische‘ Veränderungen zurückzuführen: Diesbezüglich werden laut Befragungen der Privathaushalte von Pflegebedürftigen für 63 % in der Stufe III, 47% der Stufe II, 40% der Stufe I Beeinträchtigungen angegeben (Schneekloth/Müller 2000: 48).

Dem stehen in Nordrhein-Westfalen laut Pflegestatistik Ende 2001 insgesamt 158 Tsd. Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen gegenüber, wovon 119 Tsd. in Pflegeheimen und 39 Tsd. in ambulanten Pflegediensten arbeiteten. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass im stationären Bereich nur ca. 43 % vollzeitbeschäftigt waren (in Deutschland waren es zum gleichen Zeitpunkt 46 %), im ambulanten Bereich waren dies 32 % (in Deutschland 30 %). Leider ist es nach den vorliegenden Daten der Pflegestatistik durch die ungenaue Abfrage des Beschäftigungsumfanges nicht möglich, Vollzeitäquivalente auszurechnen und entsprechend Betreuungsrelationen auch nur annähernd auszuweisen.²² Nach den Daten aus 27 eher mit einer überdurchschnittlichen Strukturqualität ausgestatteten und damit nicht für die Grundgesamtheit repräsentativen Pflegeheimen in Nordrhein-Westfalen schwankt die Betreuungsrelation (Pflegebedürftige pro Betreuungskraft) zwischen einem Minimalwert von ca. 1,7 und über 4, bei einem Durchschnitt von 2,5-2,7. Zugrunde gelegt wurden Vollzeitäquivalente mit oder ohne Zivildienstleistenden (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002: 38). Im Vergleich dazu liegt der von Infratest in der letzten aktuellen repräsentativen Erhebung für Deutschland ermittelte Wert bei 2,6 (inkl. Zivildienstleistende).

Im ambulanten Bereich spielt für die wahrgenommene Pflegequalität aus der Sicht der Pflegebedürftigen insbesondere die Betreuungsrelation eine wichtige Rolle, d.h., dass jeweils möglichst wenig verschiedene Pflegekräfte eine derartig persönliche und intime Leistung bei

²¹ Nach den bereitgestellten Informationen des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen, LDS, Pflegestatistik nach SGB XI.

²² Ferner muss berücksichtigt werden, dass in Nordrhein-Westfalen laut Pflegestatistik im stationären Bereich nur etwa 87 %, im ambulanten Bereich ca. 63 % des Arbeitsanteils der Beschäftigten auf den Bereich des SGB XI entfiel.

der Klientin wahrnehmen. Nach einer Befragung von 533 Mitarbeiterinnen aus 107 ambulanten Pflegediensten in ganz Deutschland waren im Jahr 2001 im Mittel pro Monat 4 Pflegekräfte je versorgten Pflegebedürftigen tätig, durchaus nicht selten lagen höhere Werte aber auch bei 10 bis 15 Kräften, im Extrem sogar bei kaum zu glaubenden Wert von 30 (vgl. Roth 2001: 309 f.). Eine Auswertung der Antworten der in diesem Sample vertretenen 79 Beschäftigten aus allerdings nur 15 Pflegediensten aus Nordrhein-Westfalen zeigt, dass diesbezüglich keine signifikanten Abweichungen bestanden.²³ Umgekehrt kamen auf einen Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) im Mittel 5-6 Pflegebedürftige, bei einer Streuung von knapp 3 bis 10, der Extremwert lag sogar bei 25, wobei diese Zahlen aufgrund des jeweils sehr unterschiedlichen Leistungsspektrums und der heterogenen Leistungsintensität mit Vorsicht zu bewerten sind. Auch hier waren im übrigen keine Unterschiede zu verzeichnen, wenn die Werte aus Nordrhein-Westfalen mit jenen aus Deutschland insgesamt verglichen werden, wobei aufgrund der geringen Fallzahl der Stichprobe aus NRW die darauf basierenden Aussagen mit einer gewissen Unsicherheit behaftet ist.

Auch in Pflegeheimen stellt die recht hohe Personalfuktuation pro Bewohner ein Problem der Pflegequalität dar: Im Durchschnitt waren laut einer Erhebung in 27 ausgewählten Pflegeheimen (mit einer eher überdurchschnittlichen Strukturqualität) in Nordrhein-Westfalen je Bewohner innerhalb eines Zeitraums von 10 Tagen insgesamt 14 Mitarbeiter beschäftigt. Jeder von ihnen führte im Mittel 15 Maßnahmen mit einem Gesamtumfang von knapp einer Stunde durch (Wingenfeld/Schnabel 2002: 96). In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass kaum qualifikationsbezogene Unterschiede bei den jeweiligen Leistungsstrukturen der Mitarbeiter zu erkennen waren (Wingenfeld/Schnabel 2002: 115 ff.), was thematisch im Rahmen der Prozessqualität weiter vertieft werden soll.

Insgesamt weist die Pflegestatistik hinsichtlich der Qualifikation der Beschäftigten für die hier v.a. interessierenden Beschäftigten mit überwiegenden Pflgetätigkeiten im stationären Bereich nur etwa 46 % Fachkräfte im Sinne des SGB XI aus (in Deutschland waren es zum gleichen Zeitpunkt 45,5 %), im ambulanten Bereich waren es hier 57 % (in Deutschland 62 %) (Tabelle 1).

²³ Wie bei der ursprünglichen Untersuchung (vgl. ausführlich: Roth 2001) wurden bei dieser ‚Sonderauswertung‘ nichtparametrische Vergleiche der beiden Gruppen (Mann-Whitney-U-Test u. Chi-Quadrat-Test) unter Verwendung von SPSS (aktuelle Version: 12.0) durchgeführt.

Tabelle 1: Berufsabschluss der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI in Nordrhein-Westfalen in v.H. (15.12. 2001)

	Stationär			Ambulant		
	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit
Altenpflegerinnen und Krankenschwestern	46,0	59,1	36,2	57,1	69,4	51,7
Alten- und Krankenpflegehelferinnen	11,5	10,9	12,9	10,1	10,7	10,0
Sonstige soziale, gesundheitliche u. pflegerische Berufe	13,5	12,4	15,5	15,6	11,0	18,6
Sonstige Berufe	12,6	8,6	16,4	10,2	6,1	12,4
Ohne Berufsabschluss oder in Ausbildung	16,4	9,0	19,0	7,1	2,9	7,4

Berücksichtigt sind in ambulanten Pflegediensten Beschäftigte mit überwiegender Tätigkeit in der Grundpflege und Pflegedienstleitungen, jedoch ohne diejenigen, die vorwiegend in der Geschäftsführung tätig sind; im stationären Bereich sind diejenigen mit überwiegender Beschäftigung in ‚Pflege und Betreuung‘ ohne solche mit überwiegender Beschäftigung in ‚sozialer Betreuung‘ etc. enthalten. Mehrfachzählungen möglich bei Personen, die sowohl im Pflegedienst als auch im Pflegeheim beschäftigt sind (mehrgliedrige Einrichtungen) wurden doppelt gezählt.

Quelle: Eigene Berechnung nach Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Entsprechend der oben skizzierten stark streuenden Betreuungsrelationen weichen auch die *Pflegesätze* nach Pflegestufen stark voneinander ab (Tabelle 2).²⁴ Die Streuung der Pflegesätze wird deutlicher, wenn die Tageswerte in Monatswerte umgerechnet werden, die in der Stufe I ungefähr zwischen 608 und 2.000 € lagen (und damit hier und da noch erheblich *unter* dem maximalen Leistungsniveau der Pflegeversicherung von 1.023€). In der Stufe II betragen die Pflegekosten ca. zwischen 760 und 2.281€ (das Leistungsniveau der Pflegeversicherung beträgt 1.279€) und in der Stufe III ca. zwischen 1.369 und 3.042€ (Leistungen der Pflegeversicherung reichen hier i.d.R. nur bis 1.432€). Im Vergleich waren die Mittelwerte der Pflegesätze in *Deutschland* in der vollstationären Pflege insgesamt in der Stufe I mit 39€ pro Tag und Person etwas höher, in der Stufe II dagegen niedriger, dort betragen sie nur 52€ und in der Stufe III sogar nur 66€, also immerhin 7,6% niedriger als im Durchschnitt in NRW.

²⁴ Dazu u. zur Heimkostenentwicklung in NRW u. in Deutschland s. auch: Roth/Rothgang 1999.

**Tabelle 2: Vergütung in der vollstationären Pflege
in Nordrhein-Westfalen in Euro pro Person und Tag (15.12.2001)**

Pflegeklasse 1		Pflegeklasse 2		Pflegeklasse 3	
Häufigkeiten in den Vergütungsgruppen (N=1656)					
von ... bis unter ...	In v.H.	von ... bis unter ...	In v.H.	von ... bis unter ...	In v.H.
unter 20	0,1	unter 20	0,0	unter 45	0,4
20-25	0,4	20-25	0,0	45-50	0,2
25-30	2,1	25-30	0,1	50-55	1,6
30-35	16,3	30-35	0,4	55-60	4,1
35-45	74,6	35-45	5,6	60-65	10,4
45- 55	2,1	45- 55	59,4	65-75	64,7
55- 65	1,3	55- 65	29,8	75-85	13,9
65 und mehr	3,0	65 -75	1,8	85 -100	2,5
--	--	75 und mehr	3,0	100 und mehr	2,0
ohne Angabe	0,2	ohne Angabe	0,1	ohne Angabe	0,0
Gesamt	100	Gesamt	100	Gesamt	100
Mittelwerte					
38		54		71	

Quelle: Eigene Berechnung nach Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Ein weiteres Kriterium der Strukturqualität stellt die *Größe* der Pflegeeinrichtungen dar, weil man allgemein davon ausgeht, dass kleinere und ‚überschaubare‘ Einrichtungen weniger anonym und familiärer oder ‚heimeliger‘ sind und sich die Dienstleistung Pflege mit ihrem bedeutenden Anteil sozialer und kommunikativer Aspekte in diesem Sinne qualitativ hochwertiger erbringen lässt (vgl. Dettbarn-Reggentin/Wallrafen-Dreisow 2004). Es wird jedoch auch diskutiert, dass sich größere Einrichtungen u.U. professioneller oder technisch und fachlich anspruchsvoller realisieren lassen könnten, so dass unter Umständen eine gewisse Mindestgröße ratsam wäre, wie dieses auch zuweilen politisch vorgegeben wird. Diese Frage wird an anderer Stelle weiter zu vertiefen sein. Laut Pflegestatistik haben die Pflegeheime in NRW im Durchschnitt 81,7 Plätze, die privatgewerblichen Träger haben mit 58,6 Plätzen eher kleinere Heime, die der gemeinnützigen Träger, darunter v.a. die öffentlichen Träger mit durchschnittlich 106 Plätzen, eher größere Heime (Tabelle 3). Insgesamt liegt die durchschnittliche Größe – bei einer großen Streuung – von Pflegeheimen nach SGB XI in Nordrhein-Westfalen deutlich höher als der Bundesdurchschnitt von 66 Plätzen. Damit ist das politisch gesetzte Ziel der kleinräumigen wohnortnahen Versorgung in Nordrhein-Westfalen noch nicht erreicht. Jedoch ist im Vergleich zu früheren Jahren ein Trend einer abnehmenden Größe erkennbar, so war Ende 1998 noch eine mittlere Größe von 92,6 Plätzen je Einrichtung in NRW festzustellen (vgl. Eifert et al. 1999), Ende 1999 laut Pflegestatistik 88 Plätze (Pflegestatistik NRW).

**Tabelle 3: Größe der Pflegeheime nach SGB XI
in Nordrhein-Westfalen nach Größenklassen (15.12.2001)**

Pflegeheime mit ... bis ... verfügbaren Plätzen	Anzahl	In v.H.
1 - 10	41	2
11 - 20	206	11
21 - 30	135	7
31 - 40	109	6
41 - 50	86	5
51 - 60	138	7
61 - 80	260	14
81 - 100	277	15
101 - 150	431	23
151 - 200	121	7
201 - 300	35	2
301 und mehr	10	1
Insgesamt	1849	100

Quelle: Eigene Berechnung nach Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Neben der Größe ist auch die *Art der Zimmer* (Einzelzimmer, Größe, Ausstattung, Selbstbestimmung über die Gestaltung etc.) in Pflegeheimen eine von hoher Bedeutung für die Gesamtqualität, was ohne weiteres plausibel und bekannt ist (vgl. z.B. Häussler-Szepan 1998; Schönberger 1998). Zwar sind Pflegeheime, trotz aller Kritik an der leider immer noch häufigen Ausrichtung an einem überholten Konzept der Klinik, keine ‚totalen Institutionen‘ im Sinne von Goffman, der geringe Anteil an Einzelzimmern ist jedoch bei einem augenfälligen und erwiesenen Zusammenhang von Selbstbestimmung und Selbsterhaltung nach wie vor prekär. Die allgemeine Gefahr der Entmündigung von Bewohnern durch die Institution Pflegeheim ist – ebenso wie die negativen Konsequenzen einer übermäßigen Hilfe – bekannt, nämlich der Verlust der Selbständigkeit und damit der Selbsterhaltung in allen Lebensbereichen, was mit hoher Wahrscheinlichkeit zum vorzeitigen Ableben führen kann (dazu unten mehr).

Nach der Pflegestatistik haben die Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen insgesamt knapp die Hälfte ihrer Plätze in Einzelzimmern, der Rest entfällt überwiegend auf Zweibettzimmer, Zimmer mit noch mehr Betten gibt es kaum noch (Tabelle 4). Dabei weist das Angebot der Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen einen leicht *höheren* Anteil an Einzelzimmern aus als der Durchschnitt in Deutschland. Unterschieden nach Trägern zeigt sich, dass vor allem die freigemeinnützigen Einrichtungen verhältnismäßig mehr Einzelzimmer in Pflegeheimen anbieten, wobei vor allem die privatgewerblichen Träger mit einem Anteil von nur gut einem Drittel Einzelzimmer deutlich abfallen.

Tabelle 4: Art der verfügbaren Plätze in der vollstationären Pflege nach SGB XI in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland (15.12.2001)

Verfügbare Plätze	NRW				Deutschland
	Insgesamt	Privatgewerbliche Träger	Freigemeinnützige Träger	Öffentliche Träger	
in 1-Bett-Zimmern	49,9	35,4	54,5	44,2	46,8
in 2-Bett-Zimmern	46,3	58,6	42,5	50,8	47,5
in 3-Bett-Zimmern	1,3	3,8	0,6	2,5	2,9
in 4 und mehr-Bett-Zimmern	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5
zusammen	97,7	98,1	97,6	97,7	97,6

Quelle: Eigene Berechnung nach Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

2.6 Aspekte der Prozessqualität

Die häufig mangelhafte Prozessqualität in der Dauerpflege vorwiegend älterer Menschen wurde schon oben durch die Prüfergebnisse des MDK nachdrücklich aufgezeigt, der anhaltende und vielfache Mängel bei der Art der Durchführung der Pflege fand.²⁵ Diese Ergebnisse unterstreichen, dass Pflegekräfte häufig gravierende Defizite bei der Kenntnis grundlegender bewohner- oder patientenbezogener Informationen haben, angefangen bei den gesundheitlichen, körperlichen und psychischen Zuständen, über die mangelnde Kenntnis biographischer Daten oder Lebensgewohnheiten bis hin zum jeweiligen Ess- und Trinkverhalten sowie der unmittelbaren medizinischen und pflegerischen Interventionen wie der Lagerung, der Medikamenteneinnahme etc.. Dabei kann hier zunächst dahingestellt bleiben, inwiefern solche ‚Pflegeteiler‘ auch zu einem schlechten Gesamtergebnis oder adversen Effekten bei den Pflegebedürftigen führen.

Laut Erhebungen von Infratest und Niehörster et al. (1998: 81) wiesen nur etwa die Hälfte der Einrichtungen Instrumente der Dokumentation auf, die explizit einer pflegerischen Einschätzung dienen und ein qualifiziertes pflegerisches Assessment, eine systematische Einschätzung von Bewohnerpotentialen und Problemen, war in den Heimen die Ausnahme (ebenda: 82). Danach verwandten lediglich ca. 20 % der Pflegeheime besondere Instrumente zur kontrollierten Beurteilung des Pflegebedarfs (vgl. Niehörster et al. 1998: 69). Hinzu kommt, dass die gängigen auf dem Markt angebotenen Dokumentationssysteme mit ihren groben Kategorien viel zu ungenau waren, so dass sie für die Problem- und Ressourcenermittlung, Zielbestimmung, Planung, Dokumentation und Evaluation im Sinne einer Qualitätssicherung ungeeignet

²⁵ Weitere Befunde zur Prozessqualität finden sich auch im folgenden Teil bei den Aspekten der Ergebnisqualität (vgl. Bemerkungen in Fußnote 8).

erschienen (Niehörster et al. 1998: 119). Nicht zuletzt fehlte den Pflegekräften häufig das Wissen und die Einsicht in eine sinnvolle Anwendung von Dokumentation und Pflegeplanung: „Die Bedeutung von ‚Messung‘ für die genaue Zustandsbeschreibung und die Evaluation von Veränderungen, die durch auf das Individuum abgestimmte Pflegemaßnahmen erreicht worden sind, ist in der Pflegepraxis noch fremd. Die intuitive Vorgehensweise wird der geplanten Pflege vorgezogen. Zudem steht die ‚Problem-‘ aber nicht die Potentialerkennung noch eindeutig im Mittelpunkt der bisherigen Bemühungen um die pflegerische Klienteneinschätzung und Diagnostik“ (ebenda).

Dem entspricht grundsätzlich, dass in der *ambulanten* Pflege Beschäftigte, die in ganz Deutschland befragt wurden (N=533) zwar – ebenso wie in der genannten Infratest-Erhebung – weit überwiegend (ca. 80 %) die umfassende Ermittlung der Bedarfe der Pflegebedürftigen zwar bejahen, konkrete Fragen, ob Defizite und Ressourcen von Pflegebedürftigen im Rahmen systematisch und methodisch kontrolliert ermittelt würden (Assessment), bejahten jedoch nur 17 %, nur 25 % gaben an, umfassend über Reha- und Aktivierungsmöglichkeiten informiert zu sein und ein ähnlicher Anteil bestätigte das Vorliegen ärztlicher Unterlagen (Roth 2001: 287 f.). Auch herrscht im ambulanten Pflegesektor sowohl bei der – im Mittel knapp eine Stunde dauernden – Erstberatung²⁶ als auch bei der Pflegedokumentation eine häufig schematische und defensive Orientierung an standardisierten Leistungen vor, die sich in hohem Maße nach den Erstattungen und Anforderungen von Kostenträgern und jenen der Einrichtung richten (vgl. Roth 2001).²⁷ Regelmäßig erfasst und dokumentiert wurden von den befragten ambulanten Pflegekräften nach eigener Einschätzung²⁸ grundlegende Bereiche wie Stammdaten der Pflegebedürftigen, Durchführungs- und Leistungsnachweise, Medikamenten- und Injektionspläne sowie Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege, wo kaum Einschränkungen vermeldet werden. Durchgehend in Pflegedokumentationen enthalten sind auch Pflegeberichte, Hinweise zu ärztlichen Verordnungen, eine Pflegeanamnese, die Ableistung von Modulen nach dem SGB XI und Vermerke zu den Problemen und Fähigkeiten der Patienten. Hier liegt die uneingeschränkte Bejahung (Wert 1 auf einer Skale von 1-6) zwischen 60 und 70 % (Roth 2001: 292). Einige Bereiche der Pflegedokumentation erhalten relativ geringere Zustimmungswerte, was zum Teil darin begründet sein kann, dass hierfür kein Bedarf gesehen wird: Eher selten wird die Unterstützung und Anleitung der Laienpflege dokumen-

²⁶ In der gesamtdeutschen Stichprobe sind keine sign. Unterschiede der Angaben aus Nordrhein-Westfalen zu verzeichnen. Etwa 20 % der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste sagen, die Erstberatung daure nur weniger als 40 min., nur 4,4 % sagen, sie währe zwischen 90 u. 180 min. (Roth 2001: 275 f.)

²⁷ Vgl. dazu und zum Folgenden auch eine kleinere regionale Untersuchung in Wuppertal, die diesbezüglich grundsätzlich ähnliche Ergebnisse zeigt, jedoch in der Fallzahl und regional begrenzt ist (Boucsein/Grunow 2002).

²⁸ Jedoch ist hier aufgrund des Einflusses sozialer Erwartungen bei den Antworten von einer positiven Verzerrung auszugehen.

tiert, was 18 % verneinen (Werte von 4-6), 9 % antworten dazu mit "weiß nicht"; ferner verneinen 9 % das Führen von Bilanzen zur Flüssigkeitsaufnahme (Werte von 4-6); ähnlich viele verneinen die Dokumentation von Zielen, geplanten Maßnahmen und Erfolgskontrollen, die Dokumentation sozialer Betreuung, die Existenz von Überleitungsbogen und Lagerungspläne. Zahlreiche weitere Befunde ließen sich hier anfügen (vgl. ausführlich: Roth 2001).

Insgesamt zeigen einige exemplarische Auswertungen dieser Erhebung, dass die Beschäftigten ambulanter Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen die Qualität ihrer Dienste eher schlechter einschätzen als ihre Kollegen in Deutschland.²⁹ So wird z. B. in NRW von 55 % der 95 dazu antwortenden Pflegekräfte bejaht, dass es generell Mängel im Pflegedienst gebe, in Deutschland sind es lediglich 42 % von 371 antwortenden Beschäftigten. Ebenso fällt in NRW die Bewertung der Pflegedokumentation durch die Beschäftigten ambulanter Dienste eher schlechter aus als im übrigen Deutschland, hier fehlen z. B. signifikant häufiger ärztliche Unterlagen in der Pflegedokumentation und die Abstände der Überprüfung der Pflegedokumentation sind signifikant größer, denn diese finden im Median im übrigen Deutschland etwa einmal im Monat, dagegen nur alle 2 Monate in den aus NRW antwortenden Pflegediensten statt. Ähnliche Mängel gelten für die Anwendung von Pflegevisiten, was insgesamt von 42 % der 499 dazu antwortenden Pflegekräfte voll bejaht wird; 20 % verneinen eher, dass dieses Instrument in ihrem Pflegedienst zum Einsatz komme, 9,4% antworten mit "weiß nicht" und 6,4% übergehen diese Frage.³⁰ Wenn Visiten durchgeführt werden, betragen die Zeitabstände im Mittel (Median) in NRW 90 Tage und im übrigen Deutschland 75 Tage, wobei die Unterschiede in diesem Fall nicht signifikant ausfallen. Hierbei muss jedoch einschränkend gesagt werden, dass in der gesamten Stichprobe von 107 Diensten und 533 Beschäftigten nur 99 Beschäftigte aus 15 Diensten aus NRW stammen. Aus dieser Untersuchung und aus der von Boucsein/Grunow (2002) lassen sich dennoch zahlreiche weitere Hinweise zu Mängeln bei der Qualität der Pflegeprozesse in der ambulanten Pflege auch in Nordrhein-Westfalen aufzeigen. So zeigt die Frage nach Nacht- oder Wochenendeinsätzen, dass hier bei mindestens 10-25 % der Pflegedienste – vor allem den kleineren – mehr oder weniger starke Abstriche zu verzeichnen sind (vgl. Boucsein/Grunow 2002: 24). Ferner stellen organisatorische Probleme wie die mangelnde Kommunikation und Koordination im Verbund mit Managementproblemen vorrangige Qualitätsprobleme in der Sicht der Beschäftigten ambulanter Dienste dar,

²⁹ Dieses geht übrigens einher mit der Beobachtung, dass in der zugrundeliegenden Untersuchung (Roth 2001) ostdeutsche und privatgewerbliche sowie kleinere ambulante Pflegedienste im Blick der Beschäftigten überwiegend signifikant besser abschneiden als westdeutsche, gemeinnützige sowie größere Dienste. Zwar sind hier u. U. kovariierende verzerrende Faktoren (z.B. allg. Einstellungen) nicht gänzlich auszuschließen, jedoch zeigen eben auch 'härtere' quantitative Befunde wie eben die Frequenz der Überprüfung der Pflegedokumentation etc. in diese Richtung.

³⁰ Vgl. dazu den Befund von Görres et al. (2002), wonach in einem Sample von 87 Krankenhäusern im norddeutschen Raum in 31% der Abteilungen Pflegevisiten implementiert wurden.

hinzu kommen Zeitmangel und Unpünktlichkeit, eine mangelhafte Pflegeplanung und –ausführung und der Personalmangel in ambulanten Pflegediensten (Roth 2001: 269; Boucsein/Grünow 2002: 28 f.), wobei deren Wechselwirkungen in einem multivariaten Ansatz genauer untersucht werden müssten.

Eine aktuelle Untersuchung in 26 Frankfurter *Altenheimen* in den Jahren 2001 und 2002 (vgl. dazu u. zum Folgenden: Bartholomeyczik/Schrems 2001 u. 2004) zeigt in grundsätzlich ähnlicher Stoßrichtung wie die bisherigen Befunde, dass bei insgesamt 279 zufällig gezogenen Dokumentationen (nur bezogen auf Bewohner der Pflegestufen II und III) vielfach Mängel festzustellen waren, wobei die Streuung der Qualität der Dokumentationen in den Einrichtungen stark variierte (Bartholomeyczik et al. 2004: 194). Nur in 42 % der Dokumentationen wurden die Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohner von den Pflegekräften aufgeführt, bei 32 % sind diese nur teilweise, bei 24 % gar nicht vorhanden. Ferner fehlen bei der Hälfte der Fälle biographische Angaben oder solche zu Gewohnheiten und Vorlieben, bei 35 % fehlen Angaben zur sozialen Einbindung; schließlich werden bei 40 % der Dokumente diagnostische Feststellungen nicht zu Problemen der Bewohner mit Aussagen zu Prioritäten zusammengefasst (Bartholomeyczik/Schrems 2004: 189). Des Weiteren fehlen Angaben zur Seh- und Hörfähigkeit in über der Hälfte der Fälle, knapp die Hälfte der Dokumentationen enthält keine Angaben zum Hautzustand, zur Bewusstseinslage oder zum emotionalen Befinden, die Perspektiven der Bewohner werden in drei Viertel aller Fälle nicht einbezogen usw. (ebenda: 190). Entsprechend der mangelhaften Erfassung von Zuständen oder Fähigkeiten der Bewohner sind auch Pflegeverläufe und Planungen häufig nur mangelhaft aus den Dokumentationen nachvollziehbar und die Überprüfung der Wirkung von Maßnahmen bleibt in über zwei Drittel der Dokumentationen im Dunkeln. Hinsichtlich der Ursachen zeigen sich laut der Frankfurter Untersuchung in den 26 Pflegeheimen nur wenig eindeutige Zusammenhänge zwischen Ausfällen bei der Pflegedokumentation und der Personalbesetzung. Zwar gibt es dahingehende Tendenzen hinsichtlich einiger (eher gewöhnlicher) Merkmale, jedoch sind diese Zusammenhänge nicht durchgängig zu erhärten, wenn etwa Aspekte der Überprüfung oder Evaluation fast überall fehlen, was – auch vor dem Hintergrund sektorenübergreifend ähnlichen Problemlagen – vielmehr auf generelle Defizite der Ausbildung schließen lässt, wobei angesichts der kleinen Stichprobe eine solche Ursachenanalyse auch nur begrenzt möglich war (vgl. Bartholomeyczik 2004: 193 f.).

Mehrere Untersuchungen unterstrichen generell eine sehr *heterogene Leistungsstruktur* in Pflegeheimen (vgl. Heinemann-Knoch et al. 1998: 105; Wingenfeld/Schnabel 2002). Die Spannweite des unmittelbar bewohnerbezogenen Zeitaufwandes reichte nach einer aktuellen nordrhein-westfälischen Studie, welche den „Pflegebedarf und die Leistungsstruktur in voll-

stationären Pflegeeinrichtungen“ am Beispiel von 27 ausgewählten Einrichtungen untersuchte (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002)³¹ von durchschnittlich vier Minuten bis mehr als vier Stunden pro Bewohner und Tag. Dieser Befund entspricht der bundesweiten Erhebung von Infratest, wobei an die bereits genannten Streuungen von Personalquoten und Pflegesätzen erinnert sei. Die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen machen in den 27 untersuchten nordrhein-westfälischen Pflegeheimen im Durchschnitt 83 Minuten je Bewohner und Tag aus, wobei 22 einzelne Maßnahmen gezählt wurden (Wingenfeld/Schnabel 2002: 61 f.),³² hinzu kommen durchschnittlich 50 Minuten pro Tag und Bewohner für ‚mittelbar‘ bewohnerbezogene Leistungen oder 38 % des Gesamtaufwandes von 133 Minuten (Wingenfeld/Schnabel 2002: 74 f.). Der Pflege- und Betreuungsaufwand über alle Pflegestufen (0-III) beträgt nach bundesweiten Erhebungen von Schneekloth/Müller (2000) im Durchschnitt 121 Minuten, über die Pflegestufen I-III 138 Minuten (nach Selbstauskünften der Pflegekräfte). Der hohe Anteil ‚indirekter Leistungen‘ bei den in den Pflegeheimen in NRW ermittelten Zeitwerten relativiert sich, wenn berücksichtigt wird, dass darunter auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten fallen, so umfasst der Zeitanteil für Arbeitsbesprechungen, Dokumentation und Pflegeplanung sowie Verwaltung, Koordination und Sonstiges gut 50 % dieser ‚indirekten‘ Leistungen, d.h. ca. 25 Minuten je Bewohner und Tag oder knapp 20 % des Gesamtzeitaufwandes.³³ Leider finden sich in der NRW-Studie keine weiteren Hinweise zur Art und Weise der Durchführung der Pflegeplanung und Dokumentation. Die in Pflegeheimen geleisteten Hilfen sind vom Zeitaufwand generell knapp bemessen, so betrug der Zeitaufwand der Hilfen beim täglichen Waschen bei den regelmäßig hilfebedürftigen Bewohnern 7-12 Minuten und dieses wurde im Durchschnitt pro Tag 1,3-1,8 mal geleistet, hinzu kommen ca. 12 Minuten pro Woche für das einmalige Duschen oder Baden (Wingenfeld/Schnabel 2002: 85).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass nach den Auswertungen in den 27 nordrhein-westfälischen Pflegeheimen im Bereich der Hilfeformen bei Alltagsverrichtungen ein absolutes Übergewicht der „*vollständigen Übernahme*“ zu verzeichnen war (76 % des Zeit-

³¹ Auswahlkriterien waren ein Mindestmaß an Struktur- und Prozessqualität sowie die Bereitschaft von Verband und Einrichtung zur Mitarbeit. Daraufhin wurde unter Aufsicht und Anleitung während drei Wochen im Jahre 2000 von den Pflegekräften das Leistungsgeschehen bei 730 Bewohnern standardisiert anonymisiert erfasst (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002: 11-31).

³² Hilfen bei Alltagsverrichtungen (75 %), Maßnahmen der Behandlungspflege (8 %) und „psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflege“ (17 %). Unter die erstgenannten fallen Hilfen bei Verrichtungen im Bereich von Körperhygiene, Körperpflege (22 %), Ausscheidungen/Toilettengang (20 %), Nahrungsaufnahme (19 %), Aufstehen/Lagern/Betten (17 %), Kleiden (12 %) und Fortbewegen/Stehen (11 %) zählen. (Wingenfeld/Schnabel 2002: 64-67).

³³ Die Mahlzeitenversorgung (Auf- und Abdecken, Vorbereitung u. Austeilen der Mahlzeiten, Aufräumarbeiten etc.) umfasst 26 % der mittelbaren Leistungen, der Rest entfällt auf Arbeitsbesprechungen (20 %), Pflegeplanung und -dokumentation (15 %) und Wäscheversorgung (9 %); auf Verwaltung/Koordination entfallen 5 % aller mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, auf die Kontakte mit Angehörigen 4 % und auf Sonstiges 11 % (Wingenfeld/Schnabel 2002: 75).

umfangs), auf Leistungen in Form der Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung entfielen lediglich 13 %, so dass der ressourcenfördernden Pflege offenbar ein vergleichsweise geringer Stellenwert zukommt (Wingefeld/Schnabel 2002: 67). Damit wird wieder einmal deutlich, dass in Pflegeheimen die rationelle *Arbeitserledigung* und institutionelle Bedingungen im Vordergrund stehen und eine an der Wiedergewinnung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen orientierte Pflege kaum geleistet wird oder geleistet werden kann, was auch durch diverse andere qualitative Untersuchungen belegt wird (vgl. Häussler-Szepan 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998). Typisch ist z.B. folgende Äußerung einer Pflegekraft: „Geben Sie mir die Zähne, nein, geben Sie her, ich mach das, dafür bin ich da. Sie könnten das vielleicht selber machen, aber das dauert mir zu lange“ (Wingefeld/Schnabel 2002: 95).

Der jeweils für einen Bewohner eingesetzte Zeitaufwand sollte sich selbstverständlich nach dem jeweiligen individuellen Pflegebedarf richten. Demgegenüber kommen Schneekloth / Müller – allerdings aufgrund aggregierter Betrachtungen – zum Schluss (2000: 153): „Die bereits im Rahmen der Analyse zur Streubreite der gewährten Leistungen getroffene Feststellung, dass Pflegebedürftige trotz gleicher Pflegestufe hochgradig unterschiedliche Umfänge an Hilfeleistungen erhalten, bestätigt sich“ (vgl. dazu auch: Neubauer/Schallermaier 1998a u. b.; Wingefeld/Schnabel 2002; Bartholomeyczik 2003). Zwar ist ein Teil solcher Abweichungen auch aufgrund systematischer Bedingungen zu erklären, worauf sowohl Wingefeld/Schnabel (2002: 68 f.) als auch Schneekloth/Müller (2000: 149) hinweisen. Gleichwohl betonen diese auch, dass der ermittelte tatsächliche Pflegeaufwand der Grundpflege nur in der Pflegestufe I innerhalb der vorgegebenen Begutachtungszeitwerte des SGB XI liege; in Pflegestufe II und III wird hingegen bereits die Mindestvorgabe z. T. deutlich unterschritten. Ebenso beträgt nach der nordrhein-westfälischen Studie der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufe lediglich 0,58; eine lineare Tendenz der Steigerung des durchschnittlichen Leistungsaufwandes in Relation zur Pflegestufe tritt keineswegs in allen Maßnahmebereichen auf (Wingefeld/Schnabel 2002: 72). Diese, aber auch andere, Studien zeigen, dass die Variation des tatsächlich geleisteten Zeitaufwandes nicht unbedingt mit der des individuellen Pflegebedarfs korreliert (vgl. Heinemann-Knoch et al. 1998; Häussler-Szepan 1998; Bartholomeyczik 2003).

Entgegen den Erwartungen werden mit *zunehmender Pflegebedürftigkeit* und Mobilitätseinschränkung z.B. ‚psychosoziale Maßnahmen und psychiatrische Pflegeinterventionen‘ *weniger* erbracht, obwohl gerade hier der Bedarf zunimmt (vgl. Wingefeld/Schnabel 2002: 87 ff.), was diese als Ausdruck für eine Versorgung werten, die in erster Linie auf akuten Hilfebedarf reagiert, bzw. die ihre Aufmerksamkeit auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich erscheint. So blieben im Durchschnitt auch die Bewohner mit schwer ausgeprägten Problemlagen während des Tagesdienstes mindestens

12 Stunden lang ohne direkte Einbindung in eine Einzel- oder Gruppenbetreuung durch Mitarbeiter der Einrichtungen, d.h. die verfügbaren Ressourcen der Mitarbeiter sind weitgehend ausgeschöpft, und die Anleitung zu selbständiger Beschäftigung bzw. Beobachtung kann außerhalb der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, also während des größten Teils des Tages, nur ‚nebenbei‘ erfolgen (Wingefeld/Schnabel 2002: 91 f.). Ein streng nach den Bedingungen der Institution orientierter rigider Zeitablauf und generell die mangelnde Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit von Pflegeheimbewohnern stellt eine wesentliche Eigenheit und einen besonderen Mangel in deutschen Heimen dar, so schon Klein (1997) in einem deutsch-englischen Vergleich (vgl. auch: Häussler-Szepan 1998; Schönberger 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998). Dieses zeigt sich auch in einer oft entmündigenden, ja entwürdigenden Form der Kommunikation in der Altenpflege, die eine sprachwissenschaftliche Untersuchung von Sachweh (1999) mit dem bezeichnenden Titel: „Schätzle hinsitze!“ auf den Punkt bringt. Weitere Aspekte sind, dass Pflegebedürftige geradezu als Objekte degradiert werden, nicht ernstgenommen werden und aufgrund dominanter ablauforganisatorischer Anforderungen individuelle Bedürfnisse derart zu kurz kommen, dass hier auch von ‚gefährlicher Pflege‘ gesprochen wird (vgl. Friesel 2002).

Die Vernachlässigung von Selbsthilfepotentialen in deutschen Pflegeheimen und deren Institutionscharakter drückt sich auch in der mangelnden Nutzung der ‚Angehörigenarbeit‘ aus, die einen sehr geringen Anteil an den Leistungen einnimmt. Ebenso zeigen Kremer-Preiss (1998: 116), dass nur 6 % von 226 befragten Einrichtungen bei der Pflege intensiv mit Angehörigen zusammenarbeiten. In dieses Bild der ‚angebotsorientierten‘ und nicht unbedingt bedarfsgerechten Organisation der Versorgung in deutschen Pflegeheimen passt, dass der Zeitaufwand pro Bewohner für die Versorgung am Wochenende im Durchschnitt der untersuchten nordrhein-westfälischen Heime um etwa 10 Minuten unter den Werten während der Woche lag (Wingefeld/Schnabel 2002: 66). Auch ist bei einer in der Regel sehr geringen Personalbesetzung nachts dem Hilfebedarf, nachaktiver, aber auch anderer Bewohner nicht ausreichend Rechnung zu tragen, weshalb der meist als reiner Kontrolldienst konzipierte Nachtdienst schnell in prekäre Situationen kommen kann.³⁴ Schließlich beleuchtet die Studie zum Leistungsgeschehen in nordrhein-westfälischen Pflegeheimen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nur am Rande. Nach den eigenen Angaben der Pflegeeinrichtungen werden solche Ansätze vor allem in der Arbeit mit Pflegestandards (16 v. 27 Einrichtungen), der Fort- und Weiterbildung (15), in Qualitätszirkeln (9) oder durch Qualitätsbeauftragte (8) wahrgenommen; Qualitätshandbücher werden von 6 und Befragungen von Bewohnern von 3 Einrichtungen angewandt (Wingefeld/Schnabel 2002: 38 f.). Erhellend in diesem Zusammen-

³⁴ Die Betreuungsrelation Pflegekraft zu versorgten Pflegebedürftigen betrug hier 1:33 bis 1:60; vgl. auch: Schneekloth/Müller 2000: 156 f., die einen Anteil der nachts erbrachten Leistungen von 4-7% ausweisen.

hang ist, dass so etwas wie Assessment, Pflegevisiten oder andere Instrumente von den dort vertretenen Einrichtungen erneut nicht erwähnt werden, wie die durchschnittlichen Zeitanteile für „übergreifende Qualitätssicherung“ mit 0,5% der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen verschwindend gering ausfallen (Wingenfeld/Schnabel 2002: 75).

Insgesamt bilanzieren Güttler et al. (2003: 157), auf der Basis einer Auswertung von Pflegeprozessen von 128 Patienten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten, dass Pflegenden zwar viel implizites Wissen in bezug auf die Pflegeprozesse aufweisen, dass sie jedoch kaum in der Lage sind, dieses zu explizieren, d.h. adäquat zu dokumentieren. Vielfach bleiben also einerseits oft selbst eher banale Defizite und Hilfsmöglichkeiten wie die Beseitigung ungenügender Sehschärfen infolge veralteter Sehhilfen (vgl. Sadowski et al. 2000) usw. unentdeckt,³⁵ andererseits bleiben infolge einer mangelnden konzeptionellen und methodisch geplanten Pflege ebenso häufig Ressourcen, Selbsthilfe- und Rehabilitationspotentiale von Pflegebedürftigen ausgeblendet (vgl. Niehörster et al. 1998). Letzteres ist auch, aber nicht nur, eine Folge der Dominanz und Rigidität einer primär an Effizienz orientierten, arbeitsteiligen ‚fordistischen‘ oder ‚tayloristischen‘ Ablauforganisation, was dem Modell der Klinik folgt und zwangsläufig mit einer mangelnden Klientenorientierung von Pflegeeinrichtungen einher geht (Schönberger 1998: 70; Wingenfeld/Schnabel 2002).

Nicht selten werden von Pflegekräften die Bereiche der kontrollierten Pflegeplanung und – dokumentation jedoch auch immer noch als wenig wichtig, unproduktiv oder gar störend empfunden, weil sie als unnötige und von Kostenträgern aufoktroierte ‚Schreibarbeit‘ oder ‚aufgeblähte Bürokratie‘ erlebt werden, was die generell als zu knapp empfundene Zeit für die ‚eigentliche‘ Pflege am Patienten noch mehr abkürze und kaum einen zusätzlichen Nutzen bringe (vgl. dazu auch: Bartholomeyczik et al. 2001 u. 2004; Abt-Zegelin et al. 2003; Oesterlen 2003; Risse/Castiglia 2003). Paradoxerweise stimmt letzteres insofern, als eine passiv, unter Druck von oben oder ungenügend organisiert geführte Pflegeplanung und – dokumentation sowie Evaluation ohne tatsächliche Einsicht der Beteiligten tatsächlich wenig Nutzen bringen.

Die sehr verbreiteten Mängel bei der Dokumentation und Planung des Pflegeprozesses bleiben – entgegen der häufigen Geringschätzung ihrer Bedeutung durch die Praxis – häufig nicht ohne Folgen: Wo die Gestaltung des Pflegeprozesses fehlt, kommt es zu erheblichen negativen Konsequenzen, weil der wahre Bedarf an Maßnahmen (z.B. Flüssigkeitsgaben, Bewegung, Transfer, Ernährung, Sicherheit) den Pflegekräften nicht klar ist. Wenn Pflegekräfte

³⁵ In einer Untersuchung von 77 Bewohnern in drei Pflegeheimen konnten 45 % der Probanden Zeitungen auch mit ihrer vorhandenen Sehhilfe nicht lesen. 91 % konnten ihre Lesefähigkeit mit Textvergrößerung wiedererlangen, sie waren ungenügend mit Sehhilfen versorgt (Sadowski et al. 2000).

nicht in der Lage sind, Fähigkeiten einzuschätzen, kompensieren sie deren Defizite nicht. So fanden Kuck und Garms-Homolová (2003) Mangelernährung (nach Body-Mass-Index) in erster Linie bei Personen, die nicht in der Lage waren, selbständig zu essen und Inkontinenz überhäufig bei den Personen, die nicht in der Lage waren, eigenständig aus dem Bett aufzustehen. Das deutet auf eine falsche Prioritätensetzung in der Pflege, die gleiche Folgen hat wie eine willentliche Vernachlässigung. Weitere Gefahrenpotentiale lauern, wenn z.B. Medikamente aufgrund mündlicher Absprachen unterschiedlich eingenommen und unvollständig dokumentiert werden (vgl. Bader et al. 2003). Bei einer Untersuchung der Praxis der Medikamentierung in 127 nordrhein-westfälischen Pflegeheimen wurde bei einer Stichprobe von 366 Bewohnern festgestellt, dass 120 Fehler bei der Medikamenteneinnahme von 84 Bewohnern zu verzeichnen waren. Am häufigsten fehlte ein im Medikamentenblatt verzeichnetes Arzneimittel oder es wurde ein falsches Mittel gegeben. Die Wahl einer falschen Dosierung oder eines falschen Anwendungszeitpunktes waren weitere bemerkenswerte Fehler (Bader et al. 2003). Wird berücksichtigt, dass jeder zweite Bewohner sieben oder mehr Arzneimittel erhielt (ein Viertel erhielt 10 bis 14, 4 % bekamen 14-19 Medikamente und 3 Patienten sogar mehr als 20 Arzneimittel) und wird die o.g. Personalfluktuations in Betracht gezogen, so wird auch hier überdeutlich, welche Bedeutung die Pflegedokumentation auch im Hinblick auf Wirkungen auf die Ergebnisqualität hat.³⁶

Gleichwohl sind Nutzen und Wirkungen unterschiedlicher Pflegeprozesse im Hinblick auf die Ergebnisqualität bisher auch zu wenig untersucht worden (vgl. dazu unten den empirischen Teil). Einige Studien weisen jedoch einen solchen – wenngleich eher schwachen – positiven Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientenzufriedenheit nach (vgl. Müller Staub 2002), wobei jedoch auch hier – wie bei allen Zufriedenheitskonzepten – Verzerrungen infolge sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen sind, wozu unten mehr zu sagen sein wird.

2.7 Aspekte der Ergebnisqualität

Lange wurden die Ergebnisqualität und die Wirkungen unterschiedlicher Pflegeformen („outcome“) in der Qualitätsdiskussion der deutschen Pflegefachwelt eher vernachlässigt. Seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung und insbesondere in jüngster Zeit hat die Diskussion dieser Thematik stark zugenommen. Eher in Einzelfällen wird auch die „Ergebnisqualität“ auch

³⁶ Der Vertiefung dieses Bereiches vorgreifend sei hier folgendes angemerkt: Die Ablehnung von Medikamenten steigt mit der zunehmenden Anzahl der Verordnungen und ältere Menschen sind mit der zunehmenden Zahl und Komplexität der Verordnungen überfordert; 17% der Hospitalisierung älterer Menschen, so eine Studie, trat aufgrund von Medikamentenfehlern ein, die wiederum fast sechs Mal höher war als im Vergleich zur allgemeinen Population (Cassel 2000: 391).

gemessen, teilweise sogar nach den Regeln der wissenschaftlichen Methodologie (Birren et al 1991). Ein quantitativer wie qualitativer Schwerpunkt stellt eine weit geführte Diskussion um ‚Gewalt‘, ‚adverse Effekte‘ oder ‚gefährliche Pflege‘ dar.³⁷ Die große öffentliche Diskussion ist u.a. der generell seit dem Erlass der Pflegeversicherung allgemein stark gestiegenen Aufmerksamkeit, aber auch dem Wirken von Initiativen wie der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – ‚Handeln statt Misshandeln‘ unter der Leitung des Geriaters Rolf D. Hirsch (vgl. Hirsch et al. 1999; Hirsch/Brendebach 1999) und dem von Claus Füsseck geleiteten „Münchener Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland“ (vgl. Füsseck 1997a u. b, 1999) geschuldet.

Ein weiterer, teilweise damit zusammenhängender Schwerpunkt liegt der Dokumentation von Befunden zur Problematik des ‚Dekubitus‘, die insbesondere durch die Leichenschau des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, beginnend mit dem Jahr 1998 einer breiten deutschen Pflegefachöffentlichkeit bewusst wurde (Püschel et al. 1999a u. b; Heinemann et al. 2000, 2001).³⁸ Schließlich stellen Erhebungen zur Qualitätsbewertung durch die ‚Betroffenen‘, ‚Patienten‘ oder ‚Kunden‘ und Befragungen zu den Wünschen und der Zufriedenheit der Klienten samt Angehöriger ein weiterer Schwerpunkt dar.³⁹ Jedoch ist – dieses müssen wir unterstreichen – die Ergebnisqualität hierzulande zunehmend Gegenstand der öffentlichen Polemik, oder einer Fachdiskussion, ganz ausnahmsweise auch ernstzunehmender Studien.

Phänomene der *Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung und ‚adverser Effekte‘* infolge mangelhafter Pflege vorwiegend älterer pflegebedürftiger Menschen sind wohl fraglos sowohl definitiv ‚ein weites Feld‘ als auch ‚naturgemäß‘ von einer erheblichen ‚Dunkelziffer‘

³⁷ Vgl. Pillemer/Moore 1989; Schneider/Sigg 1990; Klie et al. 1994; Hoefler 1995; Stuhlmann/Kretzschmar 1995; Maisch 1996; Meier-Baumgartner/Püschel 1996; Niederfranke/Greve 1996; Wetzels/Greve 1996; Kranzhoff/Hirsch 1997; Comijs et al. 1998; Lachs et al. 1998; National Center on Elder Abuse 1998; Brunner 1999; Carrell 1999; Görgen 1999; Hirsch/Brendebach 1999; Hirsch et al. 1999; Vollhardt 1999; Görgen 2000; Glinski-Krause 2000; Hirsch et al. 2000; Gröning 2000; Schermer 2000; Fazzone et al. 2000; Görgen et al. 2001; Hagen 2001; Hirsch 2001; Kortshagen 2001; Spiller 2001; Hirsch 2001; Schützendorf 2001; Friesel 2002; Görgen et al. 2002; Büssing et al. 2003; Hörl 2003; Mohsenian et al. 2003; Schneider 2003; Gröning 2004. Aspekte der ‚Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung‘ in der Pflege werden hier als dramatische Mängel der Ergebnisqualität betrachtet, die sich z.B. auch als Dekubitus, Mangelernährung, vorzeitiges Ableben etc. äußern, diese könnten jedoch z.T. auch der Prozessqualität zugeordnet werden (vgl. oben, Fußnote 5 und 8)

³⁸ Vgl. Frantz 1997; Berlowitz et al. 1997; Pelka 1998; Spector/Fortinsky 1998; Heinemann et al. 1999; Ooi et al. 1999; Püschel et al. 1999a u. b; Saito et al. 1999; Berlowitz et al. 1999; Martin/Behler 1999; Berlowitz et al. 2000; Lindenberg 2000; Heinemann et al. 2000; Heinemann et al. 2001; Dassen et al. 2001, 2002, 2003; Leffmann et al. 2002; Boschek et al. 2003; Bräutigam et al. 2003; Lindenberg et al. 2003; Mertens/Dassen 2003; Mertens et al. 2003; Krause et al. 2004.

³⁹ Vgl. dazu u.a.: Aust 1994; Knäpple et al. 1997a u. b; Karotsch 1997; Blum 1997; AOK Niedersachsen 1997; Faigle/Knäpple 1998; Tinnfeldt 1998; Reck-Hog/Klink 1998; Applebaum et al. 2000; Coleman 2000; Kruzich 2000; Soberman et al. 2000; Knäpple/Hiniger-Riesterer 2000; Geron et al. 2000; Müller/Thielhorn 2000; Uman et al. 2000; Göpfert-Divivier/Lauer 2001; Müller Staub 2002; Hallwirth-Spörk 2002; Albrecht 2003; Saup 2003; Evangelische Heimstiftung 2004.

geprägt. Begrifflich gibt es einen weitgehenden Konsens, auch in internationalen Diskussionen (vgl. Comijs et al. 1998), sowohl aktives, direkt gewaltsames, vorwiegend körperliches Handeln (z.B. Schlagen, Stossen, Kratzen, Würgen, Beißen, Ausrauben, Vergewaltigen etc.) als auch indirektes gewaltsames Handeln, das durch Unterlassen oder Vernachlässigen sowie verbale, psychische und soziale Formen der Gewalt (Beschimpfen, Anschreien, Einschüchtern, Beleidigen, Verleumden oder sonstige Formen, moralisch-psychischen oder sozialen Drucks, aber auch Ignorieren oder Nichterkennen von Bedürfnissen) negative Einwirkungen auf die Befindlichkeit und Bedürfnisbefriedigung von Betroffenen mit sich bringt, einzubeziehen. In einem sehr weiten Verständnis sieht Hirsch (vgl. z.B. 2001) mit Johan Galtungs berühmter Definition von ‚struktureller Gewalt‘ auch ‚gewaltsame‘ gesellschaftlich-kulturelle Zustände, z.B. eine extreme soziale Ungleichheit oder gesellschaftliche Formen der (oft tolerierten oder selbstverständlichen) Benachteiligung, Dequalifizierung, Unterdrückung oder Ausbeutung, als ‚gewaltsame‘ Verhältnisse oder gewaltsame Behandlung älterer pflegebedürftiger Menschen an (vgl. Görgen et al. 2002: 32 ff.).

In Pflegebeziehungen sind neben allgemeinen Gewaltformen insbesondere missbräuchliche Anwendungen freiheitsentziehender oder einschränkender Mittel inklusive sedierender Medikationen oder die Durchführung von unter medizinischen oder pflegerischen Gesichtspunkten verzichtbaren oder nicht angezeigten Maßnahmen, die aus arbeitsökonomischen oder institutionellen Anforderungen resultieren, zu betonen, ferner gehören hierzu das Unterlassen oder Verzögern medizinischer und pflegerischer Maßnahmen und die vorsätzlich oder grob fahrlässig unsachgemäße Durchführung der Pflege (z.B. Unter-, Über- oder Fehlmedikation, ausbleibende Dekubitusprophylaxe usw.). Darüber hinaus werden als Gewalt in der Pflege auch Formen der psychischen oder sozialen Vernachlässigung (mangelnde Ansprache, Zuwendung, ausbleibende Hilfen bei der Tagesgestaltung etc.), aber auch des Paternalismus und der Infantilisierung (Entmündigung und unnötige Kontrolle von Verhalten in vermeintlicher Fürsorge) sowie die zwanghafte Unterordnung individueller Bedürfnisse unter institutionelle Anforderungen (die zwanghafte Unterbringung in Mehrbettzimmern, ungewolltes zwanghaftes Wecken usw.) zu bezeichnen. Eine besondere Problematik der Feststellung von ‚Gewalt in der Pflege‘ stellt die Tatsache dar, dass diese (auch im Pflegeheim) im privaten Raum oder ‚hinter verschlossenen Türen‘ und in einem mehr oder weniger intimen Beziehungsgeflecht (auch bei professioneller Pflege) und damit Abhängigkeitsverhältnissen gegenüber weitgehend hilflosen, häufig sozial isolierten und dementiell erkrankten oder nicht mehr auskunfts- und zurechnungsfähigen Menschen, stattfindet. Hinzu kommt, dass Krankheitsfolgen und Erscheinungen der Alterung vielfach nicht eindeutig von Misshandlung oder Vernachlässigung zu unterscheiden sind und dass Gewalteinwirkungen bei multimorbiden Personen oft nicht zu bemerken sind, weshalb zusammengefasst der objektiven empirischen Erfassung dieser Phänomene grundsätzlich vielfache Grenzen gesteckt sind und notgedrungen ein Dunkelfeld auch weiterhin zu vielfachen Spekulationen zwischen ‚Tabuisierung‘ und ‚Skandalisierung‘ Anlass

geben wird (vgl. Görgen et al. 2002: 38 f.). Infolgedessen sind Angaben der Prävalenz und Inzidenz in diesen Bereichen jeweils mit einer genauen methodischen Reflexion zu versehen und bei der Analyse von Hintergründen grundsätzlich von einem multifaktoriellen Ansatz auszugehen, der nicht nur die Beziehung zwischen Täter und Opfer, sondern eben auch das mehr oder weniger weite institutionelle und gesellschaftliche Umfeld einbeziehen muss. Zudem müssen bei diesen Forschungen Zugangsprobleme beachtet werden – als Stichworte seien die eingeschränkte Auskunftsfähigkeit vieler Pflegebedürftiger und die zu erwartende Abschottung qualitativ schlechter und ‚gewaltgeneigter‘ Probanden genannt – erscheinen in besonderem Maße Ansätze erforderlich, verschiedene quantitative und qualitative Methoden einzusetzen.

In einer der am häufigsten zitierten Studien bejahten in den USA auf der Basis telefonischer Repräsentativbefragungen von 577 Pflegekräften in Pflegeheimen 36 % das Vorkommen körperlicher Gewalt, die sie bei ihren Kolleginnen im Laufe des zurückliegenden Jahres zum Zeitpunkt der Befragung beobachtet haben wollten; 81 % hatten Fälle psychischer Gewalt bei ihren Kolleginnen beobachtet; erwartungsgemäß gaben die Befragten in weitaus geringerem Maße an, im gleichen Zeitraum selbst körperliche Gewalt angewandt zu haben (10 %); 40 % gaben aber zu, seelische Gewalt angewandt zu haben (vgl. Pillemer/Moore 1989). Eine weitere bekannte Studie aus der Schweiz (Schneider/Sigg 1990) weist auf der Basis einer schriftlichen Befragung und Antworten von 205 Pflegekräften die folgenden Vorkommnisse aus (hier wurde kein Zeitraum der beobachteten Vorkommnisse erhoben und die bejahenden Antworten sind in den Kategorien ‚oft‘, ‚manchmal‘, ‚selten‘ zusammengefasst): 61 % bejahten, dass Bewohner beleidigt worden seien, 54 % gaben an, sie hätten schon beobachtet, dass die Privatsphäre von Bewohnern vernachlässigt worden sei, 34 % berichteten über beobachtete Vernachlässigung, 20 % von übermäßiger Medikamentengabe zur Ruhigstellung, 6 % über sexuelle Belästigung und ebenso viele über Schlägen. Erwartungsgemäß fallen die Angaben zum eigenen Verhalten wie immer deutlich geringer aus, 28 % gaben das Missachten der Privatsphäre, 15 % Vernachlässigen, 21 % Beschimpfen, 9 % Ruhigstellen und 1 % sexuelle Belästigung und Schlägen zu (Schneider/Sigg 1990).

Wesentliche Hinweise zur Prävalenz der Gewalt in deutschen Pflegeheimen werden neuerdings z.B. von Görgen (2000, 2003) geliefert, auf der Basis von Befragungen von 392 kontaktierten Pflegekräften⁴⁰ und darauf aufbauenden 251 persönlichen Interviews, 35 Aktenauswer-

⁴⁰ In ersten Veröffentlichungen (Görgen 2000) wird über 20 % Ausschöpfung bei der schriftlichen Befragung berichtet, später (Görgen 2003) fehlen diese Angaben. Angesichts der Thematik und der kontaktierten Klientel sind niedrige Ausschöpfungsraten als Problem normal. Hirsch/Brendebach (1999) erzielten 13,6% und in einer repräsentativ angelegten schriftlichen Befragung von ambulanten Pflegediensten zur Pflegequalität konnte nur eine Ausschöpfung von knapp 10 % der kontaktierten Dienste erreicht werden (vgl. Roth 2001). Unter den auf Nachfragen mitgeteilten Gründen der Nichtbeantwortung dominierten hier Zeitmangel, Perso-

tungen und einer schriftlichen Befragung von Heimaufsichtsbehörden: Danach hatten 20 % der teilnehmenden Pflegekräfte eine negative *Gesamtbewertung* der Pflegequalität ihrer Heime, die Heimaufsicht kommt auf 14 %, die Bewohner lediglich auf 11% und die Leitungen auf 0%. Bei den Befragungen zu den als mehr oder weniger gewaltsam einzustufenden Verhaltensbeobachtungen gaben – je nach Befragungsart – mehr oder weniger deutlich über 70 % der antwortenden Pflegekräfte an, im vergangenen Jahr *selbst* mindestens einmal eine von 45 Items mit gewalttätig einzustufenden Handlungen oder Unterlassungen gegenüber Bewohnern verübt zu haben, die mittlere Häufigkeit lag bei 37 gewalttätigen Handlungen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Gewalttätiges Verhalten in Pflegeheimen in den letzten 12 Monaten laut schriftlichen Befragungen in Hessen 1999/2000 (N=361)

Verhaltensweisen	Eigenes Verhalten von Pflegekräften		Bei anderen Pflegekräften beobachtet	
	ja	% ja	ja	% ja
physische Misshandlung	85	23.5	126	34.9
psychische Misshandlung / verbale Aggression	194	53.7	223	61.8
unangemessene mechanische Freiheitseinschränkung	102	28.3	142	39.3
unangemessene medikamentöse Freiheitseinschränkung	20	5.5	45	12.5
pflegerische Vernachlässigung	194	53.7	215	59.6
psychosoziale Vernachlässigung	107	29.6	123	34.1
sexuelle Belästigung	0	0.0	4	1.1
mindestens eine der Formen 1-7	258	71.5	257	71.2

Quelle: Görgen 2003

Die häufigste berichtete Form der Gewaltanwendung war „Bewohner anschreien“ und „beschimpfen“ was jeweils über 30 % der Pflegekräfte mindestens einmal während der fraglichen Zeit für sich selbst als Vorkommnis zugaben. Danach folgen in der Häufigkeit verschiedene Formen der Unterlassung oder Einschränkungen von Hilfen wie „Bewohner nicht rechtzeitig umlagern“, das „absichtliche Ignorieren“, oder „Bewohner auf Hilfe warten lassen“, was jeweils 20-25 % der Pflegekräfte als eigenes Handeln für die fragliche Zeit bestätigen. Weitere berichtete eigene negative Handlungen sind: „zur Arbeitseinsparung Windeln anlegen“, „Schamgefühle verletzen“, „Bewohner auf Toilettengang warten lassen“, „nicht aus dem Bett holen“, „nicht ins Freie bringen“, „Missachten der Privatsphäre“, „nicht waschen oder rasieren“, „absichtliches Ärgern“ und „zur Arbeitseinsparung fixieren“ oder „festhalten“, was je-

nalmangel und Arbeitsüberlastung, also ähnliche Gründe, die von seiten der Pflege meist für Qualitätsmängel angegeben werden, bei intensiveren Nachfragen wurde jedoch auch die unangenehme Fragestellung als Grund benannt, so dass insgesamt die darauf basierenden Stichproben grundsätzlich die Qualitätsprobleme eher *unter-* als überschätzen dürften.

weils 10-15 % der Pflegekräfte als eigenes Handeln für die letzten 12 Monate bejahen. Schwere Gewalthandlungen wie Würgen, Treten, Beißen, Verprügeln etc. sowie extrem erniedrigende Formen seelischer oder verbaler Gewalt werden jedoch nicht als vorkommend angegeben.⁴¹

Bei vergleichender Interpretation der Angaben aus der schriftlichen und mündlichen Befragung (Tabelle 6), zeigt sich, dass erwartungsgemäß jeweils die Selbstwahrnehmung infolge verzerrter Wahrnehmung und sozialer Erwartungen überwiegend deutlich positiver ausfällt als die Fremdwahrnehmung. Weitere methodisch interessante Detailvergleiche hierzu und zwischen der schriftlichen und mündlichen Befragung können jedoch nicht vertieft werden. Es soll jedoch betont werden, dass die 361 Pflegekräfte in der Befragung auch angaben, dass im Durchschnitt nur ca. 30-50 % aller Gewalthandlungen den Kollegen und nur 15-30 % den Leitungen bekannt werden (Görgen 2003).

Tabelle 6: Gewalttätiges Verhalten von Pflegekräften in Pflegeheimen laut mündlichen Befragungen (Hessen 1999/2000) (N=81)

Verhaltensmuster	Interviewte als Akteure	Interviewte als Beobachter
körperliche Misshandlung	16 (19.8%)	17 (21.0%)
psychische Misshandlung / verbale Aggression	30 (37.0%)	46 (56.8%)
missbräuchliche mechanische Freiheitseinschränkung	12 (14.8%)	9 (11.1%)
missbräuchliche medikamentöse Freiheitseinschränkung	10 (12.3%)	17 (21.0%)
pflegerische Vernachlässigung	22 (27.2%)	32 (39.5%)
psychosoziale Vernachlässigung	29 (35.8%)	29 (35.8%)
Paternalismus / Infantilisierung	46 (56.8%)	38 (46.9%)
mindestens eine der Verhaltensweisen 1 bis 7	57 (70.4%)	63 (77.8%)

Nach Ratings der Interviewaussagen durch Görgen und Mitarbeiter

Quelle. Görgen 2003

Darüber hinaus fasst Görgen (2003) auf der Basis von insgesamt 251 qualitativen Interviews in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie in deren Umfeld, der Auswertung von Akten zu 188 Heimbegehungen der Heimaufsicht und der Analyse von 35 einschlägigen Fällen, mit welchen Strafverfolgungsbehörden befasst waren, folgende Erkenntnisse zusammen.

⁴¹ Vgl. zum noch kaum beleuchteten Dunkelfeld von – vermutlich jedoch wirklich sehr selten vorkommenden – Kranken- oder Patiententötungen in Kliniken und Heimen: Kortshagen 2001; Beine 2004 o. Geisler 2004; zu den Langzeitwirkungen von Misshandlungen und Vernachlässigung auf die Mortalität beschäftigen sich wegweisend Lachs et al. (1998), die in einer Längsschnittstudie in den USA u.a. eine klar erhöhte Mortalität der von Misshandlungen betroffenen Personen nachwiesen. Darüber hinaus berichtet Hirsch (2001) auch über letale Folgen von Fixierungen.

Pflegekräfte werden in vielfacher Weise Opfer aggressiven und belästigenden Bewohnerverhaltens, darunter v.a. Bereiche der körperlichen Gewalt und der verbalen Aggression, in geringerem Umfang auch der sexuellen Belästigung. Für die *Reaktion der Pflegenden* ist entscheidend, inwieweit das Verhalten als krankheitsbedingt (und der Bewohner dementsprechend als nicht verantwortlich) betrachtet oder als intentional und in stabilen negativen Persönlichkeitsmerkmalen des Handelnden wurzelnd gesehen wird. Soweit Pflegekräfte von eigener physischer Gewaltanwendung berichten, handelt es sich um Reaktionen auf vorangegangenes aggressives Verhalten der pflegebedürftigen Person, die Ausübung von Zwang im Rahmen von Pflegehandlungen sowie vorwiegend um Fälle der unabsichtlichen Schmerzzufügung (Görgen 2003).

Aus der Perspektive von *Zeugen* werden laut Görgen (2003) hingegen auch Fälle berichtet, die den Charakter kriminellen Unrechts haben; zum Teil handelt es sich um fortgesetzte, in andere Formen pflegerischen Fehlverhaltens eingebettete oder gemeinschaftlich begangene Delikte. Die *Fallberichte* weisen darauf hin, dass gewaltpräventive Bemühungen die Tätigkeit von Nachtwachen besonders ins Blickfeld zu nehmen haben. Mehrere schwerwiegende Gewaltfälle stellen sich als unangemessene Reaktionen von Pflegekräften auf Stuhlinkontinenz der Bewohner dar. Bewohner, Pflegekräfte und Beobachter berichten über Fälle verbaler Aggression und sonstigen sich nicht physischer Mittel bedienenden Verhaltens, welches Bewohner in ihrer Würde oder ihrem Schamempfinden verletzt. Im Unterschied zum Bereich der physischen Aggression sind hier Tendenzen zur Neutralisierung und Normalisierung zu erkennen (Görgen 2003). Insbesondere verbal aggressives Verhalten, welches in kontrollierender oder erzieherischer Absicht ausgeführt wird, gilt Pflegenden zum Teil als legitim oder unvermeidbar. Leitungskräfte gestehen Mitarbeitern reaktive und stressinduzierte Formen verbal aggressiven Verhaltens in einem gewissen Rahmen als ‚Ventil‘ für Gereiztheit und Überlastung zu.

Berichte zu pflegerischer und psychosozialer *Vernachlässigung* von Bewohnern haben meist den Charakter summarischer Beschreibungen der Folgen pflegerischer Überlastung zu Zeiten, in denen die personelle Besetzung besonders schwach ist – an Wochenenden, in den Nächten, zu Urlaubs- und Krankheitszeiten (Görgen 2003). Beschrieben wird eine Reduktion auf den Bereich der Grundpflege zu Lasten ganzheitlicher, auch den psychosozialen Bereich einschließenden Pflege und Betreuung. Soweit grundpflegerische Defizite genannt werden, betreffen diese vor allem die Körperhygiene. Hinsichtlich der Anwendung *freiheitsentziehender* Maßnahmen zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen mechanischen und medikamentösen Formen. Während Fixiergurte oder Bettgitter den Berichten der Interviewten zufolge dauerhaft oder regelmäßig kaum noch ohne entsprechenden richterlichen Beschluss angewandt werden, ist das Problem- und Regelbewusstsein im Hinblick auf medikamentöse Sedierung noch weniger entwickelt; hier berufen sich Pflegende in der Regel auf ärztliche Verord-

nungen (Görgen 2003). Dabei wird sowohl die rechtliche Gleichstellung medikamentöser und mechanischer Freiheitsentziehung in § 1906 Abs. 4 BGB übersehen als auch der faktische Einfluss ignoriert, den Pflegekräfte auf das Zustandekommen dahingehender Entscheidungen haben (vgl. dazu auch: Hirsch 2001). Interviews mit Ärzten belegen die weitreichende Abhängigkeit der Ärzte von verlässlichen Informationen über das Verhalten des jeweiligen Bewohners, und diese Informationen werden meist von den Pflegenden bereitgestellt bzw. dort abgefragt. Die Untersuchung hat laut Görgen (2003) ferner gezeigt, dass subtile, jedenfalls nicht auf ‚klassische‘ Instrumente wie Gitter oder Gurte zurückgreifende und von den Pflegenden als nicht genehmigungsbedürftig erlebte Maßnahmen zum Einsatz kommen. Dazu gehört es z.B., Mobiliar so zu arrangieren, dass eine Person nicht aus ihrem Stuhl aufstehen kann oder ihr zu drohen, man müsse sie einsperren, wenn sie weiterhin versuche, das Heim zu verlassen. Freiheitsentziehende und freiheitseinschränkende Maßnahmen werden in aller Regel mit der Vermeidung von Selbstgefährdungen begründet. Die Interviewbefunde erbringen starke Indizien für die Annahme, dass derartige Maßnahmen auch als Instrumente zur Kontrolle unerwünschten Verhaltens eingesetzt werden. Wie stark diesbezüglich institutionelle, kulturelle, gesellschaftliche und nationale Einflüsse zu sein scheinen, zeigt sich daran, dass in nordischen Ländern oder Japan in Pflegeheimen vergleichbare Klientel nur zu 10 % fixiert werden, während in südlichen Ländern der Anteil bei ca. 40 % liegt und in den USA seit einiger Zeit Programme gegen Fixierung mit dem Ziel der *völligen Aufhebung* derselben in Gang gekommen sind (Vollhardt 1999: 171). Aus den USA wird ferner berichtet, dass infolge der gesetzlichen Verordnung der Anwendung des Resident Assessment Instruments (RAI) der Anteil fixierter Pflegeheimbewohner von 38 % auf 28% zurückging (Phillips et al. 1997: 17; Mara et al. 1999: 238). Im übrigen gibt es in den USA eine eigens eingerichtete nationale und staatlich finanzierte Institution, die u.a. Forschungen zum Missbrauch oder zur Vernachlässigung älterer Menschen durchführt (National Center on Elder Abuse, <http://www.elderabusecenter.org/>). In Deutschland werden sehr unterschiedliche Werte freiheitseinschränkender Maßnahmen (mechanisch oder medikamentös) berichtet, die in etwa zwischen 10% und 45% liegen und v.a. mit der Problematik gerontopsychiatrischer Befunde sowie der damit verbundenen Sturzgefahr infolge Schwindels sowie Desorientierung und Selbstgefährdung begründet werden (vgl. u.a. Klie et al. 1994; Kranzhoff/Hirsch 1997; Hirsch 2001), obwohl hier Untersuchungen genau die gegenteilige Wirkung von Fixierungen auf die Sturzgefahr nachweisen (Arbesman/Wright 1999, siehe unten).

In den Interviews mit Pflegekräften finden sich nach Görgen (2003) viele Hinweise auf *paternalistische* und *infantilisierende* Haltungen gegenüber Heimbewohnern und diesen Haltungen entsprechende Arbeitsweisen und Interaktionsformen. Insbesondere demenziell erkrankte Bewohner werden häufig mit Kindern verglichen, denen man mit Nachsicht begegnen sollte, deren Verhalten aber zugleich der Einschränkung und Kontrolle bedarf. Paternalistische Haltungen finden ihren Ausdruck in autoritärem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen, in Ver-

suchen, sie zu erziehen sowie in Handlungen milden, fürsorglich inspirierten Zwanges. Handlungswirksame infantilisierende Haltungen sind vor allem bei gering qualifizierten Kräften zu finden; teilweise schöpfen diese aus familiären Verhaltensrepertoires, insbesondere aus dem Bereich der Kindererziehung. Leitungskräfte betonen indes die Autonomie der Bewohner, ihren Erwachsenenstatus und ihr Recht, auch Risiken einzugehen. Die Vermittlung dieser Werte an die Pflegenden gelingt aber nur zum Teil; in tatsächlichen oder vermeintlichen Konflikten zwischen den Maximen der Freiheit und Selbstbestimmung der Bewohner auf der einen und ihrer Sicherheit auf der anderen Seite richten Pflegende vielfach ihr Handeln einseitig am Kriterium der Sicherheit aus (Görgen 2003).

Insgesamt wurden von allen Befragten Gruppen die untersuchten Heime überwiegend positiv beurteilt (Görgen 2003); insbesondere brachten Bewohner nur selten kritische Gesamtbewertungen zum Ausdruck. Darin spiegeln sich neben Zufriedenheit mit dem Leben im Heim auch biographisch verankerte Haltungen der Anspruchslosigkeit sowie der scheinbare Mangel an Alternativen, in einzelnen Fällen auch Ängste, im Interview Negatives zu äußern. Zugleich zeigten sich – innerhalb des positiven Spektrums – in der Gesamtbeurteilung deutliche Unterschiede zwischen den Heimen; dabei erfuhren wieder einmal vor allem *kleine* Einrichtungen die relativ besten Bewertungen. Belastungen der Heimbewohner haben jedoch nur zum Teil mit Merkmalen des jeweiligen Heimes und mit dem Verhalten von Pflegekräften zu tun, denn Bewohner leiden primär unter ihrer allgemeinen Lebenssituation, die gekennzeichnet ist durch gesundheitliche Einschränkungen, Einsamkeit und als unzureichend empfundene Familienkontakte. Die Heimübersiedlung wird bekanntlich generell als kritisches Lebensereignis erfahren. Heimbewohnern machen grundsätzlich Einschränkungen ihrer Handlungs- und Entscheidungsautonomie zu schaffen, die durch die Pflegebedürftigkeit, zum Teil aber auch durch institutionelle Vorgaben und Routinen bedingt sind. Daneben kommt in einer Reihe von Interviews die Belastung durch das zwangsweise Zusammenleben mit Verwirrten als zentraler Faktor zum Ausdruck; hier wird zugleich eine durch die Selektion überhaupt ansprechbarer Bewohner bedingte Schwerpunktsetzung deutlich (Görgen 2003).

Das Problem von Gewaltvorkommnissen in Pflegeheimen ist wie dargestellt in einem vielfältigen Beziehungsgeflecht zu verorten und zu bewerten, wobei die Gewalt eben zu einem großen Teil *auch* aus Reaktionen auf *aggressives Bewohnerverhalten* resultiert: So berichten 80% der hier durch Görgen (2003) befragten 361 Pflegekräfte, dass sie selbst im Verlaufe der letzten 12 Monate mindestens einmal Opfer irgendeiner gewaltsamen Handlung vonseiten der Bewohner wurden, 73 % berichteten über physische, 71% über verbale Aggression und 16 % über Formen der sexuellen Belästigung. Auch dieses Phänomen wird in anderen internationalen Studien so oder ähnlich berichtet (Hirsch 2001: 261). Außerdem gibt es einen klaren statistischen positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Angabe von Gewalt vonsei-

ten der Pflegebedürftigen (eigene Opfererfahrung) und selbst verübter psychischer und physischer Misshandlung der Bewohner durch die Pflegekräfte (Görgen 2000).

Entsprechend werden die *Gründe* für die Gewalthandlungen von Pflegekräften einerseits in deren Überlastung (stark empfundener Zeit- und Personalmangel, Schwierigkeiten im Umgang mit Pflegeanforderungen wie Demenz, Leiden, Sterben, Exkrementen, aggressives Bewohnerverhalten etc.) und andererseits in falschen Bewältigungsstrategien der Pflegekräfte gesehen,⁴² wobei auch die institutionell vorgegebenen Rahmenbedingungen und das Interesse an einer schnelleren Arbeitserledigung eine dominante Rolle spielen. (Görgen 2003; Hirsch 2001; Hörl 2003; ausführlich dazu: Görgen et al. 2002 48 ff.). So gilt: Je stärker die *erlebte* Arbeitsbelastung, desto größer die Gesamtzahl selbstberichteter Delikte, wobei der Zusammenhang für pflegerische Vernachlässigung und verbale Aggression besonders deutlich ist (Görgen 2003). Diejenigen Pflegekräfte, welche eine hohe Zahl eigener Delikte angaben, beschreiben sich tendenziell als ausgebrannt, überfordert, verbraucht oder emotional erschöpft; sie nehmen den direkten Kontakt mit den Pflegebedürftigen als belastend wahr, haben Schwierigkeiten, im Umgang mit Bewohnern eine entspannte Atmosphäre zu schaffen, haben das Gefühl, hart zu arbeiten, klagen über Zeitdruck, leiden an Schlafstörungen oder anderen körperlichen Symptomen und sind reizbar (wobei jeweils signifikante positive Korrelationen zwischen 0,33 und 0,25 zu verzeichnen waren). Die Gesamtzahl berichteter Delikte ist zudem recht stark positiv korreliert mit „sich krank melden“ oder Psychopharmakagebrauch ($r=0,46-0,49$). Ebenso führen die Pflegekräfte auf Fragen zu Ursachen von Gewalt in Pflegeheimen in erster Linie Personalmangel und Arbeitsüberlastung, die fehlende Professionalität oder persönliche Eignung von Pflegekräften, mangelnde Finanzmittel und gesellschaftliche Wertschätzung der Altenpflege oder die Schwierigkeit von Bewohnern an. Es dominieren also Erklärungsansätze, welche der öffentlichen Diskussion über Mißstände in der Altenpflege entsprechen (Görgen 2000). Grundsätzlich können auch folgende Zusammenhänge gut belegt werden: je größer die Zahl von verwirrten, inkontinenten, bettlägerigen, auf Rollstuhl angewiesenen Bewohnern pro examinierte Kraft, desto mehr berichtete Fälle pflegerischer u. psychosozialer Vernachlässigung (Görgen 2003; Pillemer/Finkelhor 1988; Hörl 2003). Auch scheint die Gefährdung älterer pflegebedürftiger Frauen besonders hoch (Lachs et al. 1998), wobei jedoch Faktoren der sozialen Schichtung der Pflegebedürftigen nicht relevant scheinen (Hörl 2003: 290). Die dahingehende Ursachenforschung geht deshalb davon aus, dass neben individuellen Täteraspekten wesentliche Gründe für Gewaltanwendung durch Pflegekräfte die u.a. strukturell bedingte Überforderung der Pflegekräfte, persönliche Konflikte und – damit

⁴² Hierbei spielt z.B. Alkoholkonsum eine bedeutende Rolle; ferner weisen die Pflegekräfte, die über eigene Gewalthandlungen berichten, in einem deutlich höheren Maße Konflikte mit Leitungen auf (vgl. Görgen 2003).

oft einher gehend – schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Demenz und die soziale Isolation bei den Pflegebedürftigen darstellen (vgl. Hirsch/Brendebach 1999; Hirsch et al. 1999; Görgen 1999).

Nationale und internationale Studien zeigen besonders starke körperliche und psychische *Belastungen* der professionellen Pflegekräfte, bei einem relativ geringen sozialen Prestige, einer unterdurchschnittlichen Entlohnung, eher geringen Entscheidungskompetenzen und Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf, schlechten organisatorischen Arbeitsbedingungen (z. B. Überstunden, schwierige Arbeitszeiten, Koordinations- u. Kommunikationsprobleme, Schwächen der Führung etc.) und prekären Rahmenbedingungen (Verkürzung von Liegezeiten im Krankenhaus, Zunahme von Demenzkranken u. Multimorbidität, Verknappung öffentlicher Mittel etc.) (vgl. Zimmer/Weyerer 1999; Zimmer et al. 2000; Cohen-Mansfield/Noelker 2000; Roth 2001; Hasselhorn et al. 2003; Weidner et al. 2003). Belastungen und Überlastungen sowie mangelnde Arbeitszufriedenheit führen bei vielen Mitarbeiterinnen nicht nur zu einer vorzeitigen Berufsaufgabe, sondern wahrscheinlich stehen sie auch in einer ursächlichen Beziehung mit den Pflegemängeln bis hin zur Vernachlässigung von Pflegebedürftigen oder gar Gewalt-handlungen gegen Pflegebedürftige oder Angehörigen. Freilich mangelt es an Analysen, welche die Wirkung solcher Faktoren von anderen abgrenzen und gewichten würden. Umgekehrt hat die Wahrnehmung der in einer Einrichtung geleisteten Qualität auch einen starken positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und -einstellung von Pflegekräften (Roth 2001).

Die oft diskutierte Unzufriedenheit im Pflegeberuf und die verbreiteten Gedanken einer Berufsaufgabe sind laut einer groß angelegten europäisch vergleichenden Studie („NEXT“) in Europa und zwischen Einrichtungen innerhalb eines Landes durchaus *unterschiedlich* häufig.⁴³ Generell werden in Europa Pflegetätigkeiten in *Institutionen* (Krankenhäuser u. Pflegeheime) als belastender empfunden und diese Felder sind stärker durch Stress, ‚burnout‘ und Ausstiegsgedanken bei den Beschäftigten geprägt als jene im ambulanten Sektor (Hasselhorn et al. 2003a).

Ferner zeigen sich höher qualifizierte und männliche Pflegekräfte im eher mittleren Alter (30-35) und bei einer mittleren Dauer der Betriebszugehörigkeit (ca. 5 Jahre) *besonders unzufrieden* mit dem Beruf und mit einer negativeren Arbeitseinstellung als jüngere und ältere sowie weibliche und weniger qualifizierte Pflegekräfte. Erwartungsgemäß äußern Pflegekräfte in Leitungsfunktionen wiederum eine signifikant größere Arbeitszufriedenheit als solche in nachgeordneten Positionen. Dieser zuletzt genannte Umstand und der genannte U-

⁴³ So schwankte der Anteil der Antwortenden, die oft an einen Berufsausstieg dachten, zwischen 0 und 50%. Die Charakteristika der Einrichtungen scheinen hier maßgebliche Bedeutung zu haben (Hasselhorn et al. 2003c, S. 119).

Kurvenverlauf von Arbeitszufriedenheit in Relation von Alter und Dauer im Beruf deuten auf folgenden Hintergrund. Zunächst ist angesichts einer in der Regel stark ethisch und moralisch sehr hochstehenden Motivation bei der Berufswahl, bei der Idealismus und Aspekte wie „Interesse an Menschen“, „soziales Engagement“, „Verlangen, gebraucht zu werden“, „Helfen“ eine prominente Rolle spielen (Becker/Meifort 1997 u. 1998), die Wahrscheinlichkeit von Enttäuschungen, Distanzierungen und ‚burnout‘ im Pflegeberuf grundsätzlich besonders groß. Entsprechend ist auch das Gefühl, „den Patienten nicht das geben zu können was sie brauchen“ auch eine primäre Determinante von Gefühlen von ‚burnout‘ (Van der Schoot et al. 2003: 56).

In der gesamtdeutschen Befragung von Beschäftigten in der *ambulanten Pflege* bejahten lediglich 5 % der 533 antwortenden Pflegekräfte schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung oder Misshandlung der Pflegebedürftigen (in den letzten 12 Monaten); 12 % berichteten über die Anwendung von Fixierungen oder die Gabe von Sedativa, wobei 78 % der Pflegekräfte dieses jedoch für notwendig hielten (Roth 2001: 308 f.). Hier muss jedoch eine geringe Rücklaufquote von ca. 10% berücksichtigt werden, so dass die Hintergründe der Nichtteilnahme sowie die Strukturdaten der in der Stichprobe vertretenen Pflegedienste und Beschäftigten eine eher relativ bessere Qualität des Sample und eine ‚Positivauswahl‘ vermuten lassen. Der Umgang der Pflegekräfte mit Arbeitsüberlastung – dieses bejahen für sich 27 % und für die Kolleginnen 55 % – zeigt Befunde einer eher *latenten* Unzufriedenheit: So stimmen 22 % der Pflegekräfte dem Item ‚Zynismus und sarkastische Witze über die Arbeit‘ (als ein Indiz der Distanzierung zur Arbeit) eher zu und 3 % der Pflegekräfte sagen, sie würden ihren Frust an den Pflegebedürftigen auslassen, was jedoch 29 % aller antwortenden Pflegekräfte als Verhalten der Kolleginnen und Reaktion auf deren Arbeitsüberlastung beobachten (Roth 2001: 251 ff.). Hinzu kommen weitere Befunde, welche auch hier auf einen Hintergrund zumindest latenter Gewaltbereitschaft infolge Arbeitsüberlastung von Pflegekräften schließen lassen. So wird infolgedessen anderen Pflegekräften von 45 % der antwortenden Beschäftigten eine geringe Motivation und von 40 % eine schlechte Laune bei der Arbeit bescheinigt, bei sich selbst geben dieses 24 % und 18 % als zutreffend an. Hinzu kommt ein u.U. problematischer Umgang der Pflegedienste mit Beschwerden vonseiten der ‚Kunden‘, wobei 18 % der Pflegekräfte bejahen, dass darauf in ihrem Pflegedienst mit ‚persönlichem Druck‘ reagiert werde (Roth 2001: 304), wobei jedoch berücksichtigt werden muss, dass auch die Pflegebedürftigen sich häufig gewalttätig oder aggressiv verhalten.

Die Frage, ob die Beschäftigten ambulanter Pflegedienste in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalthandlungen vonseiten ihrer Klientel wurden, bestätigen knapp 15 % von 533 Beschäftigten (Roth 2001: 305). Die Formen der Gewalt vonseiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen sind vielfältig, sie reichen von Anschreien, Beleidigungen, bis hin zum Schlagen oder sonstigen tätlichen Angriffen auf die Pflegekräfte wie Beißen, Würgen, Kratzen etc. E-

benso verschieden sind die Gründe, die laut der Einschätzungen der Beschäftigten zur Gewalt vonseiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen führen können; vorwiegend genannt wurden Demenz, die Unzufriedenheit mit dem Befinden oder Schmerzen sowie die Überlastung von Angehörigen. Jedoch liegen hier nur sehr geringe Fallzahlen vor, so dass weitere Untersuchungen dazu nötig wären. Ebenso disparat sind die Angaben zur Häufigkeit der Gewaltvorkommnisse, die von einmal pro Jahr bis zu täglich schwanken, der mittlere Wert (Median) liegt bei vier (Roth 2001).

In der *häuslichen Pflege* ist das Dunkelfeld von Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung besonders groß. Aufgrund verschiedener internationaler Befunde dürfte diese bei der Anwendung körperlicher Gewalt bei ca. 5-15 % der in der häuslichen Pflege Versorgten liegen, wobei die Täter v.a. Familienangehörige waren und in Deutschland eher hohe Prävalenzraten registriert wurden (vgl. Comijs et al. 1998; Brunner 1999; Carrell 1999; Hirsch et al. 1999; Hirsch/Brendebach 1999; Görgen 1999, 2000; Vollhardt 1999; Brendebach 2000; Görgen et al. 2002). Jedoch ist ein Vergleich aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Begriffsverständnisse nur sehr eingeschränkt möglich. Während z.B. Pillemer/Finkelhor (1988) in telefonischen Bevölkerungsumfragen lediglich eine Prävalenz von 3 % feststellte, wurden laut einer Opferbefragung des Kriminologischen Institutes Niedersachsen von 1992, welches 2.456 Probanden aus der Altersgruppe ab 60 Jahren standardisiert befragte, 3,4 % im Verlaufe des Jahres Opfer physischer Gewalt, 2,7 % wurden durch aktive Vernachlässigung oder Medikamentenmissbrauch viktimisiert, 1,3 % materiell geschädigt, und 0,8 % berichten über chronische verbale Aggression. Opfer mindestens eines dieser Delikte wurden 6,6 % der Befragten über 60 Jahren. Die Gesamtzahl der jährlichen Opfer in der Bundesrepublik wird danach auf rund 600.000 ältere Personen geschätzt (Görgen et al. 2002: 59). Noch höhere Prävalenzraten von Gewalterlebnissen, nämlich ca. 11% zeigen Umfragen der Bonner Initiative um Hirsch, bei einer bei solchen Erhebungen üblichen geringen Rücklaufquote von 13,6%, wobei an erster Stelle der regelmäßig auftretenden Übergriffe seelische Misshandlungen standen (vgl. Brendebach 2000).

Dekubitus oder Druckgeschwüre gelten als Ausdruck schwerwiegender Pflegemängel, ja sie werden in der Literatur als Indiz für wachsende Qualitätsmängel in allen Bereichen gewertet (Harrington et al. 2000a: 281) und ihre Prophylaxe stellt ein wesentliches Qualitätskriterium im Sinne der ‚Ergebnisqualität‘ der Pflege dar. Denn es gilt wissenschaftlich als gesichert, dass Dekubitus zwar nicht in allen Einzelfällen vollständig vermieden, aber zumindest auf ein Minimum reduziert und dass die Inzidenz von Dekubitus als Indikator der Pflegequalität gesehen werden kann (vgl. Heinemann et al. 2000). Ursachen für die Entstehung von Decubitulcera sind in der ungenügenden lokalen Druckentlastung der betroffenen Körperstellen, einer inadäquaten Wundversorgung und einer unzureichenden Energie, Nähr- und Wirkstoffversorgung zu suchen. Seit der im Jahr 1998 in Hamburg durchgeführten Leichenschau durch

das Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg ist das Thema Dekubitus in der Diskussion um Pflegequalität von vorrangiger Bedeutung und es sind dazu zahlreiche Forschungen, auch bezogen auf Nordrhein-Westfalen, durchgeführt und publiziert worden. In Hamburg wurde bei 10.222 untersuchten Fällen eine Prävalenz für Dekubitalgeschwüre der Grade I bis IV in Höhe von 11 % festgestellt, die in der Bandbreite bisheriger internationaler Forschungsergebnisse liegt (Heinemann et al. 2000). Ein erhöhtes Risiko bestand insbesondere bei Altersschwäche, Demenz, Insult und anderen neurologischen Grunderkrankungen, chronischer Nierenerkrankung und Traumaanamnese, bei Frauen und in den Sommermonaten. Darüber hinaus spielte die Versorgungsform zum Sterbezeitpunkt eine Rolle: Über die Hälfte aller Grad IV-Fälle kamen in Hamburg aus dem *Pflegeheimbereich*, nur 34 % aus Privathaushalten, in denen eine Prävalenz von 12% bestand, und 12 % der Dekubitusfälle stammten aus Krankenhäusern.

Als *Gründe* für eine grundsätzlich höhere Dekubitusprävalenz im Pflegeheimsektor kommen laut Heinemann et al. (2000: 47) neben der allgemein höheren Multimorbidität Wechselwirkungen zwischen Institutionalisierung und den Risikofaktoren weibliches Geschlecht, Altersmarasmus sowie Insult in Frage. Ein direkter Rückschluss auf eine mangelnde Pflege ist zwar durch diese Befunde nicht möglich, allerdings bestanden in der Mehrzahl der Fälle nicht abgetragene Randnekrosen, in 12 % der Fälle schien der Befund so ausgeprägt, dass hier seit längerer Zeit *keine* Wundversorgung mehr erfolgt sein konnte (Heinemann et al. 2000: 47). Eine vom Hamburger Institut für Rechtsmedizin durchgeführte Nachfolgeuntersuchung bei einer kleineren Population ergab nur geringfügige Korrekturen dieser Befunde mit einem nur unwesentlich geringeren Anteil der in Pflegeheimen verursachten Dekubitalulcera (53 %) (vgl. LT-Drs. 16/5998, S. 49 ff.; Heinemann et al. 2001: 511). Die vertiefenden Ursachenanalysen ergaben, dass der mittlere Wert der Dauer der in Pflegeheimen verstorbenen Dekubitusfälle 123 Tage betrug, die längste Dauer der Druckgeschwüre betrug mehr als sechs Jahre, jeder fünfte Patient war länger als ein Jahr erkrankt, fast jeder zehnte drei Jahre oder länger (Heinemann et al. 2001: 511 f.).⁴⁴

Problematisch erwies sich in dieser vertiefenden Analyse erneut die *Pflegeplanung* und –*dokumentation*: Standard-Dekubitusdokumentationen wurden so gut wie gar nicht genutzt.

⁴⁴ Pro Bewohner wurden durchschnittlich drei Erkrankungen dokumentiert, in 20 der 75 auszuwertenden Fälle wurden akute Erkrankungen aus den Dokumentationen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Erstbeschreibungsdatum für den finalen Dekubitus bringen. Die Pflegeheimbewohner mit höhergradigem Dekubitus wiesen in 57% der Fälle hirnorganische Erkrankungen auf, ferner waren 49% mit Herzinsuffizienz, 26% Insult, 21% Cerebrovaskuläre Insuffizienz/TIA, 19% Lungenleiden u. Trauma der unteren Extremität, 18% Diabetes Mellitus und 16% Tumorleiden zu verzeichnen. (Heinemann et al. 2001: 512).

Risikoeinschätzungen für die es gängige Instrumente gibt,⁴⁵ erfolgten nur vereinzelt, Lagerungsmaßnahmen wurden kaum dokumentiert (Heinemann et al. 2001: 512 f.). Nur in maximal 25 % der untersuchten Fälle entsprach die durchgeführte Prophylaxe den Leitlinien (Heinemann et al. 2001: 514). Zudem waren Ärzte an präventiven Maßnahmen kaum beteiligt, selbst in der Therapie der rd. 20 % schweren Dekubitusfällen waren sie nicht involviert. Die Untersuchung liefert aber Hinweise darauf, dass auch die ärztliche Praxis im Jahr 1998 nicht an vorhandenen Therapieleitlinien orientiert war; teilweise wurden zur Wundbehandlung Maßnahmen verordnet, die nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprachen. Schließlich wurden von Heinemann et al. (2001) anhand der vertiefenden Analyse einige Koordinationsprobleme zwischen den beteiligten Institutionen (auch: Kostenträger) und Berufsgruppen angesprochen, welche allerdings nur einen kleinen Teil der ungenügenden Dekubitusprophylaxe und -behandlung erklären konnten.

Verschiedenen Untersuchungen zufolge *schwanken* die Befunde zur Prävalenz von Dekubitus sehr stark: je nach Risikogruppen, Versorgungsform, Institution und Region zwischen 5 und 40 %, ⁴⁶ bei Risikogruppen deutlich darüber, wobei die Informationen diesbezüglich erneut im häuslichen Bereich mit rein familiärer Pflege sehr unzureichend sind (Leffmann et al. 2002).⁴⁷ Besonders hohe Prävalenzen von ca. 30 % sind immer wieder in Pflegeheimen und geriatrischen Kliniken festgestellt worden, während in Krankenhäusern eine durchschnittliche Prävalenz von ca. 10 % Dekubitalulcera angenommen wird (Leffmann et al. 2002). Durchschnittlich weist etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen laut Norton-Skala ein erhöhtes Risiko auf, an Dekubitus zu erkranken (ebenda). Eine Studie des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover durch Eidam (vgl. KDA, www.kda.de, Pressemitteilung vom 11. März 2002) zeigte bei über 12.000 zwischen Februar 1999 und Ende 2001 untersuchten Verstorbenen sogar bei 14,4 % Dekubitalulcera der unterschiedlichsten Ausprägungsgrade. Aufgrund nur selten vorhandenen Dokumentationen seien weder die Orte der Entstehung noch die Ursachen genau zu ermitteln gewesen. Diese Geschwüre seien in den schlimmsten Fällen aber zweifellos völlig ohne Behandlung geblieben, sonst hätten nicht teilweise pizzatellergröße Zonen entstehen und Menschen quasi „bei lebendigem Leibe verfaulen“ können (KDA ebenda). Laut einer Studie aus München (Pelka 1998) wiesen 10%

⁴⁵ Die Wahrscheinlichkeit, mit Hilfe einer der Skalen, Risikopatienten als solchen zu erkennen (Sensitivität), wird je nach Quelle mit ca. 80-95 % angegeben, bei allerdings geringer Spezifität, d.h. mit einer eher geringen Präzision der Identifikation von Nicht-Gefährdeten, so dass Risiken eher überschätzt werden und hier weiterer Forschungsbedarf formuliert wird (Leffmann et al. 2002; Halek/Mayer 2002; Panfil 2004).

⁴⁶ Vorsichtige Schätzungen belaufen sich auf 400 Tsd. Personen jährlich, die ein behandlungswürdiges Druckgeschwür entwickeln (Leffmann et al. 2002).

⁴⁷ Laut einer Hamburger Untersuchung wurde eine niedrigere Dekubitusrate festgestellt, wenn die Pflege alleine in professioneller Hand ambulanter Pflegedienste lag (4,4%, 2001) als wenn eine Kombination mit familiärer Pflege vorlag (7,1%); Leffmann et al. 2002.

aller Krankenhauspatienten und bis zu 30% der Bewohner von Pflegeheimen einen Decubitus auf. Seit dem Jahr 2000 begann das Institut für Pflegewissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin jährlich eine Querschnittserhebung zu Dekubitusrisiko und –prävalenz durchzuführen, zunächst nur in Berliner Krankenhäusern, ab 2002 auch in zuerst nur 15, im Jahr 2003 in 45 Pflegeheimen in Deutschland mit 3500 Bewohnern aus Pflegeheimen (vgl. Dassen et al. 2001, 2002 u. 2003).⁴⁸ Ermittelt wurde eine Quote von 59 % Fälle mit Dekubitusrisiko, bei denen eine Prävalenz des Dekubitus in den teilnehmenden Pflegeheimen von 12,5% (17,3% im Jahr 2002) und in den Kliniken von 24,2% auftrat, darunter die geriatrischen Abteilungen mit 28% (Dassen et al. 2003; Mertens et al. 2004). Besonders häufig waren Patienten mit Krankheiten des Urogenitalsystems von Dekubitus betroffen (32,5%), ähnlich schwerwiegend war das Problem bei Erkrankungen des Atemwegsystems. Der größte Teil der Fälle mit Dekubitus war in den jeweiligen Einrichtungen entstanden und zwischen 2 Wochen und drei Monate alt, wobei die älteren Fälle in den Pflegeheimen relativ häufiger auftraten (Dassen et al. 2004; Mertens et al. 2004). Bezogen auf die gesamten Patienten, also nicht nur die der Risikogruppe, wurde im Jahr 2002 eine Prävalenz von Dekubitalulcera von 11,2 % ermittelt (Dassen et al. 2002; Mertens/Dassen 2003).

Auch aus *Nordrhein-Westfalen* liegen mittlerweile einige Studien der Universität Witten/Herdecke zu Druckgeschwüren und sonstigen chronischen Wunden vor. Boschek et al. (2003) fanden in einer Erhebung im Kreis Ennepe-Ruhr in 36 Pflegeheimen, 22 ambulanten Pflegediensten und 10 Krankenhäusern (zusätzlich wurden 39 niedergelassene Ärzte befragt) zwar insgesamt eher relativ geringe Prävalenzraten von 4% in den Pflegeheimen, 1,9% in der ambulanten Pflege und 2,54% in Krankenhäusern. Weiter bestätigt auch diese Erhebung einige Erkenntnisse zu dahingehenden Pflegemängeln. So waren die meisten Dekubitalulcera in den jeweiligen Einrichtungen entstanden und sie bestanden im arithmetischen Mittel in den Pflegeheimen 6 Monate, es bestand hier ein signifikanter Zusammenhang zwischen Mangelernährung (Kachexie) und Dekubitushäufigkeit sowie zwischen dem Einsatz von Blasenkathe-dern und Dekubitus (91 % der immobilen Bewohner waren harninkontinent und 83 % stuhlinkontinent).⁴⁹ Häufig waren die Dokumentationen in den Pflegeheimen entweder fehlerhaft oder lückenhaft, 98 Dekubitusfälle (72 %) waren gar nicht dokumentiert, Wundtherapeutika wurden falsch, d.h. nicht phasengerecht eingesetzt, Lagerungshilfsmittel wurden ebenso falsch eingesetzt. Hier sah ein Drittel der dazu qualitativ befragten Stationsleitungen

⁴⁸ Die Datenerhebung fand mittels patientenbezogenen Einschätzungen mit der Braden-Skala durch geschulte Pflegefachkräfte der sich beteiligenden Einrichtungen mit der Einwilligung der Patienten in anonymisierter Form statt, weshalb auch eine hohe Teilnehmerate von 76,6% der Patienten erzielt wurde (Mertens et al. 2004).

⁴⁹ Nach Dassen et al. (2003) waren 72% der 3500 Bewohner von 45 Pflegeheimen in ganz Deutschland inkontinent.

u.a. Probleme bei der Bewilligung von Hilfsmitteln durch die Kassen sowie der Verordnungspraxis von Ärzten. Außerdem wurden in den untersuchten Pflegeheimen Schmerzen der Bewohner selten erkannt und therapiert und fast die Hälfte der Heimbewohner erhielten sedierende Medikamente (Boschek et al. 2003). Aus der Sicht von 39 von 167 antwortenden niedergelassenen Ärzten (auch nach telefonischem Nachhaken konnten nicht mehr Ärzte zum Antworten bewegt werden) besteht ein Hauptproblem in Pflegeheimen bei der Dekubitusprophylaxe in der Personalknappheit und der ungenügenden Lagerung. In den befragten ambulanten Pflegediensten waren den Pflegenden die Ursachen der Entstehung des Dekubitus häufig nicht bekannt, wobei vermutlich wieder ein Koordinationsproblem mit den Ärzten besteht. Zudem wurde eine Vielzahl an Therapieformen eingesetzt, wovon ein großer Teil nicht mehr den aktuellen Empfehlungen entsprach (z.B. das zu häufige Wechseln von Verbänden, der Einsatz von Salben und Mercurochromen usw.) (Boschek et al. 2003: 102 ff.). Zuletzt wurden auch im ambulanten Bereich von den Pflegekräften in einigen Fällen Schmerzen nicht erkannt oder nicht behandelt (ebenda: 111).

Eine erste Erhebung bei 38 *ambulanten Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen* im Jahr 1999 lieferte eine Prävalenz chronischer Wunden von 9 % wovon 4% auf Dekubitus, 3 % auf *ulcus cruris* („offene Beine“) und 1% auf Diabetischen Fuß entfallen (Panfil et al. 2002). Die Wunden bestanden bei einer erheblichen Streuung im Median 3 Jahre, wobei v.a. die *ulcus cruris* für diese lange Zeit verantwortlich sind, jedoch dauerte auch bei 6 von 19 Dekubitusfälle die Erkrankung bereits über drei Jahre (Panfil et al. 2002: 172). Bei 25 von 42 Patienten bestand keine standardisierte Wunddokumentation, bei einem Drittel der Patienten mit *ulcus cruris* hatten die Pflegekräfte keine genaue Kenntnisse zur Rezidivzahl sowie zu Genese und Diagnose (Panfil et al. 2002: 174). Zudem erfolgte die Wundversorgung überwiegend polypragmatisch, wenig standardisiert und nicht immer den wissenschaftlichen Erkenntnissen genügend, was jedoch auch in der Praxis von Allgemeinärzten nicht so ganz wesensverschieden zu sein scheint (Panfil et al. 2002: 175). Ferner werden durch diese Studie neuerlich bekannte Kooperationsprobleme zwischen Hausärzten und Pflegekräften aufgezeigt, die z.T. auch budgetäre Hintergründe aufweisen (ebenda). Die in dieser Studie festgestellte Prävalenzrate für Dekubitus erscheint recht niedrig mit Blick auf die international zwischen 3 und 33% liegenden Raten, wobei bei den hohen Werten z.T. besondere Risikogruppen vorlagen (Lindenberg et al. 2003: 1 f.; Lindenberg 2000: 4).

Weitere im Bereich der ambulanten Pflege in Nordrhein-Westfalen angestellte Erhebungen der Universität Witten/Herdecke basieren auf eine schriftlichen Befragung mit einer Stichprobe von 162 Pflegediensten (bei einer Rücklaufquote von 31%) mit 12,3 Tsd. betreuten Pflegebedürftigen. Zwar liegt die Ausschöpfung im Rahmen üblicher niedriger Rücklaufquoten

bei postalischen Befragungen, jedoch kann damit grundsätzlich nicht mehr von einer für die Grundgesamtheit repräsentativen Zufallsauswahl ausgegangen werden,⁵⁰ vielmehr muss von einer systematischen Auswahl qualitativ besserer Dienste ausgegangen werden. Damit wäre u.U. ein Teil der recht niedrigen Prävalenzrate von knapp 4% Dekubitus-Fällen zu erklären, wobei jedoch die Werte zwischen den Einrichtungen von 0-30 % streuten (Lindenberg et al. 2003). Die Untersuchung zeigte etwas höhere Raten bei den im Sample vertretenen privat gewerblichen Pflegediensten (4,5%) im Vergleich zu denjenigen der gemeinnützigen Wohlfahrtsverbände (3,3%) (Lindenberg et al. 2003: 3). Die Dauer der Wunden bestand im Median 3 Monate, die Hälfte der Werte lag zwischen einem und sieben Monaten, 22% der Druckgeschwüre bestanden jedoch auch 7 Monate und länger (bis zu 10 Jahre) (Lindenberg et al. 2002: 5). In einer weiteren Abschlussarbeit an der Universität Witten/Herdecke wurde mit der gleichen Stichprobe die Problematik des *ulcus cruris* in der ambulanten Pflege untersucht (Laible 2000; Laible et al. 2002).⁵¹ Dabei wurde eine Gesamtprävalenz von 2,7% festgestellt, ein Viertel davon mit unbekannter Genese. Da jedoch die Anwendung von Kompressionsverbänden oder -strümpfen von entscheidender Bedeutung und von den Ursachen abhängig ist, ist damit ein entscheidendes Qualitätsproblem verbunden. Zudem bestätigt sich die ausgesprochene Chronizität der Erkrankungen auch in dieser Untersuchung mit einer durchschnittlichen Dauer aktueller *ulcus cruris* von 10 Monaten. Größere Einrichtungen hatten signifikant häufiger Patienten mit einem *ulcus cruris* als kleinere, wenngleich die Korrelation nicht sehr stark ausfällt (Laible 2000: 18).

Neben der hier in vielen Untersuchungen immer wieder bestätigten mangelhaften Prävention und Behandlung von Dekubitalulcera tritt auch die Vernachlässigung im Bereich von *Ernährung und Flüssigkeitsversorgung* in deutschen Pflegeheimen auf, wobei beides wiederum im Hinblick auf die Entstehung und den Verlauf von Dekubitus nachweislich eine zentrale Rolle spielt, so u.a. die Befunde des Deutschen Instituts für Ernährungsmedizin (m.w.N.: <http://www.diaet-aachen.de>, zuletzt: 12.08.04; Pirlich et al. 2003). Demnach wird die beste Wundversorgung keine Heilung von Dekubitalulcera bewirken, wenn nicht die für die Gewebeneubildung notwendigen Baustoffe durch die Ernährung zur Verfügung gestellt werden. Bei geriatrischen Patienten findet sich demnach häufig eine Kombination von Eiweiss- und

⁵⁰ So jedoch die Behauptung von Lindenberg (2000: 15) zur gleichen Stichprobe. Was mit der folgenden Bemerkung gemeint ist, bleibt ebenso fragwürdig: „Die annähernd gleiche Prävalenzrate mit der Erhebung von Panfil et al. (4,1%) validiert beide Erhebungen“ (Lindenberg et al. 2003: 4). Hinzu kommt als Unsicherheit, dass das Rating durch die Pflegekräfte der ambulanten Dienste unter Vorgabe von mitgesandten Fotos und Beschreibungen, jedoch ohne standardisierte Skalen vorgenommen und nicht kontrolliert wurde (vgl. Lindenberg et al. 2000: 17), wobei die Frage der Reliabilität der Ratings von der Autorin auch problematisiert wird (Lindenberg 2000: 38).

⁵¹ Deshalb gelten die o.g. methodischen Bemerkungen einer eingeschränkten Repräsentativität in bezug auf die Grundgesamtheit auch hier.

Energiemangel, die sogenannte Protein-Energie-Malnutrition (PEM), wobei in Dauerpflegeeinrichtungen bis zu 50 % der Patienten als mangelhaft ernährt diagnostiziert werden, bei schwerpflegebedürftigen, multimorbiden Senioren leiden sogar bis zu 70 % unter Malnutrition. Jedoch schwanken in internationalen Untersuchungen die Quoten von Malnutrition in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sehr stark zwischen 20 und 50 % (Pirlich et al. 2003). Die Autoren fanden in 2 Krankenhäusern in Berlin bei über 500 Patienten Mangelernährung bei 24% (ebenda).

Leider gehört auch die systematische Erfassung des Ernährungszustandes (z.B. mittels Body Mass Index oder Albuminspiegelmessung) in Altenheimen nicht zum Standarddiagnoseprogramm, so dass die bei Senioren regelmäßig auftretenden Ernährungsprobleme häufig unerkannt und unbehandelt blieben (Brüggemann 2003). So wurden auch bei den o.g. Analysen der Entstehungsbedingungen und Verläufe von Dekubitus in Pflegeheimen herausgefunden, dass in der Risikophase nur bei 16 % und selbst in der Behandlungsphase nur bei 37 % die Flüssigkeitsaufnahme durch die Pflege dokumentiert wurde, obwohl in der Risikophase (Behandlungsphase) bei 54% (79%) der Fälle Ernährungsprobleme und bei 60 % (82 %) solche der Flüssigkeitsaufnahme dokumentiert worden waren (Heinemann et al. 2001: 512). Dabei fanden Kuck und Garms-Homolová (2003) Mangelernährung (nach Body-Mass-Index) in erster Linie bei Personen, die nicht in der Lage waren, selbständig zu essen. Nach Prüfungen des MDK Hessen wurden bei ca. 230 per PEG-Sonden ernährten Pflegebedürftigen festgestellt, dass bei 40 % das Gewicht nicht festgestellt wurde, 70 % erhielten zu wenig Nährstoffe, 47 % sogar weniger als den Grundumsatz (Brüggemann 2003: 684). Das Problem stellte sich demnach in der häuslichen Pflege deutlich günstiger dar als in Pflegeheimen (Brüggemann ebenda). Insgesamt bilanziert Brüggemann (2003: 689), „dass im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung erheblicher Optimierungsbedarf besteht. Bestehende Qualitätsdefizite sind dabei nicht auf finanzielle oder personelle Engpässe zurückzuführen. Schwachstellen liegen vielfach in der Aufbau und Ablauforganisation sowie beim Fachwissen und Bewusstsein der Mitarbeiter für ihre Tätigkeit.“

Neben chronischen Wunden stellen *Infektionen*, z.B. mit Methillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) eine der häufigsten Ursachen für akute Hospitalisierungen und eine häufige Todesursache multimorbider älterer Menschen dar (Heudorf/Hentschel 2000). Wie dargestellt fand der MDK bei seinen Qualitätsprüfungen auch bei etwa einem Drittel der Pflegeeinrichtungen Verstöße gegen Hygienerichtlinien, wogegen 2 Berichte der Gesundheitsämter aus Duisburg und Frankfurt verstärkte positive Entwicklungen feststellten. In den letzten Jahren wurde v.a. zunehmend die Problematik von MRSA diskutiert, wobei unterschiedlich hohe Prävalenzen gefunden wurden. So wiesen in Alten- und Pflegeheimen in den USA mehr als 50 % (allerdings ohne epidemische Folgeerkrankungen), in Heimen in Japan mehr als 30 % der untersuchten Bewohner eine MRSA-Besiedlung nach; in Großbritannien waren etwa

17 % und in Holland 0 % MRSA-positiv, während eine überregionale Untersuchung des Robert Koch Instituts in Deutschland in 31 Heimen in Deutschland bei 1.342 Bewohnern und 327 Beschäftigten eine Prävalenz von 2,4 % MRSA-besiedelter Bewohner fand (Heuck/Witte 2003). Risikofaktoren waren u.a. invasive Maßnahmen (z.B. PEG-Sonden, Infusionen), Dialysepflicht, Dauerkatheter, Dekubitus, diabetischer Gangrän sowie Mobilitätseinschränkungen, Diabetes Mellitus und Multimorbidität (ebenda). Dabei wurde deutlich, dass bei Heimbewohnern bereits die Händehygiene ein wesentlicher infektiionsverhütender Faktor darstellt⁵² und dass grundsätzlich auch keine Kontraindikation zur Aufnahme von MRSA-besiedelten Personen in Alten- und Pflegeheimen aus Krankenhäusern ausgesprochen wurde, wenngleich Prüfungen im Einzelfall erfolgen müssen (Heuck/Witte 2003: 148; Heudorf et al. 2000: 512; Heudorf et al. 2001).

Ein wesentlicher Faktor der Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen bilden auch *Stürze* und deren Prävention. Ein wichtiges Problem stellen hier insbesondere in Pflegeheimen mobilitätseingeschränkte und u.U. demenzkranke Bewohner dar. So waren in einer neueren Untersuchung von Dassen et al. (2003) von 3206 Bewohnern in 45 Pflegeheimen 14 % der Bewohner in den letzten zwei Wochen mindestens einmal gestürzt, 23 % davon zogen sich schwere, 11 % mittlere und 37 % leichte Verletzungen zu, nur 29 % kamen ohne Blessuren davon (Dassen et al. 2003). Hinzu kommt, dass im Vergleich zur Prävalenzerhebung im Vorjahr (Dassen et al. 2002) die Sturzrate bei 70 % der im Sample vertretenen Einrichtungen *gestiegen* ist (Dassen et al. 2003). Der Vergleich zwischen den gestürzten und nicht gestürzten Bewohnern zeigt, dass die gestürzten im Mittel 11 Jahre älter waren, häufiger desorientiert oder verwirrt, inkontinent (insgesamt waren 72 % der Bewohner inkontinent), von Schwindel oder Schwächegefühlen geplagt, eingeschränkt sehfähig und mobilitätseingeschränkt waren (Dassen et al. 2003; Arbesman/Wright 1999). Eine entsprechende Risikoerfassung und ein Einsatz von Skalen wurde nur in 11 von 45 Pflegeheimen angewandt, Sturzprotokolle führten 31 Einrichtungen (Dassen et al. 2004). Ähnlich sieht es mit der Prophylaxe aus: Hier gaben nur 17 Pflegeheime an, eine solche durchzuführen. Welche Potentiale gleichwohl in der Prophylaxe im Hinblick auf die Vermeidung von Sturzgefahren stecken, zeigen Meyer et. al. (2003) in einer Zufallstichprobe mit Kontrollgruppenvergleich und einer Längsschnittbetrachtung (follow-up) in Hamburger Pflegeheimen, wo nach Lernprogrammen eine signifikante Verminderung von Sturzrisiken (um 40 %) gegenüber der Kontrollgruppe zu verzeichnen war. Demgegenüber *erhöhen* Fixierungen – die häufig mit Problemen wie Schwindel und Sturzgefahren begründet werden (s.o.) – gerade die von Sturzgefahr von Bewohnern die, v.a. nach erfolgter

⁵² So wird der Wert von 0%-Prävalenz in Holland durch das dortige restriktiv Hygieneregime erklärt (Heudorf et al. 2000: 511).

Fixierung besonders hoch ist, wie Arbesman/Wright (1999) in einem Kontrollgruppenvergleich bei 252 Patienten mit ähnlichen Risiken in den USA zeigen konnten.

An dieser Stelle sei nochmals der einschlägige und auf Deutschland grundsätzlich übertragbare bedenkliche Befund aus den USA hervorgehoben, wo bei einer für die Gesamtbevölkerung repräsentativen Population von 7.527 Personen statistisch nachgewiesen werden konnte, dass die Sterbehäufigkeit in der Beobachtungszeit von 1984 bis 1991 in Pflegeheimen um 96 % höher war als bei Betagten, welche grundsätzlich die gleichen statistisch erfassten Merkmale aufwiesen, aber nicht in ein Pflegeheim überwiesen worden. Wohlgermerkt hatte keine einzige mit dem *gesundheitlichen* Status verbundene Variable eine statistische Beziehung zum vorzeitigen Ableben und bis heute liegt keine Kritik vor, welche an diesem Resultat zweifeln ließe (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 93 f.). Insofern ist also die Gewährleistung der Privatsphäre, der Würde, der Unabhängigkeit, der möglichst großen Selbstbestimmung (vorausgesetzt die Selbstbestimmung kann überhaupt noch wahrgenommen werden) von allergrößter Bedeutung für die Pflegequalität. So sind nur etwa 20 % der Pflegeheimbewohner ohne kognitive oder gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen; etwa die Hälfte der Bewohner weist hier erhebliche Störungen auf (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 134 f.; Wingenfeld/Schnabel 2002: 56 f.). Gerade mit dem steigenden Grad demenzieller Erkrankungen, so einige Untersuchungen, *sinkt* aber nach der Mehrheit der vorliegenden Untersuchungen in der Regel die Fähigkeit von Pflegeeinrichtungen eine hochwertige Ergebnisqualität zu realisieren (vgl. m.w.N. Roth 2002).

Die Bedeutung der *Rehabilitation* und Mobilisation älterer pflegebedürftiger Menschen unterstreicht u.a. eine umfängliche Literatursauswertung, wengleich auch hier noch erheblicher Forschungsbedarf besteht und der Erfolg rehabilitativer Maßnahmen nicht immer nachweisbar war (vgl. Meier-Baumgartner et al. 2002). Die Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation wurde in der Regel anhand einer Verbesserung des funktionellen Status und der Fähigkeiten im Bereich der Activities of Daily Living (ADL) nach der Behandlung nachgewiesen (Plute 2002: 336; Meier-Baumgartner et al. 2002; Ostermann et al. 2000). Jedoch, so Plute (2002: 355) auf der Basis einer weiteren umfangreichen Literatursauswertung, müssen die Erwartungen diesbezüglich realistisch bleiben, da häufig lediglich eine geringfügige Verzögerung einer Verschlechterung von Patientenverläufen als Erfolg gewertet werden muss. Zudem sind Wirkungen in kontrollierten Studien auch deshalb schwer nachweisbar, weil Kontrollgruppenvergleiche mit Gruppen völlig ohne rehabilitative Maßnahmen auch aus ethischen Gründen schwer zu vertreten und durchzuführen sind. An dieser Stelle muss ungeachtet dessen auf ungünstige *Rahmenbedingungen* der Prävention und Rehabilitation in der Pflege hingewiesen werden (vgl. Plute 2002).

Die Zielsetzungen der Pflegeversicherung in bezug auf Prävention und Rehabilitation werden bisher im Zusammenspiel von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung nur unzu-

reichend realisiert, was neben Qualifikations- und Informationsdefiziten in erster Linie *negativen* oder *fehlenden Anreizen* in den Sozialleistungssystemen (v.a. GKV und SPV) und einer ungenügenden Abstimmung dieser Systeme geschuldet ist.⁵³ Auch dominiert bei der professionellen Pflege die *Übernahme* verrichtungsorientierter Leistungen anstelle einer anleitenden, aktivierenden, an der Selbsterhaltung und Wiedergewinnung von Selbsthilfe orientierten Pflege.⁵⁴ Die Prävention und Reaktivierung, aber auch die Interaktion mit und die Förderung der Selbsthilfe wird entweder gar nicht oder gering *belohnt* als die (möglichst schnell erledigte) professionelle Leistung in traditionellen hoch spezialisierten und separierten Versorgungsstrukturen.⁵⁵ Denn der Erfolg der Rehabilitation führt zumindest kurzfristig zur Verminderung von Einnahmen bei den Pflegeeinrichtungen. Ergänzend sei auf Anreiz- und Informationsprobleme hingewiesen, die auch bei niedergelassenen Ärzten als wichtige Schaltstellen in der geriatrischen Rehabilitation bestehen können, z.B. wenn eine Verordnung zur Rehabilitation zur Überschreitung von Budgetgrenzen führt (vgl. Rothgang 2001: 137).

Darüber hinaus wird das Ziel der Prävention und Rehabilitation in der Pflege aufgrund einer dahingehenden mangelnden Abstimmung der dafür relevanten Kosten- und Nutzenverteilung in der Kranken- und Pflegeversicherung verfehlt. Das Nebeneinander von Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung und Ausgabenausgleich ohne Wettbewerb in der Pflegeversicherung führt dazu, dass Krankenkassen, die sich im Wettbewerb Vorteile verschaffen müssen, versuchen müssen, die Bewilligung von Maßnahmen der Rehabilitation auch dann einzuschränken, wenn dadurch Pflegeausgaben gespart werden können. Denn diese Kosten sind im Risikostrukturausgleich nicht ausgleichsfähig und belasten damit die Krankenkasse, während die (potentiell durch Rehabilitation einzusparenden) Pflegekosten durch den Ausgabenausgleich auf alle Pflegekassen verteilt werden (vgl. Rothgang 1997: 157-162; ders. 2001: 136 f.).

Schließlich werden wie bereits erwähnt sehr häufig methodisch und in ihrer Aussagekraft beschränkte Befragungen der ‚Betroffenen‘, der Patienten oder der ‚Kunden‘ und ihren Familienangehörigen mit i.d.R. sehr hohen, d.h. *positiv verzerrten*, und wenig aussagekräftigen Befunden zur Pflegequalität im Sinne von Ergebnisqualität durchgeführt (vgl. z.B.: Klie 1999;

⁵³ Vgl. bereits Rothgang 1997, ders. 2001: 136-138; Deutscher Bundestag 2002: 570.

⁵⁴ Vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002 für die stationäre Pflege, was aber für die ambulante Pflege in ähnlichem Maße gilt (vgl. Schaeffer 1999; Ewers/Schaeffer 2000). So weist z.B. Schmidt (2002: 324) in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Familienangehörige in Pflegeheimen immer noch als Besucher und nicht als ‚Ko-Produzenten‘ gelten.

⁵⁵ Hinzu kommen Koordinationsprobleme aufgrund strikter Trennungen zwischen ‚Gesundheitssystem‘, ‚Altenpflege‘ und Behinderung, sowie der Trennung von ambulant und stationär sowie professioneller und Laienpflege; vgl. zur Problematik der Fragmentierung und mangelnden Integration der bundesdeutschen Versorgungslandschaft im Bereich gesundheitlicher und sozialer Dienste für ältere Menschen in Deutschland: Roth/Reichert 2004.

Schneekloth/Müller 2000), auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Denn eine alleine darauf aufbauende, differenzierte und objektive Einschätzung der Pflegequalität ist dadurch kaum möglich, wengleich zweifellos die Sichtweisen von Pflegebedürftigen (Gewährleistung der Privatsphäre, Würde, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung, Autonomie, Freiheit und Sicherheit; m.w.N.: Häussler/Szegan 1998: 25; vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 261; vgl. Besselmann et al. 1998) bei der Qualitätsbeurteilung von Pflegeeinrichtungen *insgesamt* einbezogen werden müssen (s. ausführlich dazu: Roth 2003a: 23 ff. 62 ff.).

Bei den Erwartungen der Klienten gilt aber zu berücksichtigen, dass diese selbst ebenso wie die Äußerungen von Zufriedenheit und Unzufriedenheit unübersichtlich, schwer vom aktuellen subjektiven Befinden zu trennen und widersprüchlich sein können (vgl. Wingenfeld/Schäffer 2001). Zudem kann die Einsicht der Patienten in medizinisch oder pflegerisch notwendige Maßnahmen fehlen und deren kognitiven Fähigkeiten können häufig stark eingeschränkt sein. Ein Kurzschluss von Äußerungen der Zufriedenheit von Klienten auf die Qualität von Pflegeeinrichtungen sollte also vermieden werden (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 263).

Die Bewertung der Qualität der Pflege aus der Sicht von Pflegebedürftigen und Angehörigen bezieht sich vorliegenden *empirischen* Erhebungen zufolge meist auf einen breiteren Rahmen als nur auf die unmittelbare Pflege, d.h. vor allem auf die *persönliche* Einschätzung der Pflegepersonen und der *Beziehung* zu diesen (vgl. Kruzich 2000: 79). Eine überragende Bedeutung haben Kriterien, die einen direkt erkennbaren Einfluss auf die subjektive Lebensqualität der Bewohner haben, wobei die Möglichkeit der *Selbstbestimmung* (z.B. über Zeiten) und persönliche Beziehungen zum Personal besonders wichtig sind, darunter: Freundlichkeit, Höflichkeit, Respekt, Nettigkeit, Sauberkeit, Vertrauenswürdigkeit, Sicherheit (vgl. Kruzich 2000; Soberman et al. 2000; Heinemann-Knoch et al. 1998; Friesel 2002).⁵⁶ Ähnlich führen Gebert/Kneubühler (2001: 272) basierend auf Literaturlauswertungen die folgenden allgemeinen Qualitätsmerkmale aus der Sicht der Bewohner an: Wahrung der *Autonomie* (verstanden als Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über diese Entscheidungen und deren Resultate), *Empathie* (verstanden als Fähigkeit zur gedanklichen Einnahme der Perspektive des andern in der Kommunikation), *Privatsphäre* (verstanden als Respekt vor räumlichen, sozialen und personalen Grenzen), *Sicherheit* (verstanden als Absehbarkeit von Strukturen und Prozessen sowie

⁵⁶ Aus der Sicht der Patienten stehen laut internationalen Forschungen auf der Liste der Qualitätskriterien für die ambulante Pflege an erster Stelle die Einhaltung von Zeiten, 2) die Fertigstellung der Arbeit, 3) die Zuverlässigkeit, 4) die Nettigkeit und Sauberkeit im Auftreten, 5) die Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit und 6) die Höflichkeit und der Respekt, so eine Untersuchung in den USA (Coleman 2000: 11). Überraschend fanden aber Geron et al. (2000: 263) den Faktor „continuity of care“ ohne wesentliche Faktorladung innerhalb der übrigen Dimensionen von 60 Items des Instrumentes House Care Satisfaction Measure (HCSM).

der Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten) und *Akzeptanz* im Heim. Uman et al. (1992; zit. nach Gebert/ Kneubühler 2001: 272) nennen weitere Kriterien der Kommunikation, Gesellschaft, Essen und Umgebung sowie Hilfe und Betreuung, wobei auch hier der Aspekt der Autonomie an erster Stelle steht.⁵⁷ Ungeachtet der nach wie vor nicht abschließend gelösten Problematik, die relevanten Qualitätskriterien aus der Sicht von Bewohnern von Pflegeheimen herauszufinden (vgl. Soberman et al. 2000: 45), gibt es eine Reihe weiterer methodischer Schwierigkeiten bei der Befragung von Klienten zur Qualität der Pflege, wobei vor allem die Verzerrungen infolge sozialer Erwartungen ein großes Problem darstellen (vgl. Geron et al. 2000; Göpfert-Divivier/Lauer 2001; Kruzich 2000; Wingensfeld/Schaeffer 2001, m.w.N. ausführlich: Roth 2002).

3 Methodisches Vorgehen bei der empirischen Untersuchung

3.1 Design

Kern der Untersuchung bildete ein umfassendes, voll strukturiertes und standardisiertes Assessment mit Hilfe des in den USA gesetzlich vorgeschriebenen und international weithin bewährten Resident Assessment Instruments (RAI) (vgl. zur deutschen Fassung ausführlich: Garms-Homolová/Gilgen 2000). Kern des im folgenden näher beschriebenen Instruments RAI bildet ein Assessment mit der Generierung grundlegender Daten und Informationen zum Zustand und Befinden der Pflegebedürftigen, das „Minimal Data Set“ (MDS) mit ca. 500 Items (vgl. Garms-Homolová/Gilgen 2000). Damit wird die methodisch kontrollierte valide und reliable Erfassung und Beobachtung der Zustände der Pflegebedürftigen, u.a. mit Hilfe von Skalen der Activities of Daily Living (ADL) und anderer Items zum Gesundheitszustand (auch: Dekubitus, psych. Verfassung, Inkontinenz, Gewicht, Blutdruck etc.), aber auch zu ‚psycho-sozialen‘ Belangen ermöglicht.

⁵⁷ Die überragende Bedeutung ‚weicher‘ persönlicher Merkmale bestätigt eine groß angelegte Befragung (n=9.053) von Bewohnern und Angehörigen von Pflegeheimen in den USA, die eine hohe Reliabilität und Validität der folgenden Items u. Dimensionen (ges. 28 Items, von ursprünglich 49 Items auf der Basis von Interviews und schriftlichen Befragungen) mit folgender Rangliste erbrachte (vgl. Mostyn et al. 2000): comfort/cleanliness, nursing care (u.a.: respect, satisfactory answers, courtesy, aber auch: „nursing staff seems to know what they are doing), facility care and services (u.a.: resident given all care and services needed, if physician is needed, can one seen promptly, preferences respected by staff) und food services. Damit konnten immerhin 63 % der Varianz der Gesamtbewertung ‚erklärt‘ werden. Das Kriterium, welches über alle Items die meiste Ladung hatte, war Freundlichkeit und persönliche Behandlung. Im übrigen waren alle Dimensionen in hohem Maße interkorreliert. Ähnliche Ergebnisse für nicht in Institutionen lebenden Älteren in den Niederlanden mit dem QUOTE-Elderly-Instrument siehe: Sixma et al. 2000.

Zunächst wurde also der Zustand der versorgten Klientinnen beurteilt und das Ergebnis mit der in den Einrichtungen normalerweise verwendeten Dokumentation verglichen. Auf diese Weise war es möglich festzustellen, wie weit die Mitarbeiterinnen in der Lage sind, Probleme und Ressourcen (entsprechend den Standards des Pflegeprozesses) zu identifizieren und eine Basis für die Pflegeplanung zu schaffen. Hierbei gilt das Assessment als „golden standard“ der Problem- und Ressourcenmessung.

Im zweiten Schritt wurde untersucht, ob und wie die Mitarbeiterinnen mit den dokumentierten Zustandsangaben arbeiten und wie sie diese bei der Pflegeplanung berücksichtigen. Es wurde analysiert, welche Bereiche systematisch vernachlässigt werden. Die Aufmerksamkeit wurde auf Veränderungen der Pflegeplanung gerichtet: Wie stellen die Pflegekräfte fest, ob sie die formulierten Pflegeziele erreichen? Wie wird die Pflegeplanung auf den neuen Zustand angepasst?

Die mit den MDS 2.0 des RAI 2.0 und dem MDS HC des RAI HC geschaffene und dokumentierte Datenbasis wurde ausgewertet, um a) bei den Klientinnen ambulanter Pflegedienste ($N_{hc} = 122$) und b) den Bewohnern ausgewählter Pflegeheime ($N_p = 141$) Prävalenzen schwerwiegender Qualitätsprobleme (z.B. Stürze, Flüssigkeitsversorgung und Dekubiti, Vernachlässigen der Potentiale und Selbstversorgungsfähigkeit, Verstärkung funktioneller Abhängigkeit, Vernachlässigung des Schmerzmanagements, Anwendung von Freiheitsbeschränkungen, ungeplante Hospitalisierung oder Heimeinweisung, etc.) zu erfassen.

Im stationären Bereich wurde durch die Wiederholung des Assessments (follow-up) die *Inzidenz* von Pflegemängeln oder Zustandsverbesserungen und insgesamt Effekte von Pflege im Verlauf von zwei Monaten ermittelt.

3.1.1 Instrumente

Für die gesamte Untersuchung wurden drei Arten von Instrumenten verwendet, die im nachfolgenden genauer beschrieben werden. Jedoch unterscheiden sich die Tools zusätzlich nach dem Setting, so dass eigentlich sechs Instrumente zum Einsatz kamen.

3.1.1.1 Minimum Data Set – MDS des Resident Assessment Instrument

a) MDS für stationäre Einrichtungen

Die Anwendung dieses vollstandardisierten und vollstrukturierten Instruments zur Beurteilung der Bewohnerinnen und Dokumentation ihrer Daten diente gleich mehreren Zielsetzungen:

- Sie stellte die Datenbasis für die Beurteilung des Klientinnenzustandes und für die Ermittlung von Prävalenzen jener Probleme, die gemeinhin als Folgen von unangemessener Pflege gelten.
- Sie diene zur Überprüfung von Inzidenzraten neuer, zusätzlicher Pflegeprobleme, aber auch der Verbesserungen, die im Verlauf von zwei Monaten zwischen dem Initialassessment- und Re-Assessment aufgetreten sind.
- Sie stellte die Basis für die Outcome Beurteilung.

Das MDS des RAI 2.0 für stationäre Einrichtungen (vgl. Garms-Homolová & Gilgen 2000) enthält 23 Bereiche und insgesamt rund 120 Items. Mit diesem Instrument werden sowohl demographische Grunddaten, als auch Informationen über die Lebenssituation, Kontakte und Kommunikation erhoben. Im Zentrum steht jedoch die Funktionsfähigkeit (körperliche, kognitive, psycho-soziale) beim alltäglichen Lebensvollzug und ebenso die Gesundheit des Bewohners oder der Bewohnerin im Heim.

In der Studie wurde das MDS 2.0 wie folgt durchgeführt: eine Mitarbeiterin des Forschungsinstitutes („Research Nurse“) bot den Mitarbeiterinnen des ausgewählten Heims ein Kurztraining an. Dabei lernten sie in einer 2 bis 3-stündigen Session die Beurteilung durchzuführen und die Daten zu dokumentieren. Dieses geschah dann unter Anleitung und Supervision durch die „Research Nurse“.

Beim Re-Assessment wurden die Beurteilung und Dokumentation ebenfalls vom Pflegepersonal durchgeführt, dieses ebenfalls unter Supervision. Die „Research Nurse“ kontrollierte die MDS-Bögen auf Vollständigkeit und erfragte die noch fehlenden Angaben.

b) MDS für ambulante Einrichtungen

Das MDS-HC ist ein Bestandteil des Resident Assessment Instruments für die häusliche Pflege – RAI-HC 2.0. Es dient zur Durchführung einer umfassenden und standardisierten Evaluation der Bedürfnisse, Stärken, Probleme und Vorlieben von älteren und alten Klienten häuslicher Dienste (vgl. Garms-Homolová 2002). Das MDS-HC korrespondiert in vielen Teilen mit dem MDS für stationäre Einrichtungen. Die Verbindung zwischen dem Basis-MDS und dem MDS-HC soll zur Kontinuität der Versorgung beitragen, wobei das MDS-HC die Funktion eines personenzentrierten geriatrischen Assessment erhält. Das RAI-HC und auch sein zentraler Teil - das MDS-HC - sind als individuumszentrierte Assessments zu sehen: Im Unterschied zu den Assessments, die als „einrichtungsspezifische“ Instrumente konzipiert wurden.

Im Mittelpunkt des MDS-HC stehen die Funktionsfähigkeit, Gesundheit, soziale Unterstützung und Inanspruchnahme von Diensten. Bestimmte Punkte oder Bereiche der Beurteilung weisen auf die Klienten hin, die von einer zusätzlichen Evaluation und Risikobeurteilung profitieren könnten. Diese Punkte sind die Alarmzeichen, die das MDS-HC mit den problemori-

entierten Abklärungshilfen verbinden. Darüber hinaus sind die validen und reliablen MDS-Angaben Grundlage von Qualitätsindikatoren (QI vgl. unter 5) und von einer Reihe anderer Indizes und Scores zur Einschätzung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Angewendet wurde das MDS-HC in den ambulanten Diensten in einer ähnlichen Weise, wie in den Heimen, nämlich durch die Pflegekräfte nach Kurztrainings und nach einer Anlernphase. In den ambulanten Diensten wurde aber kein Re-Assessment durchgeführt.

3.1.1.2 Pflegeplanungscheck

Die Beurteilung erfolgte mit einer Checkliste (siehe Anlage). Sie enthält 24 Merkmale, die sämtlich für die Prozess- und Ergebnisqualität von großer Bedeutung sind:

- Hinweise auf ein Delir (weil diese Hinweise von den Professionellen häufig übersehen oder falsch gedeutet wurden)
- Umherirren oder Wandern (aus dem Bereich der Verhaltensauffälligkeiten)
- Gleichgewicht (das oft mittelbar oder unmittelbar mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden ist)
- Harnwegsinfekt
- Dehydratation und Trinkverhalten (Trinkt zu wenig, Klientin nimmt zu wenig Flüssigkeit zu sich)
- Schwindel / Benommenheit
- Schmerzen
- Stürze (die in einer definierten Zeit von 30 beziehungsweise 90 Tagen erfolgt sind)
- Schmerzen im Mundbereich sowie Mund- und Zahnstatus
- Zu geringe Nahrungsaufnahme und Geschmacksveränderung (bei allen Speisen)
- Genaue Gewichtsangabe sowie Gewichtsverluste, definiert als unbeabsichtigte Gewichtsreduktion (5 % innerhalb der letzten drei Monate; 10 % innerhalb der letzten sechs Monate)
- Fußprobleme
- Angaben dazu, wann der Klient oder die Klientin wach ist und deshalb einer Aktivierung zugänglich (nur Heimbereich)
- Einnahme von Psychopharmaka (Anxiolytika, Antidepressiva)
- Einnahme von Diuretika
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Fixierung verschiedener Art)

Nachdem festgestellt wurde, dass bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner das spezifische Problem vorhanden war, wurde die Dokumentation und Pflegeplanung ebenfalls auf dieses Merkmal überprüft. Folgende Kriterien standen im Mittelpunkt:

1. Ist das Merkmal / Problem den Pflegekräften bekannt?
2. Wurde das Merkmal / Problem in der herkömmlichen Dokumentation verzeichnet?
3. Wurde das Merkmal / Problem im Pflegeplan berücksichtigt?
4. Schlägt sich das Vorhandensein des Merkmals / Problems in den Pflegezielen nieder?
5. Schlägt sich das Vorhandensein des Merkmals / Problems in der Wahl der Maßnahmen nieder?
6. Ist eine Evaluation dieser spezifischen Pflegeplanung vorgesehen?
7. Hat eine Evaluation bereits statt gefunden?

3.1.1.3 Strukturbogen

a) Erfassung der Strukturdaten in den stationären Einrichtungen

Mit dem Strukturbogen für die stationären Einrichtungen wurden die folgenden Angaben erfasst:

- Trägerschaft
- Anzahl der Plätze (Gesamtzahl, Plätze im Pflegebereich, im Bereich des betreuten Wohnens, in der Tagespflege und Kurzzeitpflege sowie in anderen Formen)
- Schätzung der Anteile von Bewohnerinnen mit unterschiedlichen Kostendeckungsarten
- Anzahl der Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Qualifikationen und Arbeitszeitmanagements.

Die letzte Kategorie wurde für das Re-Assessment verändert, damit die Angaben über die tatsächlich vorhandenen Personalkapazitäten genauer als bei der ersten Erhebung erfasst werden konnten. Nicht nur wurde die Frage nach der Anzahl der Teilzeitarbeitenden gestellt, sondern präzise auch nach dem Anteil der Vollzeitstellen.

b) Erfassung der Strukturdaten in den ambulanten Diensten

Der Strukturbogen für die beteiligten ambulanten Einrichtungen enthält ebenfalls die Kategorien „Trägerschaft“ und „Personalbestand“, jedoch auch weitere Informationen zum Einzugsgebiet, den Klientinnen (Alter, Anzahl, Verweildauer, Neuaufnahmen). Auch eine Reihe von Informationen zur Organisation und Arbeitsweise wurde erhoben: Verwendung von Richtlinien, Angebote in der Nacht und am Wochenende, Überleitung und Versorgung spezieller Gruppen sowie Probleme.

3.2 Vorgehen in den stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung

Der Zugang zu der Stichprobe und den individuellen Zielpersonen erfolgte über die Heim- und Pflegedienstleitungen der Heime, die sich zur Teilnahme bereit erklärten. Im Vorfeld der Erhebung wurde gefragt, ob sich die Einrichtung als „typisch“ für ihre Versorgungssparte einschätzt, oder in einer besonderen Weise spezialisiert ist. Neun von zehn Heimen bezeichneten sich als „durchschnittlich“ in Bezug auf die Zusammensetzung der Bewohnerinnen. Eine Einrichtung wich jedoch ab – sie hatte überdurchschnittlich viele junge Klientinnen zu versorgen. Die Heim- oder Pflegedienstleitungen erhielten Quotenvorgaben, anhand derer sie die Zielpersonen der Untersuchung ausgesucht haben.

Im Rahmen des vorgegebenen Budgets war die Untersuchung einer für die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen *repräsentativen* Zufallsstichprobe *nicht* möglich. Um mögliche Verzerrungen der Auswahl weitestgehend zu vermeiden und dennoch eine möglichst der Grundgesamtheit entsprechende Stichprobe zu generieren, richtete sich die Auswahl der Probanden nach statistischen Informationen über die Zusammensetzung der Pflegeempfänger in NRW oder Deutschland. Folgende Merkmale dienten als Kriterien für die Stratifizierung der Stichprobe:

- Alter
- Geschlecht
- Kostendeckung der Pflege im individuellen Fall (SGB V und SGB XI, BSHG; Pflegestufen)
- Familienstand
- Hinweise auf den kognitiven Zustand
- Hinweise auf Depressivität
- Häufigkeit von Kontakten zu Angehörigen oder Freunden

Während sich die demographischen Kriterien nach den veröffentlichten Statistiken der Pflegeversicherung richteten, orientierten wir uns bei der Festlegung der Proportion anderer Merkmale an verschiedenen Untersuchungen (z.B. Schneekloth & Müller 1997).

Nach Angaben der Heime konnten nur eine Vorgabe hinsichtlich der Pflegestufen nicht eingehalten werden, da in keiner Einrichtung Bewohnerinnen mit „Härtefall“ lebten.

3.3 Vorgehen in den ambulanten Pflegediensten

Ähnlich wie im stationären Bereich basiert auch die Analyse der Qualität in ambulanten Einrichtungen auf freiwilligen Meldungen der teilnehmenden Einrichtungen. Daneben spielten regionale Faktoren eine Rolle: Um den Aufwand angesichts des kleinen Projektbudgets in

Grenzen zu halten, war es erforderlich, die Dienste regional zu „clustern“, um Zeit und Fahrtkosten zu sparen. Zudem zeigte sich die Unterstützungsbereitschaft weit weniger ausgeprägt als bei den stationären Einrichtungen. Die Untersuchung erschien zuvor den Trägern als wünschenswert, den einzelnen Pflegediensten und deren Leitungen aber als nicht durchführbar. So bedurfte es einer langen Anlaufzeit, bis endlich ein Sample von 17 Pflegeeinrichtungen gebildet werden konnte (Beschreibung vgl. Abschnitt 4.2)

Im Unterschied zu den Untersuchungen in den Heimen sah der ambulante Studienanteil keine follow-up Untersuchung vor. Für die Beurteilung der Qualität war jedoch ein Vergleich zu einer im Rahmen der sogenannten AD HOC Studie⁵⁸ durchgeführten Analyse repräsentativer Stichprobe von Klientinnen ambulanter Pflegedienste in Bayern vorgesehen.

Wie im stationären Bereich orientierte sich die Auswahl der Probanden auch bei den häuslich versorgten Pflegebedürftigen an Quotenvorgaben, um trotz der geringen Größe der Stichprobe innerhalb der Beschränkungen eine möglichst gute Abbildung der Grundgesamtheit, d.h. eine möglichst gute Repräsentativität zu erreichen. Der Quotenauswahl lagen statistische Angaben zur Zusammensetzung von Empfängerinnen ambulanter Pflege im Lande Nordrhein-Westfalen zu Grunde, darüber hinaus jedoch auch weitere Faktoren:

- Familienstand
- alleine oder mit anderen Personen wohnend
- An- und Abwesenheit kognitiver Beeinträchtigung
- An- und Abwesenheit von Depressivitätssymptomen.

Bei der Bestimmung der letztgenannten Kriterien dienten vorhandene Erhebungen und Prävalenzen als Orientierung (vgl. Borchelt et al 1999; Wagner et al. 1999).

Rückmeldungen der ambulanten Dienste vor und während der Feldarbeit ergaben, dass die Quotenvorgaben in wenigen Punkten nicht eingehalten werden konnten. Insbesondere gelang es auch im ambulanten Bereich nur schwer, Klientinnen als „Härtefall“ zur Pflegestufe III zu finden. Ebenso gab es Probleme bei der Rekrutierung hochaltriger Klientinnen (Alter von 90+ Jahren). Über die Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe berichten wir in Abschnitt 6-

⁵⁸ Die sogenannte AD HOC Studie, die unter dem Kennzeichen QLRT-2000-00002 im Rahmen der Key Action 6 Ageing Population and Disabilities von der Europäischen Kommission gefördert wurde. Dabei unterzogen sich fast 4000 ältere und alte Klientinnen der ambulanten Pflege drei umfassenden Assessments. In Deutschland wurden 608 Klientinnen in 23 Pflegediensten in Bayern in diese Studie einbezogen.

Im Vorfeld der Erhebung wurde von sämtlichen Klientinnen eine schriftliche Einverständniserklärung zur Untersuchung sowie zur Einsichtnahme in die Patientenakte und zur entsprechenden Datenverwendung eingeholt. Falls eine Betreuerin oder ein Betreuer als rechtliche Vertreterin oder Vertreter vorhanden war, musste deren Einverständnis eingeholt werden.

4 Beschreibung der untersuchten Einrichtungen

4.1 Beschreibung der Heime

An der Untersuchung beteiligten sich 10 Heime, wovon zwei einen privaten und drei einen freigemeinnützigen Träger hatten. Die restlichen fünf Heime befanden sich in einer kommunalen Trägerschaft. Lokalisiert waren die Einrichtungen in Landkreisen und kreisfreien Städten, einerseits des zentralen Rhein-Ruhrgebiets, andererseits des Münsterlandes. Die Umgebung der meisten Heime war städtisch, zwei Heime befanden sich in einer vorwiegend ländlich geprägten Umwelt.

Aus der Tabelle 7 können Informationen über die Anzahl der Plätze und deren Zuordnung zur Trägerschaft entnommen werden. Die Einrichtungen des Sample hatten insgesamt 1047 Plätze, davon 811 Plätze, also gut 77% der Plätze, waren im Pflegebereich, die restlichen Plätze verteilten sich auf das betreute Wohnen (172 Plätze) und die Tages- sowie Kurzzeitpflege (64 Plätze). Die größte Einrichtung war ein kommunales Heim mit 150 Plätzen, die kleinste eine Wohlfahrtseinrichtung mit insgesamt 41 Plätzen.

**Tabelle 7: Größe der Pflegeheime
der NRW-Stichprobe nach Trägerschaft und Platzzahl (n=10)**

Träger	Gesamtplatzzahl		Plätze im Pflegebereich		Betreutes Wohnen		Tages-/ Kurzzeitpflege	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Kommunal	653	62,4	589	72,6	-	-	64	100
Frei-gemeinnützig	242	23,1	162	19,9	80	46,5	-	-
Privat gewerblich	152	14,5	60	7,4	92	53,5	-	-
Gesamt	1047	100	811	100	172	100	64	100

Tabelle 8: Größe und Platzzahl der NRW-Stichprobe – Übersicht (n=10)

Träger	Gesamtplätze			Pflegebereich		
	Größte Anzahl	Kleinste Anzahl	Durchschnitt	Größte Anzahl	Kleinste Anzahl	Durchschnitt
Kommunal	150	105	130,6	150	67	118
Frei-gemeinnützig	121	41	80,7	80	29	54
Privat	78	74	76	32	28	30
Min./Max.	150	41	-	150	28	105

Generell sind die kommunalen Einrichtungen in dieser Stichprobe größer als die Heime der Wohlfahrtsverbände oder die privaten Heime. Auch dann, wenn nur der Pflegebereich in Betracht gezogen wird, unterscheiden sich in unserer Auswahl die Einrichtungen der Wohlfahrt von den größeren kommunalen und den kleineren privaten Heimen. Neben den Pflegeheimplätzen boten die untersuchten Heime von Wohlfahrtsverbänden und der kommerziellen Anbieter das betreute Wohnen an. Tages- und Kurzzeitpflege gehörte nur zu den Heimen der Kommunen.

4.1.1 Relation der Stichprobe zur Verteilung der Pflegeheimbewohner in Nordrhein-Westfalen

Wie schon dargelegt wurde, beruhte die Beteiligung der Heime auf einer freiwilligen Meldung für die Studie und eine repräsentative Zusammensetzung des Einrichtungssamples war im engen finanziellen Rahmen der Untersuchung nicht möglich. Verzerrungen der Stichprobe der Heime sind insofern nicht auszuschließen, wobei grundsätzlich von einer eher positiven Selektion auszugehen ist, d.h., dass sich vermutlich eher qualitativ engagiertere Einrichtungen für die Teilnahme an der Untersuchung meldeten. Nichtsdestotrotz sollen im folgenden die Unterschiede zwischen Merkmalen der Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen in der Grundgesamtheit in NRW und in der Stichprobe erörtert werden.

Zum Stichtag 15.12.2001 wurden in den Pflegeheimen des Landes Nordrhein-Westfalen 135.452 Personen versorgt (Quelle: Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes NRW, www.lds.nrw.de/statistik/daten/n/d323pflege.html). Sie belegten gut 89% der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Pflegeheimplätze in 1849 Einrichtungen. Orientiert man sich an der Statistik der Heimverteilung in NRW und an den Platzzahlen, so wird deutlich, dass diese Untersuchung deutlich mehr öffentliche (kommunale) Heime einbezogen hat (Tabelle 9), als gemäß der Statistik erforderlich wäre. In der vorliegenden Studie war die Hälfte der partizipierenden Heime öffentlich, im Bundesland NRW sind jedoch die öffentlichen oder kommunalen Heime nur mit 5,7% vertreten, und es finden sich hier 7,5% der gesamten Plätze. In der Untersu-

chung waren also die öffentlichen Heime gegenüber den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und der privaten gewerblichen Einrichtungen überproportional vertreten. Eindeutig unterrepräsentiert sind in der Stichprobe die Heime der Wohlfahrtsverbände. Tatsächlich war die Teilnahmebereitschaft eines Wohlfahrtsverbandes überhaupt nicht vorhanden, ein weiterer zog sich aus dem stationären Teil der Untersuchung nach anfänglich positiven Signalen zurück. Einzelne Wohlfahrtseinrichtungen meldeten sich zu spät für die Studie an, andere sagten unter Hinweis auf weitere Projekte des gleichen Auftraggebers ab, weil sie sich überfordert und zu stark beforscht fühlten.

Freilich konnte in einer so kleinen Studie kein Repräsentativsample der Einrichtungen erreicht werden. Diese stand jedoch auch nicht im Zentrum der Untersuchung, vielmehr hier bildeten die Bewohnerinnen den Ausgangspunkt der Analysen. Angestrebt wurde deshalb deren annähernd repräsentative Auswahl. In der Tabelle 10 ist die Abbildung der Pflegestufenverteilung nach der Pflegestatistik aufgeführt. In den hier untersuchten Heimen ist die prozentuale Besetzung der einzelnen Pflegestufen etwas kleiner. Größer ist aber der Anteil der Personen ohne Zuordnung. Diese Differenz ergibt sich daraus, dass die veröffentlichte Statistik in erster Linie die Statistik der Pflegeversicherung ist und dass „Selbstzahler“ und Personen, die keine Empfängerinnen von Leistungen nach SGB XI sind, unzureichend erfasst werden. Für die vorliegende Studie war jedoch auch deren Berücksichtigung von Bedeutung.

Tabelle 9: Pflegeheime und Plätze in NRW insgesamt und in der vorliegenden Stichprobe nach Trägerschaft (in %)

Stichproben		Privat	Freigemeinnützig	Öffentlich
Pflegeheime nach Trägerschaft	in NRW ¹ (Stand 15.12.01)	27,9	66,4	5,7
	vorliegende Stichprobe	20	30	50
Pflegeheimplätze nach Trägerschaft	in NRW ² (Stand 15.12.01)	20	72,5	7,5
	vorliegende Stichprobe	14,5	23,1	62,4

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt 2003. ² Quelle: Statistisches Bundesamt 2003.

Tabelle 10: Empfänger stationärer Pflege nach Pflegestufen in Nordrhein-Westfalen und im Sample (in %)

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	ohne Zuordnung
Land NRW (Stand 15.12.01) ¹	32,11	46,7	20,7	0,49
Vorliegende Studie	29,8	42,2	17,0	5,0

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt 2003.

4.1.2 Personelle Ausstattung der untersuchten stationären Einrichtungen

Die personelle Ausstattung variierte nicht allein entsprechend der Größe der Einrichtung (vgl. Tabelle 11). Auch das Vorhandensein der qualifizierten Mitarbeiterinnen, der Helferberufe und Mitarbeiterinnen ohne formale Qualifikation in der Pflege war unterschiedlich. Zudem war die Ausstattung mit nicht-pflegerischem Personal kaum vergleichbar. So verfügte beispielsweise eine Einrichtung über drei Sozialarbeiterinnen, während in einer anderen nur eine Sozialarbeiterin tätig war. Vier Einrichtungen beschäftigten keine Therapeutinnen. 7,07 Bewohnerinnen werden in den Einrichtungen von einer vollausgebildeten Pflegekraft mit einer Vollzeitstelle betreut (qualifiziert als Altenpflegerin oder Krankenschwester und Krankenpfleger). Zusätzlich entfällt eine entsprechende Teilzeitstelle auf 9,69 Plätze. Eine Pflegehelferin (einjährige Ausbildung) in einer Vollzeitbeschäftigung entfällt auf 33,8 Plätze. Eine Pflegehelferin in Teilzeit versorgt durchschnittlich 36,10 Bewohnerinnen. Eine Mitarbeiterin ohne formale Qualifikation mit einer Vollzeitstelle entfällt auf 23,3, eine Teilzeitkraft ohne formale Qualifikation auf 10 Bewohnerinnen.

Tabelle 11: Personelle Ausstattung der untersuchten Heime

	Gesamt	Durchschnitt pro Einrichtung	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte
Examierte, vollausgebildete Kräfte	256	25,6	148	108
Pflegehelferinnen	60	6	31	29
Mitarbeiterinnen ohne formale Qualifikation in der Pflege	150,5	15	45	105,5
Sozialarbeiterinnen	16	1,6	8	8
Therapeutinnen (z.B. Physio- oder Ergotherapie)	8	0,7	2	6

In den Tabellen 12 und 13 sind die Relationen zwischen der Anzahl der Bewohnerinnen und dem vorhandenen Personal ausgewiesen. Interessant ist speziell die Tabelle 13, denn sie stellt den Pflegebereich dar, in dem die Untersuchung jeweils stattfand. Die Teilzeitstellen wurden hierbei auf Vollzeitäquivalente umgerechnet. Hier wird erst deutlich, wie stark die personelle Ausstattung tatsächlich differiert. Das Verhältnis „examierte Fachkraft: Bewohneranzahl“ rangiert von 1:2,7 bis zu 1:6,6. Noch größer waren die Unterschiede hinsichtlich der Ausstattung mit „Helferinnen“ (Variationsbreite von 1:5,4 bis zu 1:35,8) und mit den Mitarbeiterinnen ohne formale Qualifikation in der Pflege.

Tabelle 12: Verhältnis Vollzeitkräfte und Vollzeitäquivalente zu allen Bewohnerinnen in den untersuchten Einrichtungen in NRW

Einrichtung	Pflege- fachkräfte ⁵⁹	Pflegehelfer	Mitarbeiter ohne formale Qualifikation	Sozialarbeiter	Therapeuten	Gesamt- bewohnerzahl
E 1	1:7	1:13	1:20	1:78	0	78
E 2	1:13	1:40	0	0	0	79
E3	1:4	1:18	1:11	1:218	1:73	123
E4	1:3,5	1:12	1:11	1:52	1:108	130
E 5	1:5	1:47	1:6	1:141	1:141	141
E 6	1:5	0	1:9,3	1:75	0	150
E 7	1:5,2	1:13,2	1:11	1:146	1:146	146
E 8	1:10	1:68	1:19	1:135	0	135
E 9	1:6,6	1:20	1:19	1:40	1:40	80
E 10	1:6	0	1:13	0	0	40

Es zeigt sich, dass einzelne Einrichtungen relativ niedrige „Fachkraftquoten“ im Pflegebereich haben (E10). Private Einrichtungen sind besser ausgestattet, die freigemeinnützigen Heime am schlechtesten von allen Teilnehmern: weder haben sie eine ausreichende Fachkraftquote, noch genug Helferinnen mit aber auch ohne Qualifikation.

Dramatisch sind die Differenzen in der Ausstattung mit Sozialarbeiterinnen und Therapeutinnen (vgl. ebenda). Dabei spielt die Anzahl der Plätze eine geringe Rolle, zumal sich auch kleine Häuser die Sozialarbeiterkapazität leisten (E8, E9), während große Einrichtungen ungünstige Relationen aufweisen (E7). Die Therapeutenausstattung ist schlecht oder nicht vorhanden.

⁵⁹ Examierte Krankenschwester/Krankenpfleger oder examinierte Altenpflegerin.

Tabelle 13: Verhältnis Vollzeitkräfte und Vollzeitäquivalenz zu Bewohnerinnen im Pflegebereich der untersuchten Einrichtungen in NRW

Einrichtung	Pflegefachkräfte	Pflegehelfer	Mitarbeiter ohne formale Qualifikation	Sozialarbeiter	Therapeuten	Anzahl der Plätze im Pflegebereich
E 1	1:2,7	1:5,4	1:8,7	1:23,3	0	35
E 2	1:3,6	1:24	0	1:48	0	24
E3	1:4	1:18	1:11	1:218	1:73	109
E4	1:3,5	1:12	1:11	1:52	1:108	130
E 5	1:5,9	1:35,8	1:9	1:86	1:129	129
E 6	1:5	0	1:9,3	1:75	0	150
E 7	1:5,2	1:13	1:11	1:143	1:143	143
E 8	1:4,2	1:28	1:7,5	1:36,6	0	55
E 9	1:6,6	1:20	1:19	1:40	1:40	80
E 10	1:5,7	0	1:7	0	1:80	28

4.2 Beschreibung der ambulanten Pflegedienste

Die Untersuchung der 122 Klientinnen der ambulanten Pflege erfolgte in 17 Pflegediensten. Die Verteilung der Klientinnen auf die einzelnen Stationen ist in der Tabelle 14 dargestellt. Freilich wollen wir an dieser Stelle unterstreichen, dass im Zentrum der Analyse nicht die Dienste, sondern die *Klientinnen* stehen, zumal das kleine Sample keine Aussagen über die außerordentlich großen Differenzen zwischen den Trägern beziehungsweise einzelnen Einrichtungen erlaubt. Die Aufnahme so vieler Einrichtungen sichert aber eine Verteilung der Untersuchung auf weite Landesteile – von der Region Sieg und Bonn, bis ins Münsterland. Die Stationen waren im ländlichen Gebiet und in den städtischen Bereichen lokalisiert (vgl. Differenz im Einzugsgebiet, Tab. 18). Am Beginn dieses Kapitels wollen wir der Vollständigkeit halber Informationen zu den Einrichtungen und deren Arbeitsweise geben.

**Tabelle 14: Verteilung der Klientinnen
des ambulanten Samples auf die 17 Pflegedienste**

Nr. des Dienstes	Anzahl der Klientinnen	% des Sample
1	4	3,28
2	4	3,28
3	4	3,28
4	4	3,28
5	6	4,91
6	5	4,09
7	6	4,91
8	9	7,37
9	14	11,47
10	13	10,65
11	12	9,83
13	7	5,74
14	8	6,55
15	7	5,74
16	6	4,91
17	7	5,74
18	6	4,91
Summe	122	100

Anmerkung: Nr. 12 fehlt, da der Dienst nicht untersucht wurde. Geringe Abweichung aufgrund von Auf-/Abrundungen

Die Pflegestatistik von NRW (www.LDS.NRW.Statistik/Daten für das Land NRW), die allerdings nur jene Pflegebedürftige ausweist, die Leistungen nach SGB XI erhalten, zeigt dass zum Stichtag 31.12.1999 insgesamt 93.916 Menschen, im Jahre 2001 92.363 Menschen, von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden.

In der Tabelle 15 findet sich die Pflegestufenverteilung im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Ihr gegenüber ist die Verteilung der Klientinnen der vorliegenden Studie gestellt. Es zeigt sich, dass das Studiensample prozentuell ein wenig abweicht, dieses besonders in der Pflegestufe I. Dafür wurden annähernd 18% der Zielpersonen in der Untersuchung berücksichtigt, die gar keine Zuordnung haben, entweder deshalb, weil sie nicht anspruchsberechtigt sind, oder weil sie aufgrund von SGB V-Bestimmungen gepflegt werden. Zu dieser Thematik beziehen wir in Kapitel 5 Stellung.

Tabelle 15: Anteil der Empfängerinnen ambulanter Pflege nach Pflegestufen in % in NRW und im Sample der vorliegenden Studie

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Land NRW ¹ (Stand 15.12.01)	47,8	39,7	12,5
Vorliegende Studie ²	32,8	36,1	12,6

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt 2003. ² zusätzlich Härtefall: 0,8% und keine Pflegestufenzuordnung 17,6%.

Tabelle 16: Klientinnen der ambulanten Pflege nach Geschlecht – in NRW und in der vorliegenden Studie

	Land NRW (Stand 15.12.01) ¹	Vorliegende Studie (in %)
männlich	27958 (30,3 %)	39,3
weiblich	64405 (69,7%)	60,7

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt 2003.

Tabelle 17: Klientinnen ambulanter Pflege nach Alter – in NRW und in der vorliegenden Studie

Davon im Alter von...bis unter ... Jahren	NRW % ¹	Vorliegende Studie %
Unter 65	9,1	8,1
65-70	5,1	4,5
70-75	9,8	11,7
75-80	17,0	14,4
80-85	20,4	19,0
85-90	21,6	17,1
90-95	13,6	21,6
95 und mehr	3,4	3,3
Summe	100	100

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt 2003.

Aus den Tabellen 16 und 17 ist der Vergleich zwischen der Stichprobe und den Daten in der ambulanten Pflege in NRW ersichtlich. Die Stichprobe umfasst einen größeren Anteil von Männern und eine leichte Unterrepräsentierung der jüngsten Klientinnen bei gleichzeitiger Überbesetzung der über 90jährigen. Dieser Vergleich kann aber nur als Orientierung dienen, zumal in die Stichprobe absichtlich auch Klientinnen ohne SGB XI-Berechtigung aufgenommen wurden, die in der Veröffentlichung der Statistischen Ämter nicht erscheinen. Es kann

also resümiert werden, dass diese Quoten-Stichprobe die Klientinnen der ambulanten Pflege annähernd repräsentiert.

Tabelle 18: Strukturelle Merkmale der untersuchten ambulanten Einrichtungen (n=17)

	Minimum	Maximum	Durchschnitt	Median
Bevölkerung im Einzugsbereich (abs. in Tsd.)	15	455,4	100,8	70
Gesamtanteil der Personen unter 65 Jahren an den Klientinnen (abs.)	2	95	21	10
Klienten 2003 (Gesamtanzahl, abs.)	80	744	296	318
Gesamtanteil von Klientinnen mit einer Versorgungsdauer bis zu 2 Wochen (%)	2	33	11	10
Gesamtanteil von Klientinnen mit einer Versorgungsdauer von 3 - 6 Wochen (%)	6	30	15	18
Gesamtanteil von Klientinnen mit einer Versorgungsdauer von 6 Monate bis 12 Monate (%)	5	100	45	50
Gesamtanteil von Klientinnen mit einer Versorgungsdauer von mehr als 1 Jahr (%)	10	100	52	75
Gesamtneuaufnahmen im Jahre 2003 (abs.)	25	211	111	96

In der Tabelle 18 werden einige strukturelle Angaben über die Stationen präsentiert, aus denen sich die Klientinnen rekrutiert haben. Es wird deutlich, dass das Einzugsgebiet stark variiert, von 15 000 bis hin zu einer halben Million Bewohner. Das ist von der schon erwähnten Ausdehnung des Gebiets und Lokalisierung des Pflegedienstes abhängig. Ferner sind die Angaben zu den versorgten Kollektiven wiedergegeben.

Tabelle 19: Angaben zur Angebotsstruktur der untersuchten ambulanten Pflegedienste (n=17)

Anzahl von Diensten, die ...	Abs.
immer Betreuung zwischen 22 und 24 Uhr anbieten	14
immer Betreuung zwischen 4 und 6 Uhr morgens anbieten	14
immer Wochenendbetreuung anbieten	16
Klientinnen im Krankenhaus immer besuchen	12

Weitere strukturelle Informationen – diesmal zum Angebot – finden sich in der Tabelle 19. Gut ein Sechstel der Stationen bietet keine „rund um die Uhr Betreuung“ an. Dagegen ist die „Wochenendbetreuung“ gesichert. Kontakte zum Krankenhaus halten nur gut zwei Drittel der Dienste.

4.2.1 Personelle Ausstattung der ambulanten Pflegedienste

Die personelle Ausstattung weist große Differenzen auf (Tabelle 20). Das ist freilich in erster Linie von der Größe der Einrichtungen und dem Einzugsbereich (Tabelle 18) abhängig, in zweiter Linie hängt es aber üblicherweise (Adis et al. 1997) auch vom Versorgungskonzept ab, das wir nicht näher untersucht haben. Drittens ist die Trägerschaft ausschlaggebend (ebenda).

Tabelle 20: Personelle Ausstattung der untersuchten Pflegedienste (n=17) (umgerechnet in Vollzeitäquivalente)

Personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18
Pflegekräfte (Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen)	9,0	5,8	4,3	9,5	4,5	4,5	5,5	7,8	8,3	2,8	7,8	3,5	6,3	13,3	6,0	10,8	6,3
Kranken-/ Altenpflegehelferinnen	2,0	1,3	3,0	4,3	2,0	0,5	2,5	2,8	2,0	5,3	0,3	0,0	3,0	5,3	2,5	2,3	3,5
Hilfskräfte, Mitarbeiter ohne formale Qualifikation in der Pflege, Hauswirtschaftliche Kräfte	4,5	2,8	6,5	0,8	9,0	6,5	1,0	8,0	8,3	3,0	11,3	4,5	9,0	16,3	6,5	3,0	7,3
Physiotherapeutinnen, Krankengymnastinnen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beschäftigungstherapeutinnen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sozialarbeiterinnen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Informelle Helferinnen (Ehrenamtliche etc.)	0,0	0,8	0,0	0,0	2,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	15,5	10,5	13,8	14,5	17,5	12,5	10,0	18,5	18,5	12,8	19,3	8,0	18,3	34,8	15,0	16,0	17,0

Teilzeitstellen wurden auf Vollzeitäquivalente umgerechnet; Interne Nummerierung. Pflegedienst Nr. 12 wurde nicht untersucht.

Die Angemessenheit der personellen Ausstattung lässt sich anhand der Daten daher schwer beurteilen. Wir haben die Teilzeitstellen auf Vollzeitäquivalente umgerechnet und sie zu den Klientinnenzahlen von 2003 in Verhältnis gesetzt (Tabelle 21). Auch hierbei sind extreme Unterschiede ermittelt worden, die an dieser Stelle nicht weiter interpretiert werden, da die Analyse klientenbezogen, nicht aber dienstbezogen durchgeführt wurde. Der tatsächliche Personalaufwand wird im Kapitel 4 analysiert.

Tabelle 21: Verhältnis der Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflegedienste zu den im Jahr 2003 versorgten Klientinnen (umgerechnet in Vollzeitäquivalente)

Personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18
Pflegekräfte (Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen)	1:35,5	1:64,1	1:89,4	1:18,5	1:28,2	1:27,6	1:19,3	1:11,6	1:33,3	1:29,1	1:45	1:89	1:81,6	1:57	1:57,3	1:38,2	1:42,2
Kranken- u. Altenpflegehelferinnen	1:160	1:295,2	1:126	1:41,4	1:63,5	1:248	1:42,4	1:32,7	1:138	1:15,2	1:1396	-	1:170	1:144	1:138	1:183	1:75,4
Hilfskräfte, Mitarbeiterinnen ohne formale Qualifikation in der Pflege, Hauswirtschaftliche Kräfte	1:71,1	1:134,1	1:58,4	1:235	1:14,1	1:19,1	1:106	1:11,3	1:33,3	1:26,7	1:31	1:70	1:56,7	1:46,5	1:52,9	1:137	1:36,4
Physiotherapeutinnen, Krankengymnastinnen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beschäftigungstherapeutinnen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1:107	-	-	-	-	-	-	-
Sozialarbeiterinnen	-	-	-	-	-	1:124	-	-	-	1:80	-	-	-	-	-	-	-
Informelle Helferinnen (Ehrenamtliche etc.)	-	1:492	-	-	1:63,5	-	1:106	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	1:20,6	1:35,1	1:26,2	1:12,1	1:7,2	1:9,9	1:10,6	1:4,8	1:14,9	1:6,2	1:18,1	1:39	1:27,9	1:21,7	1:22,9	1:25,7	1:15,5

5 Situation und Qualität der stationären Pflege in ausgewählten Einrichtungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung in den stationären Einrichtungen präsentiert. Wir beginnen mit der Beschreibung der untersuchten Stichproben von Heimbewohnerinnen. Als Grundlage dienen hier die Häufigkeiten der MDS Daten und die wichtigsten Indizes. Im zweiten Schritt wird die Prozessqualität am Beispiel der Pflegedokumentation und Pflegeplanung dargestellt. Im dritten Schritt werden wichtige Risiko- und Versorgungsbereiche herausgegriffen:

- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung,
- Risikovermeidung und Sturzprophylaxe,
- Schmerzmanagement,
- Umgang mit Medikamenten,
- Aktivierung und Mobilität,
- Hautversorgung,
- Versorgung bei Inkontinenz,
- Versorgung kognitiv beeinträchtigter Klientinnen.

Im letzten Abschnitt gehen wir auf die Inzidenz neuer Probleme und auf Verbesserungen durch wirksame Pflege ein.

5.1 Merkmale der untersuchten Bewohnerinnen

An dieser Stelle wollen wir zunächst die untersuchten Klientinnen charakterisieren. Sie waren vorwiegend, zu 80,9%, weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 83,1 Jahre, jedoch rangierte die Altersspanne von 39 bis 103 Jahren (älteste Klientin). Das niedrige Anfangsalter täuscht über die tatsächliche Verteilung, denn 95% der Klientinnen waren 65 Jahre und älter. Jüngere Bewohner wurden nur zu 5% in die Studie einbezogen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Demographische Charakteristika im untersuchten Sample (n=141) und in der Gesamtpopulation in den Heimen von NRW

	Vorliegende Studie	Heime NRW ¹
Anteil von Frauen	80,9%	80,3%
Durchschnittsalter	83,1 Jahre	-
Jüngste Klientin	39 Jahre	-
Älteste Klientin	103 Jahre	-
Anteil von Personen <65 Jahre	5%	6,3%
Durchschnittliche Verweildauer	52,6 Monate	-
Längste Verweildauer	366,0 Monate ²	-
Anteil von Personen mit Betreuer	45,5%	-

¹ Stichtag 15.12.2001, Pflegestatistik NRW, Statistisches Landesamt

² = 30 Jahre!

Die in dieser Tabelle dargestellten Altersanteile bestätigen die bereits im Kapitel 4 formulierte Feststellung, dass die Stichprobe in demographischer Hinsicht annähernd repräsentativ ist.

Wir haben nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes die „Pflegeabhängigkeit“ kalkuliert und mit den Pflegestufen korreliert, die die Bewohnerinnen aktuell haben. Daraus resultierte eine signifikante positive Korrelation für das hierarchische ADL-Score (Pearson = .302, p = .01) und für die CPS (Cognitive Performance Scale - Pearson = .276, p = .001). Wir folgern, dass die Bewohnerinnen angemessen eingestuft sind. Kein entsprechender Zusammenhang konnte für den psychischen Zustand (Symptome und DRS = Depression Rating Scale) gefunden werden.

Tabelle 23: Personen im Sample, die erhebliche körperliche Hilfe benötigen (n=141; Anteile in %)

Anteil von Personen, die	%
- meistens bettlägerig sind	18,4
- Aufrichthilfen benötigen	19,9
- gehoben werden müssen	33,3
- Lift benötigen	11,3

Die Tabelle 23 verdeutlicht den Pflegeaufwand für die untersuchten Bewohnerinnen auf der Basis anderer Kriterien, nicht nur der Einstufung nach SGB XI. Wir sehen dabei, dass fast jede fünfte Bewohnerin oder jeder fünfte Bewohner dauerhaft bettlägerig ist, Aufrichthilfen braucht und dass ein Drittel gehoben werden muss.

Tabelle 24: Sensorische und kommunikative Charakteristika des Sample – Bewohnerinnen ohne Probleme (n=141; Anteile in %)

Anteil von Personen,	%
- die gut hören	61
- ohne expressive Probleme	51,1
- ohne Verständnisprobleme	52,5
- die gut sehen	54,6

Neben diesen aufwandsrelevanten Anteilen zeigt sich jedoch, dass einzelne Leistungsbereiche sehr wohl auch bei den Heimbewohnerinnen intakt sind (Tabelle 24 und 25), dies gilt beispielsweise für den Anteil der Hörfähigen und die Tatsache, dass die Hälfte des Sample keine Kommunikationsprobleme aufweist. Ein höherer Prozentsatz der Klientinnen hat dagegen Gedächtnisprobleme (Tabelle 25), nur 28,4% sind völlig unabhängig im Bereich der alltäglichen Entscheidungen.

Tabelle 25: Kognitive Charakteristika der Sample (n=141; Anteile in %)

Anteil von Personen	%
- ohne kongeniale geistige Behinderung	94,4
- ohne Gedächtnisprobleme (Kurzzeit)	44,0
- ohne Gedächtnisprobleme (Langzeit)	49,6
- mit guter Erinnerungsfähigkeit (zeitlich)	50,5
- mit guter Erinnerungsfähigkeit (räumlich)	55,3
- mit guter Personenorientierung	67,4
- mit guter genereller Orientierung	64,5
- die entscheidungsunabhängig sind	28,4

Tabelle 26: Krankheiten und Symptome der untersuchten Bewohnerinnen (n=141; Anteile in %)

Anteil von Personen mit	%
- Hypertonie	35,5
- Herzinsuffizienz	28,4
- anderer Demenz	27,7
- Diabetes Mellitus	26,2
- koronarer Herzerkrankung	17,7
- Arthritis/Arthrose	14,2
- Osteoporose	13,5
- Apoplex	13,5
- Alzheimer	12,1
- Oberschenkelhalsbruch	11,3
- Niereninsuffizienz	7,8
- Krebs	5
- Katarakt	4,3
- Emphyzem	3,5
- Glaukom	3,5
- Amputation	2,8
- Asthma	2,8
- MS	2,1
- TIA	1,4

In der Tabelle 26 finden sich ausgewählte Erkrankungen, wobei nur „aktive Diagnosen“ (Garms-Homolová & Gilgen 2000) dokumentiert wurden. Die häufigste Erkrankung ist die Hypertonie, gefolgt von der Herzinsuffizienz. Bereits an dritter Stelle mit 27,7% der Bewohnerinnen steht die Demenz (zusätzlich leiden noch 12,1% der Bewohnerinnen unter Morbus Alzheimer). Auch die Diabetiker sind mit mehr als einem Viertel des Sample vertreten. Wir haben es also bei den Untersuchten mit einem belasteten Kollektiv zu tun, das eine aufwendige Versorgung braucht, diese sowohl im Hinblick auf den Zeitaufwand, als auch auf die Fachlichkeit und Qualifikation.

Tabelle 27: Veränderungen in der Stichprobe im Verlauf von zwei Monaten (absolute Zahlen)

	Anzahl abs.
Initialassessment	141
Verstorben	9
Aus der Region weggezogen	1
Reassessment	131

Im Zeitverlauf zwischen dem Initialassessment und dem Reassessment verstarben neun Personen (6,4% der Stichprobe), eine Bewohnerin ist aus der Region fortgezogen. Daher konnte das Reassessment lediglich bei 131 Personen durchgeführt werden. Wir nehmen bei der Analyse der Pflegeplanung und bei einigen ausgewählten Qualitätsbereichen zu den Veränderungen Stellung.

5.2 Beurteilung der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung in den stationären Einrichtungen

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der mit einer Checkliste durchgeführten Beurteilung der Pflegedokumentation und Pflegeplanung dargestellt (Methodik siehe 3.1.1.2).

5.2.1 Analyse der Pflegedokumentation in den stationären Einrichtungen

Zwischen der durch die Mitarbeiterin unseres Forschungsinstituts durchgeführten Beurteilung und dem „Bekanntheitsgrad“ (1. Ausprägung des Pflegeplanungschecks) des jeweiligen Symptoms gibt es keine erheblichen Unterschiede, wobei anzumerken ist, dass wir nicht überprüfen können, ob die Einrichtungsmitarbeiterinnen tatsächlich vorher gewusst haben, dass das jeweilige Problem vorlag, oder ob sie es erst im Zuge des MDS-Assessment zusammen mit der „Research Nurse“ herausfanden. Größere Diskrepanzen zwischen der „Bekanntheit“ und MDS-Angaben ergaben sich lediglich bei

- Fußproblemen, die nur bei rund 13 % der Fälle bekannt waren;
- Mund- und Zahnstatus (bekannt nur bei 23 %).

Folgt man jedoch den Stadien des Pflegeprozesses, zeigt es sich, dass die Handhabung des Symptoms (Problems) und somit auch seine Relevanz für das aktuelle pflegerische Handeln abnimmt. Am deutlichsten wird dieses beim Körpergewicht sichtbar (Abbildung 1), sodann bei der Einnahme von Diuretika (Abbildung 2), und beim Zahnstatus (ebenda).

Abbildung 1: Relevanz des Körpergewichts im Pflegeprozess (n=140, Angaben in absoluten Zahlen)

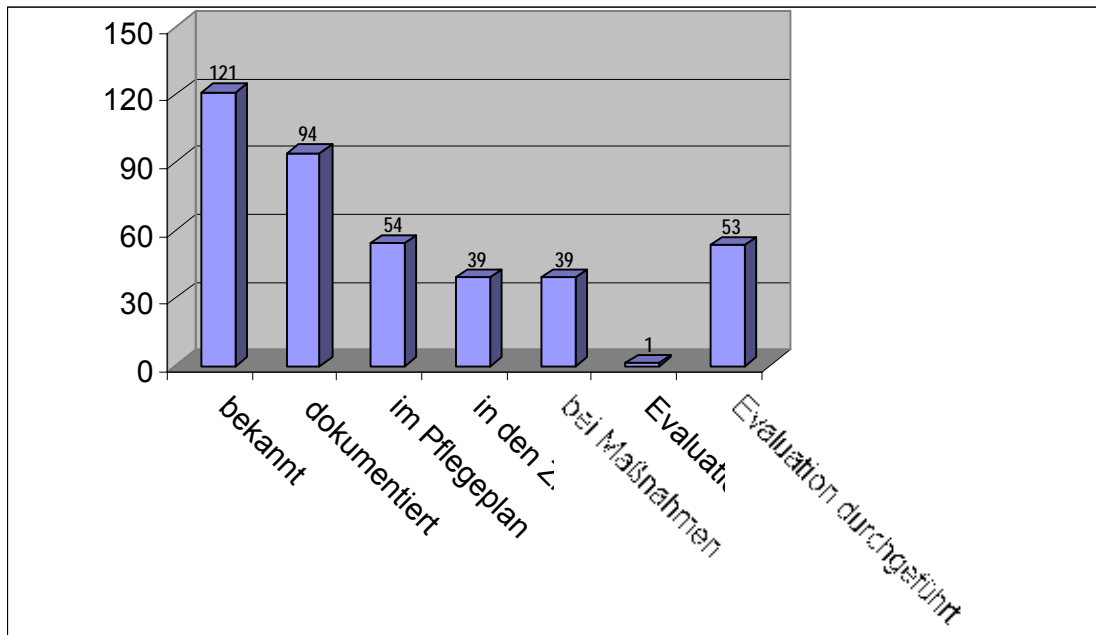
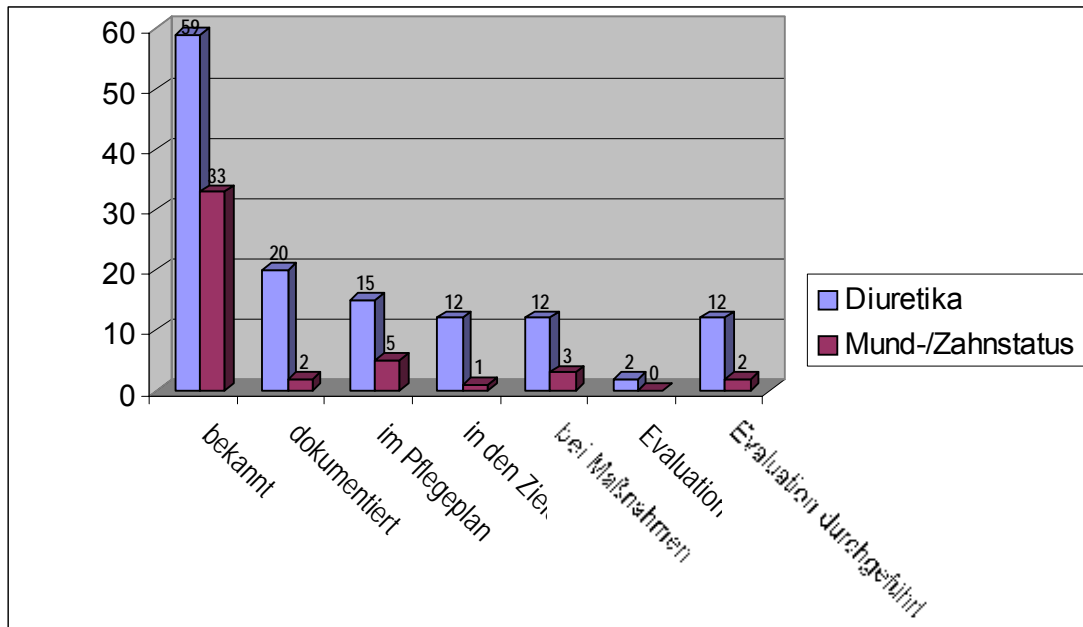


Abbildung 2: Relevanz der Diuretika-einnahme und des Mund- und Zahnstatus im Pflegeprozess (n=140; Angaben in absoluten Zahlen)



Positiv zu erwähnen sind im Hinblick auf die Dokumentation und Pflegeplanung die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen: Sie kommen selten vor (nur in drei Fällen insgesamt), wurden in zwei Fällen dokumentiert und in allen Stadien des Pflegeprozesses berücksichtigt.

Noch relativ gut wurde mit dem Symptom „unsichere Gangart“ umgegangen. Dieser Zustand war in 40 von 49 vorhandenen Fällen dokumentiert, 46mal im Pflegeplan berücksichtigt, davon 40mal bei der Zielformulierung, 39mal bei der Maßnahmenwahl. Jedoch fehlte die entsprechende Evaluation bei der Hälfte der registrierten Fälle.

Beschränkt man sich bei der Betrachtung nur auf die Dokumentation der relevanten Zustandsmerkmale, so erscheinen speziell die folgenden als problematisch:

- Hinweise auf ein Delir (obwohl in acht Fällen bekannt, wurden sie niemals dokumentiert)
- Umherirren oder Wandern (15-mal bekannt, aber nur viermal dokumentiert)
- Harnwegsinfekt (bekannt in drei Fällen, dokumentiert nur einmal)
- Schwindel und Gewichtsverlust (in weniger als der Hälfte der Fälle dokumentiert)
- Schmerzen (laut Fremdasessment bei mindestens 31 Bewohnerinnen vorhanden; dem Pflegepersonal in 40 Fällen bekannt, jedoch nur achtmal! dokumentiert)
- Mund- und Zahnstatus (dokumentiert bei 6% der Fälle)
- Einnahme von Psychopharmaka (erscheint in der Dokumentation in 44% der Fälle).

Die Vernachlässigung der Zustandsmerkmale ist dort besonders stark, wo es sich um Symptome handelt, die nicht nur mit dem körperlichen Zustand, sondern von allem der Lebensqualität der Bewohnerinnen assoziiert werden: Geschmacksveränderung (vorhanden in 10, bekannt in sieben Fällen, dokumentiert bei einem Fall); Dokumentation des Wachzustandes (bekannt in 122 Fällen, dokumentiert nur bei 63 Klientinnen).

Noch weniger spielen diese wichtigen Zustandsmerkmale bei der Pflegeplanung, hier noch speziell bei der Zielformulierung und Maßnahmenwahl, eine Rolle. Eindeutig negative Resultate müssen berichtet werden für:

- Hinweise auf ein Delir
- Gleichgewicht
- Umherirren oder Wandern
- Zu geringes Trinken der Bewohnerinnen
- Gewicht der Klientinnen und zu geringe Nahrungsaufnahme
- Fußprobleme
- Psychopharmakaeinnahme
- Wachzeit am Tag / in der Nacht.

Die geringere Pflegeplanrelevanz vieler Probleme resultiert eindeutig aus der Tatsache, dass problematische Zustände zwar bekannt sind, jedoch nicht dokumentiert, also schriftlich fest-

gehalten wurden (Beispiel: Schmerzsymptomatik). Deshalb erscheinen sie in allen weiteren Stadien des Pflegeprozesses nicht.

5.2.2 Analyse der Pflegeplanung in den stationären Einrichtungen

Zu der Analyse der Pflegeplanung gehörte auch die Prüfung der Aktualität von Eintragungen und Änderungen der Pflegeplanung. Diese wurde in Monaten erfasst. Die Mehrheit der Pflegeplanungen kann als aktuell bezeichnet werden, denn der Median (mittlerer Wert) liegt bei drei Monaten. Aber im Durchschnitt sind die Pflegeplanungen viereinhalb Monate alt. Die Standardabweichung von 4.795 weist auf eine erhebliche Variationsbreite hin. Einzelne Pflegeplanungen waren nämlich bis zu 28 Monaten (über zwei Jahre) alt, 15% der Pflegeplanungen wurden seit neun Monaten nicht mehr aktualisiert.

Eine weitere Analyse ergab signifikante Differenzen zwischen den teilnehmenden Einrichtungen (.493, $p = .01$). Des Weiteren erwiesen sich auch die Beziehungen zwischen der Trägerschaft der Einrichtung und dem Alter der Pflegeplanung signifikant unterschiedlich.

Die Annahme, dass die Bewohnerinnen, die sich durch eine besonders lange Verweildauer ausgezeichnet haben, eher eine nicht aktualisierte Pflegeplanung hatten, erwies sich als nicht evident.

Als ein weiteres Merkmal, das mit dem Alter der Pflegeplanung zusammenhängen müsste, wurde die Stabilität und Komplexität des Zustandes herangezogen, ausgedrückt in dem CHESS-Score⁶⁰. Gemäß der Scorewerte kann der Zustand von 58,2% des Samples als stabil bezeichnet werden. Die restlichen 41,8 % der untersuchten Bewohnerinnen sind als instabil und teilweise als „klinisch komplex“ zu bezeichnen. Eine qualitativ optimale Pflege würde eine häufige Veränderung der Pflegeplanung erfordern, wenn sich die Klienten oder der Klient in einer instabilen und komplexen Kondition befindet. Dagegen wäre es unter Umständen akzeptabel, wenn die Pflegeplanung bei stabilen Klientinnen nicht so oft verändert werden würde.

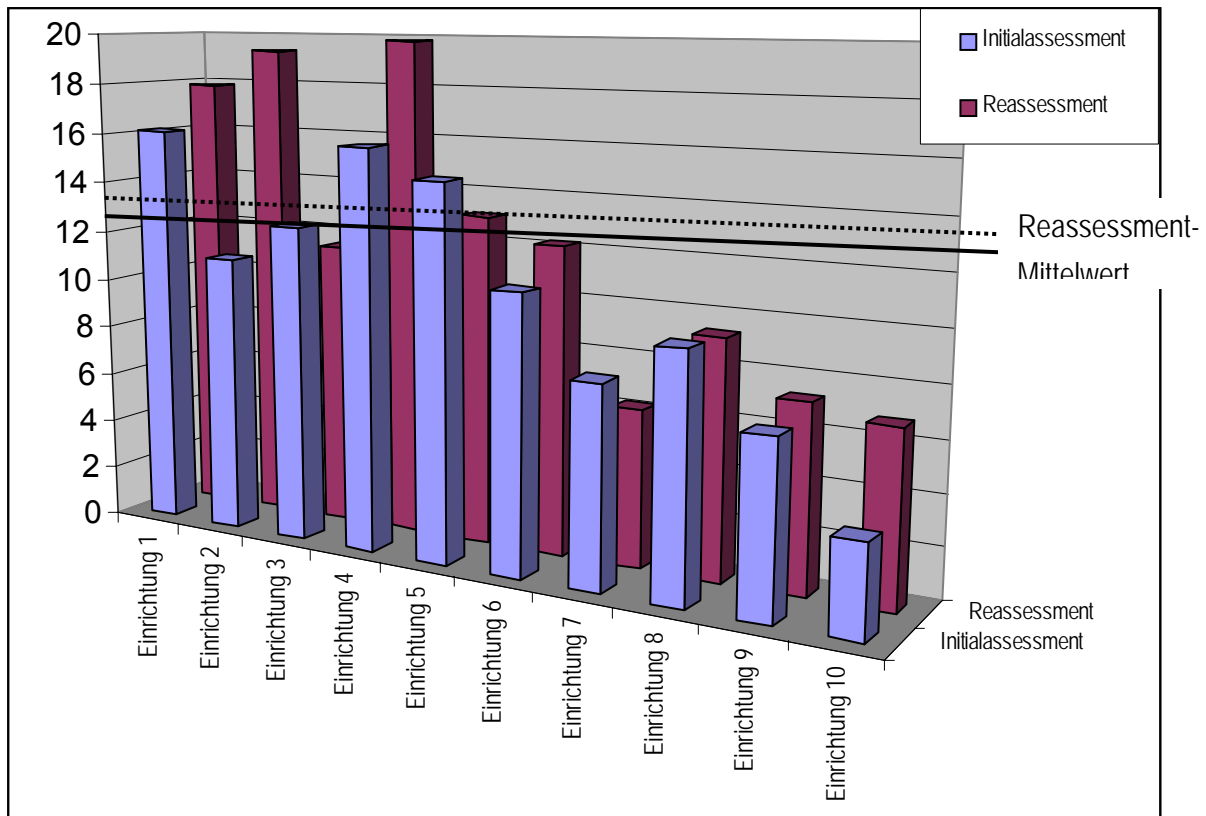
Die Analyseergebnisse bescheinigen den Einrichtungen jedoch keine sachgemäße Handhabung der Problematik. Denn der stabile Zustand korreliert mit der Pflegeplanungsdauer von drei oder weniger Monaten positiv (Pearson Koeffizient = .124, $p = .01$), mit der längeren Dauer aber negativ (.124, $p = .01$). Genau umgekehrt verhält sich diese Beziehung bei leicht bis hochgradig instabilen und komplexen Fällen.

⁶⁰ Rangiert von 0 bis 5 und basiert auf: Übelkeit, Erbrechen, Dehydratation, zu geringer Nahrungsaufnahme, Gewichtsverlust, Kurzatmigkeit, Ödeme, Endstadium, Abbau von kognitiven Fähigkeiten im ADL-Bereich.

Tabelle 28: Relevanz des Essens und Trinkens im Pflegeprozess (absolute Zahlen)

	Unzureichende Flüssigkeitszufuhr	Gewichtsverlust	Geschmacksveränderung	Unzureichende Nahrungsaufnahme
Bekannt	8	12	7	15
Dokumentiert	6	5	1	9
Im Pflegeplan	2	7	1	9
In den Zielen	2	4	0	5
Bei der Maßnahmenwahl	0	5	1	5
Evaluation vorgesehen	2	1	0	0

Abbildung 3: Vergleich der Pflegedokumentation zwischen Initialassessment und Reassessment in 10 Heimen.



Die Abbildung zeigt die für die einzelnen Einrichtungen ermittelten Mittelwerte der Scores. Wir haben die Handhabung der einzelnen Probleme entlang der Stadien des Pflegeprozesse skaliert und Mittelwerte berechnet. Für das gesamte Untersuchungskollektiv betrug der Mittelwert 12,25 beim Initialassessment, der Median lag bei 12 Punkten. Wir sehen, dass die besten Werte in den Einrichtungen 1 (Mittelwert von 16 Punkten), Einrichtung 4 (15,91) und 5 (14,78) erreicht wurden. Allerdings ist die Streubreite gerade in der Einrichtung 1 erheblich (Minimum 4 Punkte, Maximum 28 Punkte). Insofern zeigt die Einrichtung 4 eine „besse-

re Qualität“ trotz Schwankungen. Denn für alle Bewohnerinnen mit entsprechenden Symptomen konnten mindestens 10 Punkte als Minimum ermittelt werden und das bedeutet, dass immer ein Mindestmaß an Information vorhanden war. Wir finden in dem Sample aber auch Bewohnerinnen, für die gar keine Information vorhanden und dokumentiert waren (z.B. Einrichtung 7 mit einem Mittelwert von 7,9 und Median von 8 Punkten).

Die Abbildung zeigt auch die Veränderungen zwischen dem ersten und zweiten Assessment. Mit Ausnahme der Einrichtung 7 und 8 haben sich alle Häuser bei der Umsetzung des Pflegeprozesses verbessert – Dank des Trainings in der Verwendung des RAI-Minimum Data Set durch die „Research Nurse“. Es zeigt sich jedoch, dass die „Verbesserungen“ nur in der Einrichtung zwei und 10 statistisch signifikant sind. Trotzdem möchten wir diese Effekte unterstreichen, weil sie zeigen, was ein qualitativ hochwertiges Assessment Instrument und eine Schulung von nur drei Stunden im Durchschnitt bewirken können.⁶¹ Eine nähere Analyse ergab, dass sich die Einrichtungen vorerst nur im Bereich Dokumentation, nicht aber der Pflegeplanung verbessert haben. In vielen Einrichtungen hat sich die Dokumentation zunächst nur für einzelne Klientinnen gebessert. Dennoch sind die Effekte insgesamt beachtlich.

5.3 Risiken in ausgewählten Versorgungsbereichen

Die nachfolgenden Abschnitte befassen sich mit neun Altenpflegerischen und geriatrisch relevanten Bereichen der klinischen Versorgung, in denen häufig Ursachen für eine unzureichende Pflegequalität zu finden sind.

5.3.1 Ernährungssituation von Bewohnerinnen in den untersuchten Heimen

Ernährungsprobleme sind unter den Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen sehr verbreitet (Gallagher et al. 1997). Sie äußern sich durch die zu geringe Nahrungsaufnahme, den ungewollten Gewichtsverlust und die Tatsache, dass zu viele Bewohnerinnen ein Gewicht haben, das weit unter dem Optimum liegt. Die Ursachen können unterschiedlich sein. Jedoch deutet fast jedes Auftreten von Mangelernährung auf die Probleme der Pflege und ihrer Qualität hin. Als Beispiele sind zu nennen:

- Mitarbeiterinnen widmen sich nicht ausreichend jenen Bewohnerinnen, die sich nicht selber ernähren können (Kuck & Garms-Homolová 2003). Im untersuchten Sample handelt es sich um 60% der Bewohnerinnen, die mehr oder weniger hilfeabhängig sind, wenn sie essen wollen. Fast jeder Fünfte ist vollständig abhängig.

⁶¹ Die reguläre RAI-Schulung beträgt im Schnitt 29 Stunden.

- Die begleitende Medikation erschwert die Essensaufnahme.
- Die gleichen Effekte haben psychosoziale Faktoren, Verhaltensauffälligkeiten, Depressionen und eine Reihe weiterer Symptome.
- Soziale Isolation und unzureichende soziale Kontakte sind in der Regel auch mit einer inadäquaten Ernährung assoziiert, denn die alten Menschen haben selten Freude am Essen, was sie ganz allein einnehmen müssen. Das kann auch hier der Fall sein. Ein Viertel des Kollektivs hat erhebliche expressive Probleme, 22,1% sprechen undeutlich, rund 20% verstehen andere nicht.
- Es gibt aber auch eine Reihe mechanischer Probleme (Kau- und Schluckschwierigkeiten), nicht selten auch Begleitsymptome anderer Erkrankungen (z.B. Husten, Asthma-COPD) oder der Chemotherapie, die eine angemessene Nahrungsaufnahme erschwert. In dem untersuchten Kollektiv haben 8,5% Kau-, 12,1% Schluckprobleme. 80,9% sind völlig beschwerdefrei im Mundbereich – vgl. auch Tabelle 29.
- Als nächstes sind die geistigen und kognitiven Veränderungen zu nennen: Bewohnerinnen mit Demenz und starken kognitiven Einbußen sind meist nicht in der Lage, ihre eigene Nahrungsaufnahme in irgendeiner Weise zu kontrollieren.
- Werden Sonden (hier rund 10% der Klientinnen) oder andere Formen der künstlichen Ernährung angewandt, so droht den Bewohnerinnen ebenso eine Mangelernährung, zudem jedoch weitere Komplikationen (etwa Infektionen, Verletzungen).

Da die Ernährung im großen Maße die Lebensqualität bestimmt und der Ernährungsstatus Auswirkungen nicht nur auf das Wohlbefinden, sondern auch auf den allgemeinen Zustand und die körperliche und geistige Funktionsfähigkeit hat, muss in der guten Pflege der Ernährung viel Aufmerksamkeit gewidmet werden. Folgende Anforderungen gelten:

- Der Ernährungsplan soll realistisch sein und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen einbeziehen.
- Aggressive Nahrungsverabreichung hat keinen Platz in der guten Pflege.
- Unnötige Restriktionen, etwa dietätischer Natur, sollen unterbleiben, wenn sie nicht lebenserhaltende und gesundheitserhaltende Bedeutung haben.
- Pflegekräfte müssen in der Lage sein, eventuelle Mangelernährung, beziehungsweise die Ernährungsprobleme, zu identifizieren.

In der vorliegenden Studie wurden die folgenden Merkmale der angemessenen beziehungsweise inadäquaten Ernährung in Betracht gezogen:

- Kenntnis der Ernährungssituation individueller Bewohnerinnen, insbesondere hinsichtlich des Gewichts und des unabsichtlichen Gewichtsverlustes, der Geschmacksveränderung innerhalb der letzten sieben Tage und der unzureichenden Nahrungsaufnahme.
- Beachtung der Ernährungssituation bei der Pflegeplanung, konkret bei der Formulierung der Pflegeziele und der Wahl von drei Pflegemaßnahmen. Regelmäßige Evaluation.
- Prävalenz von Anzeichen für Mangelernährung in dem untersuchten Kollektiv. Errechnet wurde der Body-Mass-Index (BMI). Er ist definiert als Quotient aus Körpergewicht (in kg) und dem Quadrat der Körpergröße (in m) (Buck 1998). Für Ältere wird angenommen, dass

die BMI-Werte zwischen 22 und 24 beziehungsweise 27 (da mit dem Alter höhere Werte günstiger sind) die idealen Werte sind, weil sie mit dem niedrigsten Mortalitätsrisiko einhergehen (Volkert 2000). Werte unter 21 gelten als Mangel-, unter 20 eindeutig als Unterernährung (Schierf & Oster 2000).

Tabelle 29: Mögliche Ursachen von Ernährungsproblemen (n=141, Anteile in %)

Anteil von Personen	%
mit Kauproblemen	8,5
mit Schluckproblemen	12,1
mit Schmerzen im Mund	3,5

Tabelle 30: Ernährungssituation der untersuchten Bewohnerinnen (n=120)

BMI	Beschreibung	In %
< 21	mangelernährt/unterernährt	43,2
> 31	Adipositas	9,9
22 bis 30	Normbereich	46,8
24 bis 29	Optimaler Ernährungszustand	27,9

Von 20 Bewohnerinnen lagen dazu keine Angaben vor; Mittelwert 23.0590; Median 22,5375; Maximum 36,6; Minimum 13,88

Wie die Tabelle 30 zeigt, konnte ein optimaler Ernährungszustand bei fast 28% der Bewohnerinnen konstatiert werden. Fast die Hälfte der Bewohnerinnen (46,8%) haben ein Gewicht im Normbereich. Rund 10% der Bewohnerinnen leiden an einer extremen Adipositas. Bedenklich ist aber, dass 43,2% einen BMI von weniger als 21 aufweisen und deshalb als mangelernährt gelten müssen. Das bestätigt auch der Median von 22,5375, der an der unteren Normgrenze liegt.

Bei der Suche nach Gründen für die Mangelernährung von diesem Ausmaß lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- der BMI korreliert signifikant negativ mit dem hierarchischen ADL-Index, mit dem die eigene Leistungsfähigkeit der Bewohnerinnen in den Bereichen persönliche Hygiene, Toilettennutzung, Bewegung im Zimmer und Essen erfasst sind. Je höher das ADL-Score (und je beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit des Individuums), desto größer die Wahrscheinlichkeit, nicht angemessen ernährt zu werden (Pearson Koeffizient = $-.337$, $p = .01$). Einen entsprechenden Befund konnten wir auch in einer anderen in Berliner Pflegeheimen durchgeführten Studie generieren (Kuck & Garms-Homolová 2003).
- Dieser Zusammenhang wird bestätigt, wenn man allein die Fähigkeit selbstständig zu essen in Betracht zieht. Personen, die beim Essen auf verstärkte oder erhebliche Hilfe angewiesen sind, oder es gar nicht selbstständig schaffen, haben eine signifikant größere Wahrscheinlichkeit (Pearson = $-.355$, $p = .01$) mangelernährt zu sein.

- Ein weiterer Grund sind die schon genannten Probleme im Mundbereich, d.h. Kauprobleme und Schmerzen im Mund, die tendenziell und indirekt für die Mangelernährung verantwortlich gemacht werden können. Denn die Bewohnerinnen, die unter Kauproblemen leiden, weisen signifikant mehr Schluckprobleme auf (Pearson .433, $p = .01$), diese korrelieren wiederum signifikant mit der Mangelernährung (Pearson = $-.200$, $p = .05$). Deshalb wäre es so wichtig, den Zustand der Zähne und des Mundes mit der Dokumentation im Pflegeprozess genau zu kontrollieren. Dieses geschieht aber, wie wir zeigen, nicht.
- Gefunden wurde eine signifikante Beziehung zwischen der Feststellung, dass Bewohnerinnen unter Hunger leiden („klagt regelmäßig über Hunger“) und dem BMI. Hierzu ist schon der Prozentsatz der Diabetiker zu erwähnen, die eventuell auf Zwischenmahlzeiten angewiesen sind (23,4% des Sample). Allerdings gehören die Diabetikerinnen in diesem Sample vorwiegend zu den Übergewichtigen. Aber es zeigt sich doch, dass Zwischenmahlzeiten mit dem BMI negativ korrelieren.
- Auch bei der Berücksichtigung der Möglichkeit, dass die Mangelernährung auf Krebserkrankungen oder andere Probleme, die mit Resorptionsschwierigkeiten einhergehen können, zurückzuführen ist (wir haben diese Klientinnen „herausgerechnet“), bleibt der Zusammenhang bestehen. Wer nicht selber essen kann, hat ein höheres Risiko, mangelernährt zu sein ($p = .000$). Mit dem Ansteigen des Ausmaßes an Fremdhilfe stieg die Wahrscheinlichkeit der Mangelernährung signifikant an.
- Gefährdet ist auch derjenige, der auf Spezialzubereitungen und Spezialversorgung angewiesen ist. Zerkleinerte Speisen und ebenso die Zwischenmahlzeiten sind eher mit einem niedrigen BMI assoziiert (Pearson = $-.317$, $p = .01$; $-.229$, $p = .05$). Dieser Zusammenhang bleibt bestehen, auch wenn Personen mit Krebs und Terminalkranke unberücksichtigt bleiben.

Um die Problematik näher zu betrachten, haben wir die Stichprobe dieser Studie mit einer sächsischen Stichprobe aus vier Heimen verglichen⁶² (Abbildung 4). Die Unterschiede – mehr Normgewichtige in Sachsen, mehr Überernährte in NRW – sind statistisch nicht signifikant. Obwohl die sächsische Stichprobe einen niedrigeren Mittelwert (22,6) hat, ist der Median fast gleich (22,4). Auch die Unterschiede zu einzelnen Problemen der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme sind ebenfalls nicht signifikant (Abbildung 5). Wir sehen also, dass das Ernährungsproblem erheblich ist, und dass es dringend angegangen werden muss, wobei die Ursachenbekämpfung wichtiger ist, also eine erhöhte Kalorienzufuhr.

⁶² Dazu wird derzeit eine Dissertation von K. Engel angefertigt.

Abbildung 4: Prävalenz des Ernährungszustandes in NRW (n_n=141) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n_s = 195) (Anteile in %)

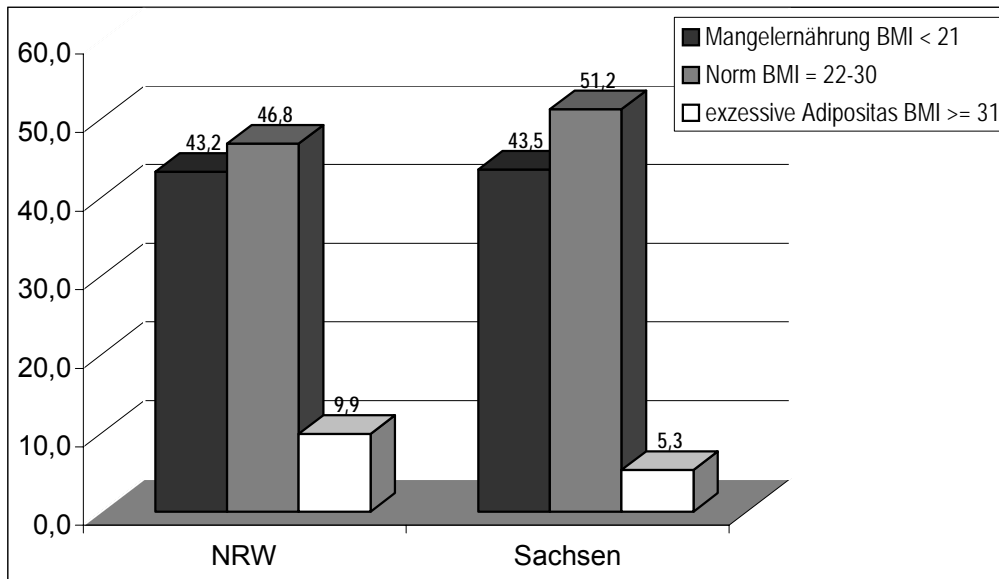
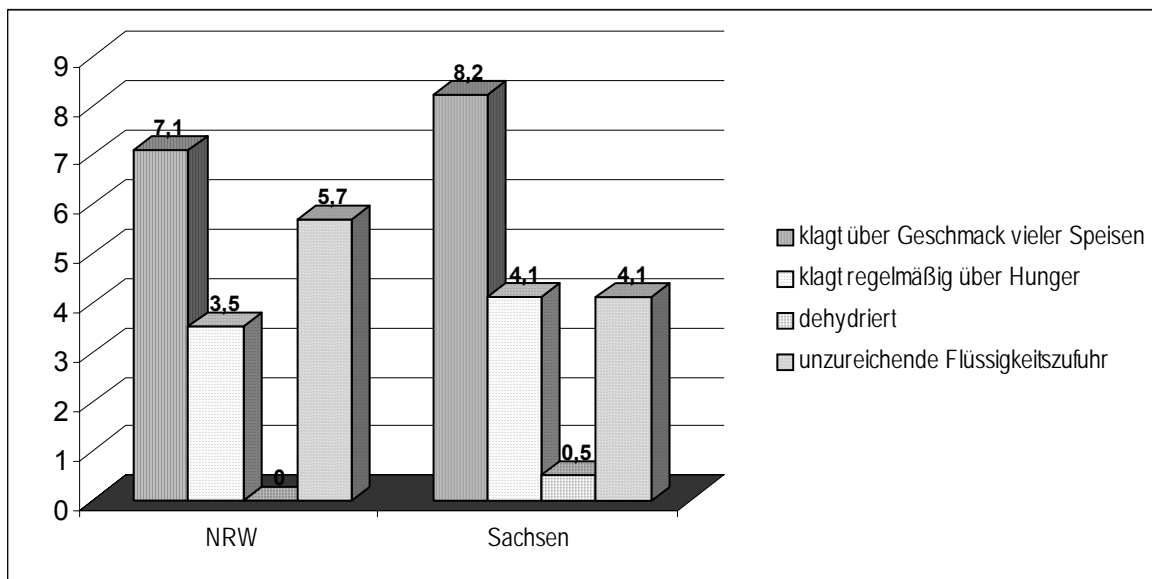


Abbildung 5: Prävalenz des Ernährungs- und Flüssigkeitsmangels in NRW (n_n=141) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n_s = 195) (Anteile in %)



5.3.2 Flüssigkeitsversorgung

In der vorliegenden Studie werden die folgenden Hinweise auf mögliche Dehydratation in Betracht gezogen:

- Verminderung der Nahrungsaufnahme,
- Unzureichende Flüssigkeitszufuhr (vgl. Abbildung 5).

Dehydratation ist ein Zustand, in dem der Flüssigkeitsverlust die Flüssigkeitsaufnahme übersteigt. Da sie ernsthafte Konsequenzen hat, etwa die erhöhte Sterblichkeit, Verwirrtheit, Blutdruckprobleme, Infektionen, etc., muss sie dringend vermieden werden. Das Wasser bzw. die Flüssigkeit sind für unseren Körper und seine zahlreichen Funktionen und Prozesse unerlässlich. Die Flüssigkeit ist erforderlich, um komplexe metabolische Prozesse in Gang zu halten. Sie ist wichtig, um das Gewebe und die Verteilung der Ernährung in den Zellen im Gleichgewicht zu halten, die Abfallprodukte des Metabolismus zu beseitigen und die Körpertemperatur zu regulieren. Viele belastende Symptome können das Ergebnis der Dehydratation sein. Zu solchen Symptomen gehören z.B. die Benommenheit oder Schwindelgefühle im Stehen oder im Sitzen, Trockenheit des Mundes und Verstopfung. Zu den ernsthaften Folgen einer Dehydratisierung gehören beispielsweise die Verwirrtheit, der Abfall körperlicher Funktionsfähigkeit, Hautprobleme bis zum Auftreten von wunden Stellen und die Prädisposition für Infektionen oder Stürze. Ein akutes Nierenversagen und sogar ein Exitus können Folgen von Dehydratation sein. Die Dehydratation tritt normalerweise zusammen mit akuten Erkrankungen im Alter auf. Hospitalisierte alte Menschen mit Flüssigkeitsmangel haben höhere Mortalitätsraten als Nichthospitalisierte. Deshalb soll Pflege die Risiken der Dehydratation erkennen. Dazu gehören:

- Probleme mit Nieren. Wenn der alte Mensch nicht genug Flüssigkeit aufnimmt oder wenn zu viel Flüssigkeit verloren geht, ist der Körper häufig nicht in der Lage, diese Verluste auszugleichen. Diese sind mit 7,8% (Niereninsuffizienz) vertreten.
- Verschiedene Arten von Medikamenten, die im Alter häufig eingenommen werden, verursachen Appetitlosigkeit oder Übelkeit, und auch das führt zum Absinken der Flüssigkeitsmenge, die dem Körper zugeführt wird (vgl. hierzu 5.3.5).
- Das Durstgefühl verringert sich im Alter, so dass zum Trinken angehalten werden muss. Deshalb ist die Dehydratation zum großen Teil auf unzureichende Pflege zurückzuführen.
- Manche alte Menschen schränken bewusst die Flüssigkeitsaufnahme ein, um Probleme beim Schlucken zu vermeiden oder ihre Neigung zur Urininkontinenz auszugleichen.

Darüber hinaus wirken weitere intrinsische und extrinsische Faktoren als Ursachen mit:

- Infektionen, speziell wenn diese mit Diarrhöe, Fieber, Übelkeit und Erbrechen, Respirationsproblemen und sehr starken Schwitzen verbunden sind. Diese Probleme sind mit einem jeweiligen Anteil von unter 2% verbunden.
- Geistige Beeinträchtigungen, die die Klientinnen am Trinken hindern und ihnen nicht erlauben, sich Getränke zu beschaffen (vgl. 5.3.9).
- Depressionen, die die Klientinnen veranlassen, Essen und Trinken zurückzuweisen. 8% der Klientinnen wiesen ein Depressionsrisiko auf.

- Kommunikationsprobleme, die verursachen, dass die Klientinnen nicht in der Lage sind mitzuteilen, dass sie trinken oder essen möchten. Rund 50% haben irgendwelche Kommunikationsprobleme.
- Bewegungseinschränkungen, die dazu führen, dass die Klientinnen nicht in der Lage sind zu trinken, ebenso auch Behinderungen, die es verhindern, dass die Klientinnen sich einen Flaschenverschluss öffnen oder den Wasserhahn aufdrehen.
- Starke Salivation, die zum Flüssigkeitsverlust führt.
- Schwierigkeiten beim Schlucken und bei Bewegungen des Mundes oder beim Kauen – vgl. unter „Ernährung“.

Wegen der möglichen Konsequenzen verdient die Problematik Beachtung, obwohl sie nur gering präsent ist (unzureichende Flüssigkeitszufuhr bei 5,7%).

5.3.3 Risikovermeidung und Sturzprophylaxe

Ein Sturz bringt für alte Menschen immer eine ganze Palette von Problemen mit sich. Es ist deshalb eine Aufgabe der Pflege, Personen zu identifizieren, die dem Risiko von Stürzen in einer besonderen Weise ausgesetzt sind. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt Personen, die bereits gestürzt sind. Sie müssen adäquat gepflegt werden. Die Pflegeplanung soll darauf ausgerichtet sein, das Risiko der Stürze gering zu halten und mögliche Verletzungen zu vermeiden. Andererseits geht es um die Identifizierung von Risiken, um deren Vermeidung und um Verletzungsprävention. Darüber hinaus sollen Personen mit plötzlicher Verwirrtheit, Demenz, Parkinsonismus, Menschen, die unsicher gehen oder selten ausgehen ständig beobachtet werden um den nächsten Sturz zu verhindern. Ein Sturz kann durch intrinsische oder extrinsische Faktoren verursacht werden. Stürze repräsentieren ein wichtiges geriatrisches Syndrom, nicht nur weil ihre Prävalenz und die daraus resultierende Morbidität oder Mortalität sehr hoch sind, aber auch weil der Sturz auf unerkannte Erkrankungen hinweisen kann. Die Stürze – wie auch immer negativ sie in ihren Auswirkungen sind – bieten der Pflege eine Gelegenheit, die nicht erkannten Erkrankungen und Behinderungen zu erkennen, damit diese angegangen werden könnten, um einen funktionellen Abbau aufzuhalten.

Die Sturzprävalenz ist extrem hoch. Etwa ein Drittel alter Menschen, die in der Gemeinde leben, erleben einen Sturz. Davon fällt die Hälfte häufiger als einmal pro Jahr. In den Heimen rechnet man damit, dass 40% der Bewohnerinnen pro Jahr stürzen. Das Risiko des Sturzes steigt mit zunehmendem Alter, ebenso wie die Morbidität und Mortalität, die den Stürzen folgen. Bis zu 5% der Stürze haben eine Fraktur zur Folge. Die ernsthafteste davon ist die Oberschenkelhalsfraktur. Signifikante Gewebeerkrankungen treten als Folge von etwa 10% der Stürze auf.

Angst vor Sturz ist eine wichtige Ursache des Sturzes, denn diese Angst beeinträchtigt den Ablauf von normalen Aktivitäten. Angst vor Sturz geben etwa 40% derjenigen Älteren an, die bereits gestürzt sind. 41% dieser Personen, die sich fürchten, dass sie stürzen, schränken ihre Aktivitäten im Verlauf von 6 Monaten ein. In einzelnen Fällen gibt es nur eine einzige Ursache für den dann erlittenen Sturz, aber häufiger ist eine ganze Fülle von Faktoren für den Sturz verantwortlich. Viele chronische Erkrankungen sind als Substrate für Stürze zu bezeichnen. Auch die Umweltfaktoren stellen Risiken dar, speziell dann, wenn sie mit akuten Erkrankungen verbunden sind.

Das Pflegepersonal muss deshalb auf die folgenden Risiken achten:

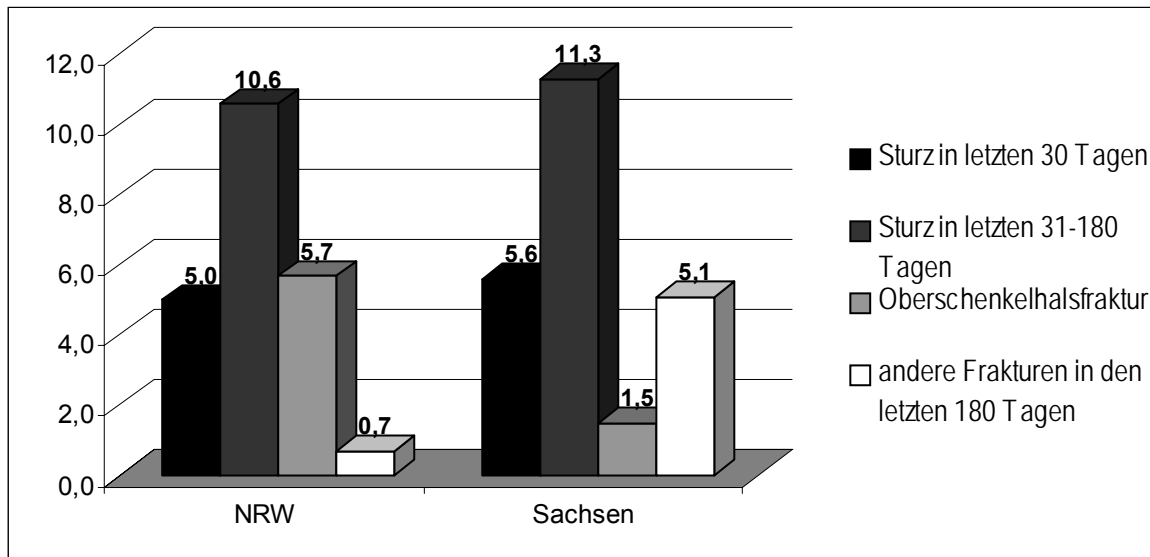
1. *Neuromuskuläre Risikofaktoren:* Störungen der Gangart (z.B. im Zusammenhang mit Erkrankungen). In der untersuchten Population sind Probleme dieser Art höchst prävalent. Beispiele: Nur 44,7% können ihre Beine ohne Probleme bewegen (Vollverlust liegt bei 18%). Bei der Bewegung der Füße sind 12,8% einseitig, 24,8% beidseitig eingeschränkt.
2. *Kardiovaskuläre Risikofaktoren,* etwa Blutdruckabfall nach Mahlzeiten sowie die medikamentenabhängige Hypotension (2,1% des Sample).
3. *Orthopädische Risikofaktoren,* etwa skelettale Schmerzen, Schwierigkeiten mit den Füßen, Erkrankungen, und besonders Arthritis (Arthritis = 14,2%; Amputation = 2,4%, Hemiplegie / Hemiparese = 9,9%, Paraplegie = 2,8%, Osteoporose = 13,5%).
4. *Wahrnehmungsbedingte Risikofaktoren:* Probleme mit dem Sehen und der Gleichgewichtsfunktion (stark beeinträchtigt bei 11,3% beziehungsweise 34,8%).
5. *Psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensstörungen:* Depression, Delirium und Demenz, mit denen speziell eine veränderte Urteilsfähigkeit und Verhaltensprobleme einhergehen. Angst vor Sturz ist der Risikofaktor Nummer eins. Ebenso gefährlich ist die allgemeine Unsicherheit.
6. *Medikation:* Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva und kardiovaskuläre Medikation.
7. *Alkoholismus.*
8. *Verschiedene Risikofaktoren in der Umwelt:* Schlechte Beleuchtung, rutschige Teppiche, übereinander liegende Teppiche, steile Treppen, glatte, feuchte und unebene Fußböden, und vor allem ungeeignete Schuhe („Latschen“).

In der vorliegenden Studie konzentrieren wir uns auf die Risiken, die im allgemeinen auch den nicht speziell vorgebildeten Pflegekräften einleuchten:

- Angst vor Sturz,

- Unsichere Gangart,
- Medikation (vgl. 6.3.5).

Abbildung 6: Prävalenz von Stürzen und Unfällen in NRW (n_n=141) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n_s = 195) (Anteile in %)



In der Abbildung 6 ist ein Prävalenzvergleich zwischen dem Befund der vorliegenden Studie in NRW und der schon erwähnten Referenzpopulation in Sachsen dargestellt. Die Unterschiede sind nicht statistisch signifikant. In beiden Kollektiven ist die Sturzhäufigkeit „annehmbar“. Denn würde man hochrechnen, so würde in der Stichprobe rund 32% der Bewohnerinnen im Jahr stürzen, in Sachsen rund 33%. Aber die Rate liegt an der Grenze des Akzeptablen und deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dass die Stürze und die Risikopersonen dauernd beobachtet werden.

Wir haben im Rahmen dieser Studie keine signifikanten Zusammenhänge mit den bekannten Risiken gefunden. Schwach signifikante Korrelation ergab sich lediglich mit der Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit (ADL-Eingenleistungsindex), beim Reassessment mit Zuständen wie die Synkope und Benommenheit.

5.3.4 Schmerzmanagement

„Schmerz“ im Alter war lange Zeit ein vernachlässigter Zustand. Deshalb sind epidemiologische Daten nicht verfügbar (Nikolaus, Schuler 2000). Geschätzt wird, dass 25-40% der geriatrischen Patienten über Schmerzen klagen. Ferner zeigen internationale Studien, dass ungefähr 60% der Klientinnen ambulanter Pflege unter Schmerzen leiden. 30 bis 40% berichten, dass

die Schmerzen ihre Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen. Als unbestritten gilt, dass die Prävalenz in Heimen höher liegt, bis zu 80% haben kontinuierliche Schmerzen. Darüber hinaus handelt es sich in der Regel um Schmerzen, die über längere Zeit andauern. Gerade dieser chronische Charakter der Schmerzen führt bei vielen Pflegeempfängern dazu, dass professionelle Mitarbeiterinnen nach einer bestimmten Zeit vergessen, den Schmerzen Aufmerksamkeit zu schenken und zu deren Bewältigung ausreichend beizutragen. Das ist jedoch ein Qualitätsmangel ersten Grades. Wenn alte Menschen gar nicht über Schmerzen klagen, weil sie diese als eine unvermeidliche Begleiterscheinung des Alters betrachten, so geht es trotzdem darum, dass das Pflegepersonal diesen Zustand beachtet. Viele informelle Helfer und Helferinnen, Familienangehörige, aber auch berufsmäßige Pflegekräfte glauben, dass alte Menschen wenig Schmerzmittel benötigen. Untersuchungen zeigen, dass die unter Schmerzen leidenden alten Menschen nur selten adäquat behandelt werden.

Die durch Schmerzen verursachten Beeinträchtigungen sind komplexer Natur. Sie bestehen aus körperlichen, funktionellen, psychologischen und sozialen Elementen. Schmerzen beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens, stören das Durchschlafen, beeinträchtigen den Appetit und die Nahrungsaufnahme, beeinflussen die Stimmungslage und nicht selten auch die geistige Funktionsfähigkeit. Es kommt häufig vor, dass sich die betroffenen Individuen von sozialen Aktivitäten zurückziehen und keine zwischenmenschlichen Beziehungen unterhalten. Am meisten ist in der Regel die Mobilität beeinträchtigt und das wiederum hat negative Folgen, z.B. den fortschreitenden Verlust der Muskelstärke und das zunehmende Risiko von Stürzen.

Die Schmerzprävalenz wurde mit den Einzelsymptomen und deren Lokalisation gemessen (Tabelle 31), zusätzlich jedoch auch mit einer „Schmerzskala“. Diese verbindet die Faktoren „Intensität und Häufigkeit“ und rangiert von 0 (kein Schmerz) bis drei (extreme, unerträgliche Schmerzen). Fast bei der Hälfte der Bewohnerinnen wurden nach der MDS-Auswertung Schmerzen festgestellt. Die Hälfte der Schmerzpatientinnen leidet aber nicht an permanenten Schmerzen. Doch gut 20% haben tägliche Schmerzen. Genau der gleiche Prozentsatz leidet unter mittleren bis intensiven Schmerzen, glücklicherweise leiden nur zwei Bewohnerinnen an unerträglichen Schmerzen. Wie schon die Verteilung der Erkrankungen vermuten lässt, stehen die Gelenkschmerzen an erster Stelle in der „Schmerzliste“ (Tabelle 31).

Die Schmerzen stehen in einer positiven signifikanten Beziehung zur kognitiven Leistungsfähigkeit ($t = 12,501$, $p = .000$); zur Verweildauer in der Einrichtung ($t = 12,401$, $p = .000$) und zur ADL-Eigenleistung ($t = 29,402$, $p = .000$). Auch korreliert sowohl die Schmerzhäufigkeit als auch die Intensität stark signifikant mit dem Depressionsscore (Pearson = .239, $p = .01$). Wir finden, dass die Schmerzprävalenz dringend im Rahmen von Qualitätsprogramms kontrolliert und gesenkt werden sollte.

Auch im Alter ist eine effektive Schmerzbehandlung möglich. Sie führt nicht nur zur Schmerzeindämmung, sondern auch zur Verbesserung in sehr vielen Lebensbereichen und zur Steigerung der Funktionsfähigkeit insgesamt. Viele Probleme, die sich normalerweise als interventionsresistent erweisen, können somit gelöst oder behoben werden. Das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität steigen.

Tabelle 31: Schmerzsymptomatik und Lokalisation von Schmerzen (n =141, Anteile in %)

Anteil von Personen	% ⁶³
mit täglichem Schmerz	20,6
mit leichtem Schmerz	18,4
mit mittlerem Schmerz	20,6
mit unerträglichem Schmerz	1,4
mit Rückenschmerzen	14,9
mit Knochenschmerzen	14,2
mit Kopfschmerzen	2,8
mit Hüftschmerzen	6,4
mit Gelenkschmerzen	18,4
mit Muskelschmerzen	2,8
mit sonstigen Schmerzen	3,5

5.3.5 Umgang mit Medikamenten

Bei alten Menschen geht die Multimorbidität mit der multiplen Medikamenteneinnahme einher. 60 bis 80% der alten Menschen haben irgendwelche verschriebenen Medikamente und 50 bis 75% der alten Menschen kaufen sich auch noch die apothekenpflichtige Medikation. Die wichtigsten Medikamente sind Mittel gegen kardiovaskuläre Erkrankungen, Antihypertensiva, Schmerzmittel und Antiarrhythmika, Sedativa und Tranquilizer und ebenso auch verschiedene, den Magen-Darm-Trakt beeinflussende Mittel, wie beispielsweise Abführmittel oder Antazida. Es konnte festgestellt werden, dass gut 10% der alten Menschen 5 und mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen. 90% der Klientinnen ambulanter Pflege nimmt wöchentlich mindestens ein Medikament ein. Die mittlere Nutzungsrate sind 5 Medikamente und etwa 20% der Klientinnen ambulanter Pflegedienste nehmen sogar gleichzeitig 9 und mehr Medikamente ein.

⁶³ Die Summe ergibt nicht 100%, da sich die Prävalenzen überschneiden.

In der vorliegenden Studie ist der Medikamentenkonsum hoch:

- Nur fünf Klientinnen nahmen in den letzten sieben Tagen gar keine Medikation ein;
- Weitere 30,5% blieben unter 5 Medikamenten pro Woche.
- 45,5% konsumierten 5 bis 8 Medikamente,
- jeder Fünfte (20,5%) nahm in den letzten 7 Tagen mehr als 8 Medikamente ein.

Mit der zunehmenden Anzahl der einzelnen Präparate und Arzneien steigt auch das Risiko der gegenseitigen Interaktion dieser Mittel oder die paradoxe Reaktion. Auch die schlechte Befolgung der Dosierungsvorschriften und undisziplinierte Einnahme, die sogenannte „Non-compliance“, sind umso wahrscheinlicher, je mehr Medikamente eingenommen werden müssen. Aus diesem Grund ist eine genaue Kontrolle der Medikation wichtig. Wir haben festgestellt (Analyse der Pflegedokumentation, dieses Kapitel), dass bestimmte Medikamente eine unzureichende Beachtung seitens des Pflegepersonals finden. Deshalb haben wir zusätzlich kontrolliert, ob die Überwachung seitens der Ärzte gegeben ist. Dazu benutzen wir die Items

- „ärztliche Untersuchung in den letzten 14 Tagen“ und
- „Veränderung der Verschreibung in den letzten 14 Tagen“.

Es zeigt sich, dass Bewohnerinnen, die mehr als 5 Medikamente einnehmen, signifikant häufiger in den letzten 14 Tagen beim Arzt waren (Pearson = .219, $p = .05$) und dass ihre Verschreibung in den letzten 14 Tagen signifikant häufiger verändert wurde, als bei den anderen Bewohnerinnen (Pearson = .220, $p = .009$). Dieser Zusammenhang lässt sich aber nur schwer interpretieren. Es kann auch sein, dass das Ergebnis weniger ein Zeichen für eine größere Fürsorglichkeit ist, sondern einfach für die Tatsache, dass Patientinnen, die häufiger zum Arzt gehen, insgesamt mehr Medikamente erhalten. Die Chance, mehr Medikamente zu bekommen, wäre in diesem Falle 10mal größer (Regressionskoeffizient $B = 2.2237$; Standardfehler 1.023; $\text{Exp}(B) = 9.367$).

In der jüngeren Zeit spielen auch wirtschaftliche Faktoren (Zuzahlungen) eine Rolle, denn sie beeinträchtigen das Budget der Rentnerinnen erheblich. Die Reaktion alter Menschen auf Medikamente wird von folgenden Faktoren beeinflusst:

- Die Körpergröße verringert sich und gleichzeitig steigt oder vergrößert sich der Body-Mass-Index. Das Gewebe verändert sich in Fettgewebe und durch diese Erscheinungen ist die Verteilung verschiedener Mittel im Körper stark verändert.
- Die Absorption der Medikamente verlangsamt sich geringfügig. Mit der Absorption ist der Verlauf von dem gastrointestinalen Trakt ins Blut gemeint.
- Es verringert sich die Metabolismusleistung der Leber.
- Ebenso verringert sich die Ausscheidungsrate / Filtrationsrate der Nieren. Manche Medikamente werden schlecht oder gar nicht ausgeschieden.

- Die Antwort des Gewebes auf pharmazeutische Agenten ist bei Älteren anders als bei den Jüngeren.

Die paradoxen Reaktionen auf Medikamente werden bei der alten Bevölkerung ungefähr doppelt so häufig, manchmal auch dreimal so häufig beobachtet, wie bei jüngeren Erwachsenen. Die alten Patienten, die Medikamente einnehmen, erkennen häufig die Nebenwirkungen, schreiben diese aber dem fortschreitenden Alter zu. Viele Arzneimittel sind mit sehr hohem Risiko verbunden, das durch die schlechte Compliance, hohe Anzahl von eingenommenen Mitteln, große Variationsbreite der vorhandenen Erkrankungen und pathologische Zustände noch unterstrichen wird.

Besondere Probleme bereiten die Psychopharmaka, mit denen psychische oder geistige Störungen oder entsprechende Symptome, ihre Funktionsfähigkeit und ihr Wohlbefinden behandelt werden. Die Auswahl der Medikation, Dosierung und die dazu gehörenden Beobachtungsverfahren müssen individuell bestimmt werden. Eine Gleichbehandlung ist auch bei den gleichen Problemen oder gleichen Diagnosen nicht angemessen. Alte Menschen, speziell diejenigen mit chronischen Erkrankungen, sind besonders verwundbar und reagieren häufig besonders heftig auf verschriebene Psychopharmaka. Von der vorliegenden Stichprobe nehmen 25% der Klientinnen Antipsychotika an allen Tagen der Woche, 8,2% nehmen an allen Tagen Anxiolytika. 17% nehmen täglich Antidepressiva und 6% Hypnotika. Zusätzlich werden 5,1% der Bewohnerinnen mit Langzeitpsychopharmaka behandelt. Lediglich 24,1% haben irgendwann einmal eine psychiatrische Diagnose gehabt. Als „aktive und aktuelle Diagnosen“ werden bei 4,3% ein Angstsyndrom, bei zwei Klientinnen (absolute Zahl) die manisch-depressive Erkrankung, bei vier Personen (absolute Zahl) die Schizophrenie angegeben. Bei 14,2% der Klientinnen wurde eine Depression diagnostiziert. Diese Diskrepanz verdient eine Überprüfung der Medikation.

Zu erwähnen ist die Gefahr der Interaktion zwischen den Psychopharmaka und anderen Medikamenten. Riskant bei der Verschreibung von Psychopharmaka ist die unzureichende Beachtung individueller Unterschiede, ebenso wie auch die Vernachlässigung des Altersfaktors und der altersbezogenen Erkrankungen als Folge von Psychopharmaka. Ein anderes gängiges Problem ist die Verschreibung von Psychopharmaka zur Behandlung von Symptomen bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Ursachen. Oft gelingt es, die Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen und mentalen Probleme zu beseitigen, aber der Preis ist die Verringerung der körperlichen und instrumentellen Fähigkeiten, eventuell auch eine Eindämmung der kognitiven Funktionsfähigkeit. Auch fanden wir eine vergleichbare positive Beziehung. Klientinnen mit schlechteren CPS-Ergebnissen gehörten eher zu denjenigen, die angstreduzierende und antipsychotische Mittel einnahmen. Diese Beziehungen waren hoch signifikant. So können beispielsweise bei einer Person, die unter Demenz leidet, Halluzinationen beseitigt werden, wenn man ihr eine antipsychotische Medikation verschreibt, doch kann das Mittel in der

eingenommenen Dosierung die Funktionsfähigkeit beeinträchtigen, Motivation und Blasenkontrolle reduzieren, sodass dann diese Person letztendlich nicht in einem besseren Zustand ist, als wenn sie „lediglich“ Halluzinationen hätte.

Die wichtigsten Nebeneffekte der Psychopharmaka:

- Viele Antipsychotika und Antidepressiva (z.B. Chlorpromazin oder Thioridazin) haben anticholinergische Effekte, die sich durch Verstopfung, Urinverhaltung, trockenen Mund, Aggravation und Impotenz bemerkbar machen können.
- Einzelne Antidepressiva und einzelne Antipsychotika verursachen eine orthostatische Hypotension, die mit dem Risiko von Stürzen und anderen Unfällen behaftet ist. Die Antidepressiva auf der Serotoninbasis (SSRI) bewirken dagegen keinen labilen Blutdruck, sind jedoch gefährlich für die Bewegungskoordination und beeinträchtigen die Gehfähigkeit: Auch sie können also zu Stürzen beitragen.
- Diazepam oder andere, ähnliche angstlösende Mittel, wirken sich auf die Gangart, Bewegungskoordination und Gedächtnisfunktionen aus. Buspiron hat nicht solche Nebenwirkungen.
- Die Aufdeckung und geeignete Behandlung der Nebenwirkungen von Psychopharmaka ist sehr wichtig, weil solche Nebeneffekte und Nebenwirkungen in der Regel unangenehme Gefühle bei den Klientinnen verursachen und die Lebensqualität beeinträchtigen, so dass die Wahrscheinlichkeit für Nicht-Compliance sehr hoch ist.
- Es gibt eine ganze Reihe von Medikamenten, die eine Parkinsonsche Erkrankung oder dem Parkinsonismus verwandte Symptome induzieren. Diese äußern sich durch Tremor, Rigidität, Bradykinäsie, Akinäsie, ungleichmäßige Gangart und Apathie.
- Eine andere Nebenerscheinung ist die Unruhe. Medikamente mit einem Depoteffekt und langzeitwirksame Mittel können ihre Wirkung über mehrere Wochen akkumulieren und das führt dazu, dass sich die Nebenwirkungen von Psychopharmaka progressiv verschlechtern oder verstärken können. Die Kurzzeitpsychopharmaka haben nicht solche akkumulierenden Wirkungen, sie haben einen anderen Nachteil: Ihr Absetzen hat größere Nebenwirkungen zur Folge.
- Viele psychotropische Drogen verursachen Zittern. Meistens tritt ein derartiger Tremor mit der Einnahme der Antidepressiva auf. Auch das Lithium kann den Tremor verstärken, wobei dieses Zittern während der Aktivitäten auftritt, wohingegen sich der Tremor als Begleiterscheinung einer Parkinsonschen Erkrankung normalerweise im Ruhezustand manifestiert.

5.3.6 Aktivierung und Mobilität

Das Ziel ist es, darzulegen, ob die Potentiale für eine größere Unabhängigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit gefördert oder vernachlässigt werden, um den Abbau der körperlichen Funktionsfähigkeit zu verhindern oder zu verlangsamen. In der vorliegenden Untersuchung konzentrieren wir uns erst einmal auf die vorhandenen Potentiale. Subjektiv trauen sich 18,4% der Bewohnerinnen mehr Leistung zu. Das Personal traut 20,6% der Bewohnerinnen Verbesserungsmöglichkeiten zu. 34,8% der Klientinnen ist eigentlich in der Lage, die wesent-

lichen Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, wenn genug Zeit vorhanden wäre und wenn die Aufgaben in Schritte zerlegt werden würden.

Die Angebote für diese oder einfach alle Klientinnen sind aber begrenzt:

- So erhielten in den letzten 14 Tagen 16,3% des Kollektivs eine Sprachtherapie, davon freilich die meisten (13,5% des Sample) nur von weniger als 15 Minuten Gesamtdauer pro Woche. Nur eine Klientin wurde insgesamt 80 Minuten therapiert.
- 17,7% erhalten eine fachlich geleitete Aktivierungstherapie, davon wieder mehrheitlich (insgesamt 14,3% des Sample) unter 15 Minuten in sieben Tagen. Zwei Personen wurden je 30 Minuten, eine Person 40 Minuten und eine sogar 120 Minuten behandelt (Gesamtdauer für sieben Tage).
- Weit mehr Klientinnen erhalten die Bewegungstherapie, ganze 24,1%, also fast ein Viertel der Bewohnerinnen. Davon 29,4% (7,1% des Gesamtsample) aber weniger als 15 Minuten pro Woche, 3,5% des Gesamtsample unter 60 Minuten, 6,4% des Gesamtsample eine ganze Stunde. Die restlichen der Empfänger werden bis zu 315 Minuten therapiert, wobei es natürlich nur Einzelpersonen sind, die solche Leistungen in sieben Tagen erhalten.
- Die Atemtherapie kam 17% der Untersuchten innerhalb von 14 Tagen zugute. Innerhalb einer Woche wurden aber alle mit Ausnahmen einer Klientin weniger als 15 Minuten behandelt.
- Eine Psychotherapie hatten in 14 Tagen wiederum 16,3% der Personen, davon alle unter 15 Gesamtminuten pro Woche.
- Für zwei Klientinnen wurde eine Milieuthherapie bereitgestellt, fünf nahmen an einer Gruppentherapie teil und 5,7% an einem Orientierungstraining (jeweils bezogen auf die letzten 14 Tage vor dem Assessment).

Neben diesen Therapien durch Spezialisten gab es aber auch Aktivierung und Mobilisierung seitens des Pflegepersonals.

- Im Bereich der passiven Beweglichkeit hatten 66,1% kein pflegerisches Training oder nur eine Maßnahme, die nicht länger als 15 Minuten pro Tag dauert. 27,7% der Personen wurde jeden Tag trainiert, die restlichen 6,2% an einem bis fünf Tagen.
- Drei Viertel hatten gar kein pflegerisches Training der aktiven Beweglichkeit in den letzten sieben Tagen. Der Rest verteilt sich analog zu den vorherigen Feststellungen.
- Ein Hilfsmitteltraining hatten nur 9 % der Klientinnen in den letzten sieben Tagen absolviert, freilich übte nur etwa die Hälfte täglich.
- Mit einem Drittel der Klientinnen wurden Bewegungen im Bett durchgeführt, davon übten die meisten täglich;
- 39% der Klientinnen hatten Transferübungen, 29,1% Gehübungen, 44% ein Training für das Ankleiden. Weiter 34,1% der Klientinnen hatten Essen und Schlucken geübt. 3,3% wurden in Prothesenverwendung unterwiesen und 32% übten die Kommunikation.

Weitere Analysen ergeben aber keine signifikanten Beziehungen zwischen dem „Bedarf“ und den Übungen. So waren beispielsweise die 32% der Hilfsmittelbesitzer nicht unbedingt signi-

fikant häufiger unter den Teilnehmerinnen des Hilfsmitteltrainings zu finden. Auch andere plausible Beziehungen konnten statistisch nicht bestätigt werden.

Es bleibt festzuhalten, dass die Einrichtungen offenbar bemüht sind, auf der pflegerischen Seite gewisse Förderungsaktivitäten anzubieten. Die fachspezifische Aktivierung und Rehabilitation gibt es nicht. Wir haben in der Follow-up Untersuchung Verbesserungen registriert, aber die Zahlen sind zu gering, um sie mit den angebotenen Maßnahmen in Beziehung zu setzen.

5.3.7 Hautversorgung

Hautprobleme sind in Pflegeheimen sehr verbreitet und reichen von Ausschlägen, Jucken und Ekzemen bis hin zum Hautkarzinom. Pflegerelevant sind besonders die Druckgeschwüre, weil sie nicht selten Indikatoren einer schlechten Pflege sind. Gute Pflege kennt die Risiken der Druckgeschwürentwicklung, beugt diesen Risiken vor und versorgt Druckgeschwüre, die bereits vorhanden sind. Dieses geschieht auf der Basis einer gezielten Pflegeplanung. Die Prävention der Druckgeschwüre hat eine sehr große Bedeutung. Wenn einmal Druckgeschwüre auftreten, bereiten sie die größten Probleme, verlangen sehr lange Abheilungszeit und führen zu medizinischen und pflegerischen Komplikationen. Nicht selten beginnt hier der Abbau, der schließlich mit dem Tode endet.

Hautgeschwüre im Alter resultieren aus ischämischen Störungen in peripheren Regionen und der ihnen folgenden Nekrose der Haut und des subkutanen Gewebes. Häufig sind sogar Muskeln in Mitleidenschaft gezogen, speziell dort, wo die Haut über die Knochen spannt. Druckgeschwüre resultieren aus einer Druckeinwirkung, die entweder eine kurze Zeit dauert und intensiv ist oder die leicht, aber dauerhaft ist. Es gibt Klassifikationssysteme, mit denen die Druckgeschwüre charakterisiert und klassifiziert werden:

Stadium I: Eine dauerhafte Rötung einer noch intakten Haut; Neigung zur Geschwürbildung der Haut. Eine Errötung als eine Reaktion auf einen unmittelbar davor wirkenden Reiz soll nicht mit diesem Stadium I verwechselt werden, denn sie ist eine Reaktion, die reversibel ist. Dieses Stadium der Druckgeschwüre weist in dieser Studie eine Prävalenz von 4,6% auf (im Vergleich: bei der sächsischen Stichprobe 11,8%).

Stadium II: Die Hautstärke geht verloren. Angegriffen ist die Epidermis oder die Dermis. Es bildet sich ein oberflächliches Geschwür, das sich als eine Abschürfung, eine Hautblase oder ein sehr flacher Krater äußert. Auch dieses Stadium ist reversibel. Die Prävalenz beträgt 3% dieser Stichprobe (gleiche Rate in Sachsen).

Stadium III: Die Haut ist zerstört in ihrer vollen Dicke. Es tritt unter Umständen eine subkutane Nekrose auf, welche auch die weiter unten liegenden Schichten angreift. Das Geschwür äußert sich klinisch als ein tiefer Krater. Die darunter liegenden Gewebe werden sichtbar. Dieses Stadium kann bereits lebensbedrohlich sein. Die Prävalenz betrug 2,4% (in den Vergleichsstichprobe in Sachsen 1,5%).

Stadium IV: Die Haut ist in ihrer vollen Stärke zerstört. Die Gewebenekrose oder Gewebezersetzung reicht bis in den Muskel, Knochen oder das Stützgewebe (beispielsweise die Sehnen) hinein. Auch die Beeinträchtigung der entsprechenden Nervenbahnen kann mit diesem Stadium IV verbunden sein. Osteomyelitis oder eine septische Arthritis können in Verbindung mit diesem Stadium der Druckgeschwüre fatale Folgen haben. Dieses Stadium wurde in NRW nicht gefunden, in Sachsen nur zu 1%.

In unterschiedlichen Studien wird die Prävalenz mit unterschiedlichen Anteilen angegeben: In den Vereinigten Staaten wird geschätzt, dass 9% der Patienten im Akutkrankenhaus unter Druckgeschwüren leiden. Der Anteil der Druckgeschwüre liegt in geriatrischen Abteilungen in Krankenhäusern und in Pflegeheimen oft deutlich höher, die Werte bei Bewohnerinnen der Pflegeheime betragen meist zwischen 8 und 15% (vgl. oben Kapitel 2.7). Diesem Befund entspricht auch die vorliegende Studie, wobei noch andere Arten von Geschwüren mit rund 3% dazu kommen. Die Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung ist nicht bekannt. Wahrscheinlich ist, dass die Klienten der ambulanten Pflegedienste etwa zu 5 bis 25 % unter Druckgeschwüren leiden und dass viele von ihnen schon früher manifeste Druckgeschwüre hatten. Es zeigt sich nämlich, dass die Personen, die unter Druckgeschwüren leiden, ungefähr in 13% schon einmal Druckgeschwüre hatten. In dieser Studie handelt es sich um rund 8% der Untersuchten mit früheren Ulcera. Sie haben signifikant häufiger auch jetzt noch ein Ulcus ($p = .01$). Patienten mit Druckgeschwüren haben eine höhere Mortalität, als vergleichbare Personen ohne Druckgeschwüre.

Da Immobilität, Inaktivität, Inkontinenz, veränderte geistige Fähigkeiten und unzureichende Ernährung zu Druckgeschwüren führen, gilt es diese Zustände mitzukontrollieren. Wir fanden in dieser Studie hochsignifikante positive Korrelation zwischen Stadium 2 der Druckgeschwüre und Einschränkung der Beweglichkeit im Bett (Pearson = .358, $p = .01$), sowie beim Transfer (Pearson = .259, $p = .01$). Das 3. Stadium ist signifikant häufiger vorhanden, wenn die Person einen hohen Bedarf an Fremdhilfe beim Transfer hat. Vergleichbare Zusammenhänge wurden für frühere Geschwüre festgestellt. Es zeigt sich also, dass die angegebene Mobilisierung (siehe die vorherige Darstellung zum Rehabilitationspotential) nicht greift. Es gibt keinen positiven Zusammenhang zwischen der Aktivierung und dem verminderten Dekubitusrisiko oder der niedrigeren Dekubituswahrscheinlichkeit in dieser Studie.

Es gibt aber auch andere Hautprobleme in dem versorgten Kollektiv:

- Hautausschläge stehen an der Spitze mit der Prävalenz von 12%
- Andere Probleme (Verbrennungen, Wunden, etc.) sind jeweils bei einer von zwei Bewohnerinnen vorhanden.
- Trotz der vergleichsweise niedrigen Prävalenzrate, die im Normbereich liegt, werden bei vielen Klientinnen Hilfsmittel verwendet, die wir deshalb als prophylaktische Hilfsmittel einstufen:
- 23,4% haben Sitzauflagen und andere Mittel zur Entlastung im Sitzen.
- 35,5% haben Auflagen und Druckentlastungsmittel fürs Bett.
- Für 27,7% ist ein Lagerungsplan vorhanden.
- 59,6% der Klientinnen haben eine feuchtigkeitsspendende Versorgung,
- Bei 13,5% wird die Dekubituspflege durchgeführt.
- 30,5% haben andere Formen der Hautprävention und Hautbehandlung.

5.3.8 Versorgung bei Inkontinenz

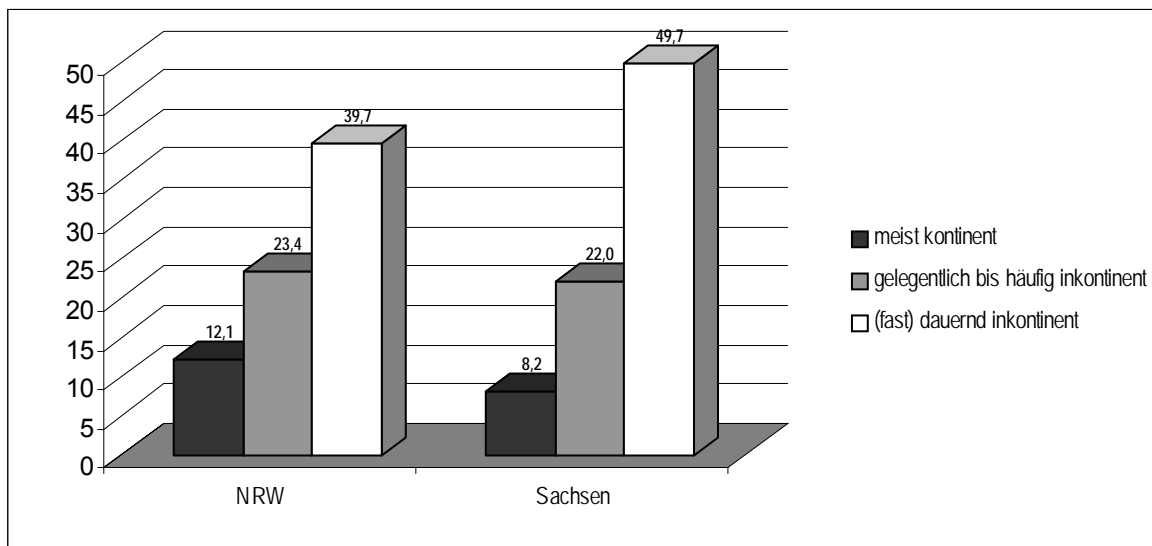
Die Urininkontinenz ist die Unfähigkeit, die Urinausscheidung in einer sozial angemessenen Weise zu kontrollieren. Ihre Verbreitung ist auch unter der jüngeren Bevölkerung beträchtlich. Sie wird auf 20% bei Frauen geschätzt, jedoch ist die Dunkelziffer hoch. Für die Heime wird die Prävalenz mit 50% angegeben. In den Vereinigten Staaten haben etwa 15% der älteren Menschen, die in Privatwohnungen leben und 50% der Pflegebedürftigen (speziell diejenigen, die organisierte Pflegedienste erhalten), Probleme mit der Blasenkontrolle. Die Inkontinenz hat viele negative Folgen: Hautprobleme (besonders, wenn die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist), Stürze und soziale Isolation. Nicht zu vergessen ist die Belastung der Pflegenden durch die mangelhafte Blasenkontrolle der ihnen anvertrauten Klientinnen. Aus diesem Grunde wird die Inkontinenz als eine der wichtigsten Ursachen für eine Unterbringung in Heimen angesehen.

Die Raten der Urininkontinenten sind in der Abbildung 7 angegeben. Sie sind (zählt man gelegentliche bis häufige und dauerhafte Inkontinenz zusammen) höher als 50%, nämlich rund 63%. Wir haben als Vergleichszahlen die sächsischen Daten aufgeführt (ebenda). Dort ist der Anteil dauerhaft Inkontinenter um 10 Prozentpunkte höher und auch die Rate der gelegentlich bis häufig und dauerhaft Inkontinenten ist signifikant höher als in Nordrhein-Westfalen. Diese Zahlen sind deutliche Hinweise auf Qualitätsprobleme, wobei die sächsische Pflege hier besonders negativ erscheint.

Harnwegsinfekte, insbesondere wenn sie neu auftreten, sind häufige Ursachen der Urininkontinenz. Schmerzen beim Wasserlassen oder ein ständiger Drang verhindern, dass die älteren Menschen die Toilette rechtzeitig erreichen. Harnwegsinfekte sind deshalb so relevant, weil die Abwehrkraft von Pflegeheimbewohnerinnen oft herabgesetzt ist. Das Risiko einer Infekti-

on gehört gerade in stationären Einrichtungen zu den Problemen, denen die Pflege viel Aufmerksamkeit widmen muss. Es wird geschätzt, dass 5 bis 10% der Bewohnerinnen an Infekten leiden und die Inzidenzrate 5 bis 15 pro 1000 Bewohnertage beträgt (Goodwin-Beck 1998). Es wird ferner geschätzt, dass die Harnwegsinfekte etwa einen Anteil von 25 bis 50 % an allen Infekten ausmachen. In der untersuchten Population war nur eine Häufigkeit von 1,4 % an Harnwegsinfektionen in den letzten 30 Tagen aufgetreten. Weil die Harnwegsinfekte erhebliche Folgen haben können, müssen sie systematisch beobachtet werden. In der vorliegenden Studie wurde die Prävalenz der Harninfekte, die Inzidenzrate in zwei Monaten und der Zusammenhang zwischen den Harnwegsinfekten und der Harninkontinenz erhoben.

Abbildung 7: Prävalenz von Harninkontinenz in NRW (n_n=144) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n_s = 195), Anteile in %



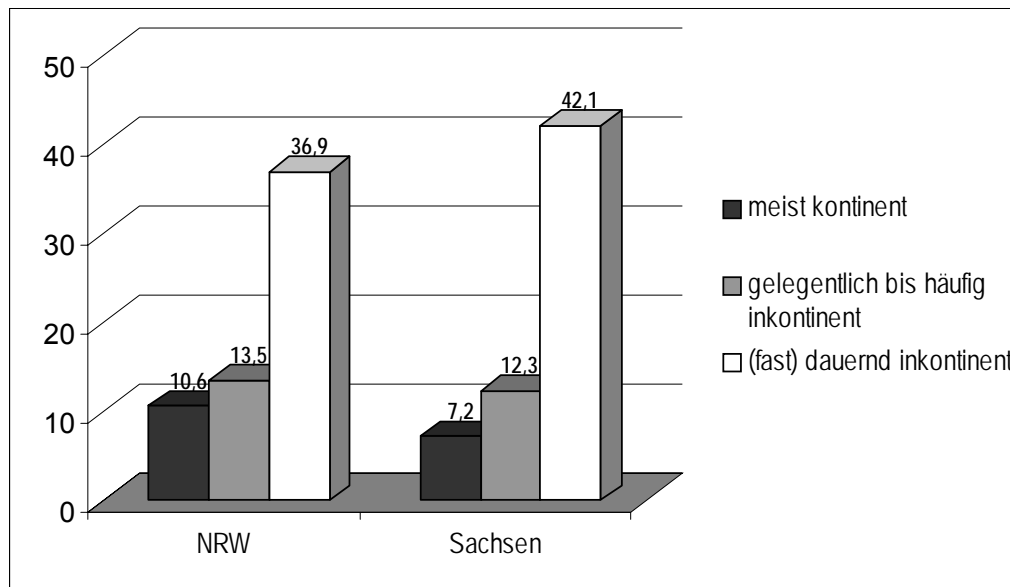
Personen mit einer kompletten Kontrolle sind nicht berücksichtigt.

Nicht nur die Urininkontinenz ist hoch prävalent. Auch die Darminkontinenz ist verbreitet – vgl. Abbildung 8 für NRW und Sachsen. Gemessen an den Angaben von Roempp (2000), der für Pflegeheimbewohnerinnen ab 65 Jahren eine Häufigkeit von 50% ausgibt, erscheint das Problem in den beiden hier dargestellten Stichproben als enorm. Vor allem der hohe Prozentsatz der dauerhaften Inkontinenz gibt entschieden Anlass zur Sorge.

Die beiden Arten von Inkontinenz korrelieren hoch positiv mit dem ADL-Score, d.h. mit entsprechenden Einschränkungen in diesen Bereichen und auch mit den folgenden Fähigkeiten: Bewegung im Bett, Transfer (sowohl die Eigenleistung, als auch das Ausmaß an Fremdhilfe). Des weiteren wurde eine hochsignifikante positive Korrelation mit Einschränkungen der Mobilität (Bewegung im Zimmer – Eigenleistung und Fremdhilfe) konstatiert. Wer nicht aufstehen, aus dem Bett kommen und laufen kann, der wird inkontinent. Wer selbstständig die Toi-

lette nicht aufsuchen und benutzen kann, wird ebenfalls inkontinent. So erscheint zumindest ein Teil der Inkontinenz einfach ein Ausdruck der fehlenden Hilfe zu sein.

Abbildung 8: Prävalenz von Stuhlinkontinenz in NRW (n_n=144) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n_s=195), Anteile in %



Personen mit einer kompletten Kontrolle sind nicht berücksichtigt.

5.3.9 Versorgung kognitiv beeinträchtigter Klientinnen

Die Beeinträchtigung der kognitiven Funktionsfähigkeit ist durch eine große Varietät der Behinderungen charakterisiert. Alle Aspekte des Lebens und der Funktionsfähigkeit in fast allen anderen Bereichen werden von ihr berührt und beeinflusst. Es beginnt mit dem Vergessen der unmittelbaren wie auch weiter zurückliegenden Ereignisse und mit Verwirrung. Danach folgen Schwierigkeiten, Worte zu finden. Ferner stellt sich ein Kommunikationsproblem ein, denn die Betroffenen haben Schwierigkeiten, die Sprache anderer Menschen zu verstehen. Kurz: Die Betroffenen können in ihrer sozialen Umwelt nicht adäquat funktionieren. Wir befassen uns mit mehreren Aspekten dieser Problematik:

1) Delir und akute Verwirrtheit sind (bei alten Menschen) Anzeichen bzw. eine unspezifische Symptomatik verschiedener akut behandelbarer Erkrankungen. Es handelt sich um ein Problem mit einer hohen Sterberate. Deswegen sollte die Ursache des Delirs diagnostiziert und behandelt werden. Akute Verwirrtheit ist kein Bestandteil des normalen Alterungsprozesses. Einige der klassischen Zeichen des Delirs sind schwer erkennbar. Sie werden oft mit dem Verlauf einer Demenz verwechselt. Diese Gefahr droht vor allem in fortgeschrittenen Demenzstadien, während derer das Delir nicht selten mit dem Tod endet. Des-

wegen ist eine gute Beobachtung der Klientinnen und die Klärung der Ursachen von großer Wichtigkeit.

Ein Delirium ist ein akuter, reversibler organischer Zustand, der sich durch die Beeinträchtigung der Wahrnehmungsfähigkeit durch die herabgesetzte Denkfähigkeit und inkohärente Sprechweise ausdrückt. Auch das Bewusstsein ist reduziert und der Schlaf-Wachzyklus beeinträchtigt. Ein Delirium im Alter kann durch außerordentlich viele Faktoren verursacht werden. Dazu gehören beispielsweise:

- Die multiple Medikation beziehungsweise Medikationsveränderung;
- Vergiftungen, Alkohol oder Alkoholentzug;
- Veränderungen, z.B. auch Pflegeheim- oder Krankenhausaufnahme, emotionale Probleme, Veränderungen im sozialen Umfeld, eingeschränkte Mobilität;
- Prädisposition sowie Grunderkrankungen.

Deshalb ist das Delirvorkommen im Alter nicht selten. Vorsichtige Prävalenzschätzungen, allerdings aus dem Akutkrankenhaus, gehen von einer Prävalenzrate von 10 bis 20% der über 65jährigen bei Krankenhausaufnahmen und z.T. weit höher aus (Hewer 2000).

Das Delir ist gekennzeichnet durch einen fluktuierenden Bewusstseinszustand, durch Desorientierung, verminderte Wahrnehmung der Umgebung und akute Verhaltensveränderung. Der Beginn eines Delirs kann unterschiedlich verlaufen, je nach der Schwere der Ursachen und dem Gesundheitszustand der Klientinnen. Die Entwicklung schreitet meist sehr schnell voran, und es kann trotz einer erfolgreichen Behandlung der Ursachen und der zugrundeliegenden Symptome einige Wochen dauern, bevor sich die Funktionen der Klientinnen ihrem Normalzustand wieder annähern.

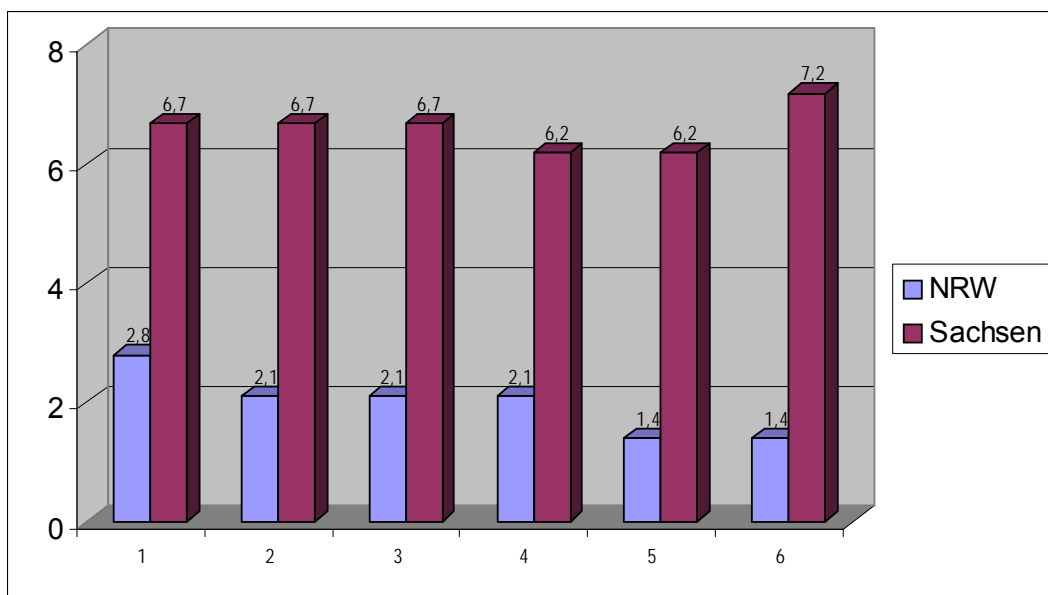
Eine erfolgreiche Behandlung des Delirs hängt vom genauen Erkennen des Bildes sowie von der korrekten Diagnosestellung und Behandlung der ursächlichen Probleme ab. Deshalb ist es wichtig, nach sämtlichen Ursachen zu suchen und diese ebenfalls zu behandeln. Charakteristisch am Delir ist ein akutes Auftreten, wobei sich in der ersten Phase die Agitiertheit mit dem Nachlassen der Aktivität abwechselt. Dieser Prozess ist mit Desorganisation des Denkens und Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses verbunden. Ferner zeigt sich auch eine Störung des Schlaf-Wach-Zyklus und der Wahrnehmung. Ein Delir kann aufgrund einer Intoxikation, einer Infektion, einer Nebenwirkung von Medikamenten, einer Dehydratation und anderer akuter medizinischer Probleme auftreten. Jüngst durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass die Behandlung bestimmter Risikofaktoren, z.B. der kognitiven Beeinträchtigungen, der Schlafstörungen, der Immobilität, der Probleme beim Sehen oder beim Hören oder der Dehydratation, die Risiken für ein Delirium beträchtlich vermindern kann. Falls sich ein Delir ankündigt, müssen die Betroffenen unbedingt von einem Arzt untersucht werden.

Weil der Delirzustand die schwerwiegendsten Folgen haben kann, ist es unerlässlich, dass Pflegekräfte alle Anzeichen dieses Zustandes richtig deuten und von anderen Symptomen, etwa den Anzeichen einer Demenz, unterscheiden. In der vorliegenden Studie wurden deshalb die folgenden Kriterien untersucht:

- Kenntnis des Pflegepersonals darüber, dass die Bewohnerin oder der Bewohner Symptome entwickelt, die auf ein Delir hindeuten könnten, die wir unter 5.2.1 darstellen;
- Berücksichtigung entsprechender Symptomatik bei der Pflegeplanung und bei der Formulierung der Ziele und Wahl der Maßnahmen (ebenda);
- Prävalenz der Deliranzeichen im versorgten Kollektiv.

Die Prävalenz einzelner Anzeichen ist in der Abbildung 9 dargestellt. Wir haben diese mit einer Referenzpopulation in Sachsen⁶⁴ verglichen, um deren Höhe zu verdeutlichen. Obwohl die einzelnen Merkmale in NRW nicht hochgradig präsent sind, haben wir festgestellt, dass sie in den untersuchten Heimen nicht die ihnen gebührende Berücksichtigung finden (Kapitel 5.2).

Abbildung 9: Prävalenz von Deliranzeichen in in NRW-Heimen (n_n=140) im Vergleich zu einer Referenzpopulation in Sachsen (n_s=195), Anteile in %



Merkmal 1: veränderte Aufmerksamkeit; Merkmal 2: veränderte Wahrnehmung d. Umgebung; Merkmal 3: unzusammenhängendes Sprechen; Merkmal 4: plötzliche Unruhe; Merkmal 5: Lethargie; Merkmal 6: Tagesschwankungen kognitiver Fähigkeiten

⁶⁴ Untersuchung von K. Engel, Dissertation in Vorbereitung, bei der die gleiche Methodik verwendet wurde.

2) Sensorische Probleme: Die Beachtung sensorischer Probleme ist deshalb so wichtig, weil die kognitiven Probleme durch sie verstärkt werden können. Wir haben deshalb untersucht, ob die Bewohner optimal versorgt sind, um ihre sensorischen Defizite kompensieren zu können. Das ist nicht immer der Fall:

- Die Personen mit größeren Beeinträchtigungen beim Hören sind signifikant häufiger nicht im Besitz von Hörhilfen (Wir konnten jedoch nicht überprüfen, ob ihre Defizite korrigierbar waren, so dass diese Aussage mit Vorsicht betrachtet werden muss).
- Ebenso konnten wir feststellen, dass die Personen, die schlecht sehen, tendenziell (nicht signifikant) mit Hilfsmitteln schlechter versorgt sind, als diejenigen, die keine Sehprobleme haben.

3) Der kognitive Zustand der untersuchten Bewohnerinnen: Die Verteilung der „kognitiven Positiven“ ist in der Tabelle 26 dargestellt. Obwohl diese Aufstellung in einzelnen Aspekten viele „Unabhängige“ ausweist, so sind doch viele Klientinnen beeinträchtigt.

Eine andere Basis bieten die Scores auf der Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit, die sieben Stufen hat (siehe weiter unten). Sie zeigen die folgende Verteilung:

- 31,9% der Klientinnen haben eine noch intakte kognitive Leistungsfähigkeit (CPS-Score von 0, entspricht etwa 24,9 Punkten vom „Mini-Mental Score“);
- 17% sind als „Grenzfälle“ zu betrachten (CPS-Score von 1, MMS = 21,9 Punkte);
- 8% haben eine leichte Beeinträchtigung (CPS = 2; MMS = 19,2);
- 4,3% (CPS = 3) = mittlere Beeinträchtigung (MMS = 15,2 Punkte);
- 19,9% (CPS = 4) = mittlere bis schwere Beeinträchtigung (MMS = 6,9 Punkte);
- 18,4% schwerste Beeinträchtigungen (CPS = 5; MMS = 5,1 oder darunter).

Wir können also eine gewisse Polarisierung sehen, auf der einen Seite „intakte“ Personen, auf der anderen die schwersten Zustände. Je höher das CPS, desto länger sind diese Personen in der Einrichtung. Sie zu pflegen ist aufgrund von Konfliktträchtigkeit und geringer Anpassungsfähigkeit (alles signifikante Beziehungen) nicht einfach. Obwohl das ADL - Eigenleistungsscore mit CPS positiv korreliert, stehen die höheren Abstufungen des ADL in einer negativen Beziehung zum CPS-Score.

4) Eine Benachteiligung kognitiv beeinträchtigter Bewohnerinnen haben wir festgestellt in Hinblick auf die:

- Versorgung mit Hörhilfen ($p = .05$);
- Versorgung mit Geh- und Bewegungshilfen ($p = .05$);
- Flüssigkeitsversorgung ($p = .01$);
- Essensversorgung (zu geringe Nahrungsaufnahme $p = .01$).

Dagegen wurden die Bewohnerinnen nicht hinsichtlich der Inkontinenzversorgung benachteiligt, obwohl sie eindeutig unter den Inkontinenten hochgradig überrepräsentiert sind (Pearson = .591, $p = .01$). Sie bekommen aber die ihnen zustehenden Einlagen ($p = .01$), ja sogar ein Toilettentraining ($p = .05$).

- Sie erhalten häufiger Sondenernährung (Pearson = .309, $p = .01$) oder werden mit einer „Spritze“ gefüttert (Pearson = .206; $p = .05$).
- Wenn sie an pflegerischen Aktivierungsmaßnahmen teilnehmen, so geht es in erster Linie um die passive Beweglichkeit (Kendall-Tau $b = .239$, $p = .004$).
- Die Verwendung von Bettgittern geschieht für die schwer und schwerst Beeinträchtigten signifikant häufiger (Kendall-Tau $b = .389$, $p = .000$).

Ansonsten haben wir auf einige weitere Probleme im Zusammenhang mit den anderen Risikobereichen hingewiesen. Aber es gibt keine weiteren Hinweise auf eklatante Versorgungsmängel.

5.4 Inzidenz von Problemen

„Die Inzidenz misst die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu auftretenden Krankheitsfälle in einer definierten Gruppe von Personen, die zu Beginn des Beobachtungszeitraumes frei von der zu untersuchenden Krankheit waren. Die initial krankheitsfreie Gruppe wird auch Population unter Risiko genannt. Bei der Inzidenz ist die kumulative Inzidenz (Inzidenzrisiko, incidence risk) von der Inzidenzrate (Inzidenzdichte, incidence rate) zu unterscheiden.“ (Stark & Guggenmoos-Holzmann 2003, S. 396). „Die kumulative Inzidenz beschreibt, bei welchem Anteil von Personen, die über einen bestimmten Zeitraum hinweg beobachtet werden, die Krankheit neu auftritt. Der Bezugszeitraum ist in der Regel ein Jahr.“ (ebenda)

In der vorliegenden Studie wurden die Begriffe der Inzidenz aber modifiziert: Nicht nur neu auftretende Erkrankungen wurden erhoben, sondern ebenfalls partielle Verschlechterungen, z.B. die Veränderung des Zustands „Vorhandensein einer Fähigkeit zum Ausführen einer bestimmten Tätigkeit, falls eine Aufsicht verfügbar ist“ in den Zustand einer hochgradigen Abhängigkeit. Und noch eine weitere Modifikation erfolgte: Nicht nur die negativen, sondern auch die positiven Veränderungen wurden kalkuliert. Um irgendwelche Veränderungen überhaupt registrieren zu können, führten wir in den stationären Einrichtungen ein follow-up Assessment nach rund 2 Monaten durch (vgl. Kapitel 3 zur Methodik). Dabei konnten noch 131 Personen berücksichtigt werden. Die übrigen verstarben oder sind fortgezogen. Das beschreiben wir am Anfang dieses Kapitels.

Wir konnten aber nicht tatsächlich die Inzidenzrate kalkulieren. Dafür war einerseits die Stichprobe zu klein und andererseits der Zeitabstand zwischen den beiden Assessmentzeit-

punkten zu kurz, so dass nicht genügend Veränderungen vorgekommen sind. Hinzu kommt noch ein weiteres Problem: Für die Beurteilung der Wirksamkeit von Pflege und der Ergebnisqualität bedürfte es eines Vergleichs zwischen den Einrichtungen. Die Bewohnerinnen dieser Einrichtung waren jedoch mit einem ungleichen Anteil in der Stichprobe repräsentiert. Deshalb bedienten wir uns eines vereinfachten Verfahrens, das aber gewisse Aufschlüsse über die Outcomes gibt:

- Wir kalkulierten die Gesamtveränderung für die einzelnen Symptome oder Merkmale.
- Wir bildeten nur zwei Subgruppen: Klientinnen aus zwei Einrichtungen privater und die aus vier Einrichtungen kommunaler Träger. Zwei weitere kommunale Heime mit einem kleinen Anteil an der Stichprobe und zwei Heime der Wohlfahrtsverbände blieben außer Acht.
- Wir brachten die Anzahl der festgestellten positiven und negativen Veränderungen in Relation zur Anzahl der Zielpersonen aus diesen Einrichtungen.

In der Tabelle 32 sind die Ergebnisse wiedergegeben. Je höher der Wert, desto stärker die Veränderung. Dementsprechend sind die Verschlechterungen bei der gesamten Stichprobe speziell im Bereich Verhaltensauffälligkeiten und Urininkontinenz zu unterstreichen. Aber auch die reinen pflegerischen Probleme, etwa die Abnahme der Mundpflege, verdienen Beachtung. Es gab zwar auch beachtliche Zunahme von Leistungen, etwa von Fußpflege, aber diese hält mit dem Anwachsen der Symptome in diesem Bereich nicht stand. Denn die Fußprobleme haben so zugenommen, dass die Zunahme der Fußpflege damit keinesfalls Schritt halten kann. Eine große Dynamik zeigen die Verhaltensauffälligkeiten. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Verschlechterungen immer die Verbesserungen übersteigen – mit nur einer Ausnahme: der Anteil der Normernähten verbesserte sich (0,068). Eine Verschlechterung, d.h. die Zunahme von Klientinnen mit einem BMI-Wert von <21 , ist auch vorhanden, aber sie liegt wesentlich darunter (0,022). Recht große Verschiebungen finden wir auch beim ADL – Score, weit stärkere Reduktion der Fähigkeiten als deren Zunahme.

Inwieweit solche Verschiebungen mit der vorhandenen oder fehlenden Pflege und Förderung zusammenhängen, oder eher natürliche Verläufe pathologischer Prozesse widerspiegeln, ließe sich zuverlässig nur dann entscheiden, wenn die Klientinnen mit dieser Methode über einen längeren Zeitraum begleitet werden könnten und wenn wir die Population der gesamten Einrichtung untersuchen würden. Wir haben die beiden Subsamples mit dem „Durchschnitt“ (Gesamtstichprobe) verglichen. Bei der Zunahme der Probleme liegen beide siebenmal über dem Durchschnitt.

Tabelle 32: Veränderungen beim Reassessment (n=131; n_p=35; n_k=58)

Zunahme der Probleme im Bereich	Klienten in Einrichtungen		
	privater Träger	Kommunale Träger	Gesamtstichprobe
Koma / komatöser Zustand	0,028	0,086	0,045
Verhaltensauffälligkeiten	0,171	0,137	0,251
CPS	0,028	0,120	0,114
Deliranzeichen	0,02	0,1	0,06
Kommunikationsfähigkeit	0	0,137	0,083
Depressivität oder Risiko	0,2	0,068	0,091
Transfer	0,114	0,051	0,08
ADL-Score	0,285	0,155	0,175
Urininkontinenz	0,228	0,241	0,229
Jede Art von Ulcera	0,057	0,068	0,053
Fußprobleme	0,371	0,051	0,152
Freiheitsbeschränkungen	0,057	0,057	0,099
BMI < 21	0,057	0,017	0,022
Keine Mundpflege	0,2	0,18	0,18
Pflegestufe, jetzt höher	0,114	0,051	0,07
Abnahme der Probleme im Bereich			
kognitive Leistungsfähigkeit	0,028	0,058	0,03
Deliranzeichen	0,028	0,01	0,03
Kommunikation	0	0,01	0,03
Depressionsrisiko	0	0,05	0,03
Verhaltensauffälligkeiten	0,2	0,2	0,145
Urininkontinenz	0,085	0,017	0,106
Freiheitsbeschränkungen	0,028	0,017	0,022
Bekommt Fußpflege	0,257	0,017	0,114
ADL-Score	0	0,034	0,022
Transfer	0,08	0,12	0,08
BMI > 21	0,171	0,051	0,068
Bekommt Mundpflege	0,057	0,051	0,045
Aktualität der Pflegeplanung	0,103	0,189	0,16
Pflegestufe, jetzt niedriger	0	0,068	0,03

Im Bereich der privaten Trägerschaft nahmen Depressivitätsrisiken, aber vor allem ADL- und hier Transferprobleme sowie Ulcera zu. Auch erhöhte sich die Quote der Mangelernährten. Speziell kamen neue Fälle mit Fußproblemen hinzu. Verbesserungen in diesen Feldern deuten darauf hin, dass die Einrichtungen diese Schwächen wahrnehmen (die Ernährung hat sich hierbei besonders verbessert. Mehr Personen liegen im Normbereich des BMI, mehr Klientinnen erhalten Fuß- und Mundpflege). Beim kommunalen Subsample registrieren wir vor allem Probleme im Bereich Bewusstsein und Kognition: Fälle mit Koma- und Deliranzeichen, schlechtem CPS-Score, Verhaltenssymptome und Kommunikationsprobleme nahmen zu.

Auch die Urininkontinenz ist angestiegen. Verbesserungen gab es bei kommunalen Klientinnen im Bereich der Kognition, Depressivität, Verhalten, ADL (Transfer). Signifikant verbesserte sich die Aktualität der Pflegeplanung. Die Einstufung der Bewohnerinnen hat sich ebenfalls verändert. Mehr Personen in Einrichtungen mit privater Trägerschaft haben eine höhere Pflegestufe, in Einrichtungen kommunaler Trägerschaft eine niedrigere Pflegestufe erhalten. Diese Ergebnisse sind an dieser Stelle deshalb wichtig, weil deutlich wird, wie man mit dieser Methoden die „besseren“ von „schlechteren“ Leistungsbereichen einzelner Heime identifizieren könnte und wie man herausfindet, wo die Stärken und Schwächen liegen.

6 Situation und Qualität der ambulanten Pflege auf der Grundlage einer Stichprobe von Klienten

In diesem Kapitel werden die Risiken und Mängel der Dienstleistung Pflege im ambulanten Versorgungsbereich analysiert. Die zugrunde gelegten Daten sind die Ergebnisse des MDS HC-Assessments auf der einen und des Pflegeplanungschecks auf der anderen Seite. Nur wenige Informationen basieren auf den Angaben aus dem Strukturbogen. Dieser Berichtsschnitt ist wie folgt aufgebaut:

- Zunächst werden die Klientinnen und die Gründe der Inanspruchnahme beschrieben. Bereits aus den Charakteristika des versorgten Kollektivs ergeben sich Hinweise auf die Anforderungen, mit denen die Pflegekräfte konfrontiert werden.
- Danach konzentriert sich die Betrachtungsweise auf die Prozessqualität, besonders Angemessenheit der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung, sowie deren Alter.
- Der dritte Teil ist speziellen risikoanfälligen Verrichtungen gewidmet.
- Im vierten Teil wird die Qualität vor dem Hintergrund standardisierter Qualitätsindikatoren diskutiert.

6.1 Merkmale der untersuchten Klientinnen

Wie dargestellt, beteiligten sich an der Untersuchung 122 Klientinnen ambulanter Pflegedienste, davon waren 39,3% der Zielpersonen männlich, 60,7% weiblich. 90 Klientinnen, das sind 73,8%, galten als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, allerdings nahmen lediglich 24 Personen ausschließlich die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch (19,7% des Gesamtsample). 73% der anerkannt Pflegebedürftigen (54% des Gesamtsample) bekamen auch noch Leistungen nach SGB V, also die häusliche Krankenpflege, mehrheitlich wegen der Ermöglichung einer medizinischen Behandlung (63% der Pflegebedürftigen, 46,7% des Gesamtsample), die restlichen neun Personen (absolute Zahl) aufgrund der Verkürzung stationärer Behandlung im Krankenhaus. 19% des Gesamtsample wurden nur krankenflegerisch auf

der Basis des SGB V versorgt, die übrig bleibenden gut 7% der Stichprobe wurden gepflegt, obwohl ihnen keine Versicherungsleistung zur Verfügung stand. In keinem einzigen Falle kam für die Pflegeleistung die Sozialhilfe nach BSHG auf.

Betrachtet man den inoffiziellen Grund für die Pflege aus der Sicht der Klientinnen und der Angehörigen, so stand an erster Stelle die häusliche Krankenpflege, an zweiter die pflegerische Überwachung, gefolgt fast gleichauf mit der Entlastung pflegender Angehöriger. An vierter Stelle platzierte sich die Beratung. Die ambulante Rehabilitation und palliative Versorgung waren die Dienstleistungen, die selten erwartet wurden (Tabelle 33).

Tabelle 33: Primäres Pflegeziel in der ambulanten Pflege (Wunsch der Klientinnen oder der Angehörigen) (n=122)

Pflegeziel	Anteil in %
1. häusliche Krankenpflege	29,8
2. pflegerische Überwachung	23,3
3. Entlastung pflegender Angehöriger	23,1
4. Beratung	18,4
5. ambulante Rehabilitation	3,8
6. palliative Versorgung	1,6

Dass die häusliche Krankenpflege nach dem Krankenhaus so wenig in Erscheinung tritt, kann angesichts der Tatsache, dass fast die Hälfte der Untersuchten innerhalb der letzten 180 Tage nicht im Krankenhaus waren, nicht verwundern. Nur 4,2% der Klientinnen kam frisch aus dem Krankenhaus in den Pflegedienst, 9,2% wurden innerhalb des letzten Monats entlassen, gut 40% vor noch längerer Zeit (Tabelle 34).

Tabelle 34: Hospitalisierung –in der ambulanten Pflege (n=122)

Zeit seit der Krankenhausentlassung	Anteile in %
war nicht im Krankenhaus	46,2
diese Woche entlassen	4,2
vor 7 bis 30 Tagen entlassen	9,2
entlassen vor längerer Zeit	40,3

Analysiert man die Länge der Inanspruchnahme, so wird offenbar, dass es sich bei den Studienteilnehmerinnen eindeutig um „Langzeitklientinnen“ handelt. Die durchschnittliche Inanspruchnahmedauer beträgt 37 Monate, also mehr als 3 Jahre. Die längste Inanspruchnahmedauer sind 188 Monate, also über 15 Jahre, nur 4,3% der Klientinnen (und das sind genau die „frisch aus dem Krankenhaus entlassenen“), nehmen die Station kürzer als einen Monat in

Anspruch. Der Median liegt bei 25,5 Monaten und das bedeutet, dass die Hälfte der Untersuchten schon seit zwei Jahren Klientinnen der jeweiligen Station sind. Männer haben mit 24,8 Monaten eine durchschnittlich viel kürzere Inanspruchnahme als Frauen, die fast doppelt so lang gepflegt werden.

6.1.1 Demographische Merkmale

Bei der näheren Charakteristik der Untersuchten wollen wir mit demographischen Merkmalen beginnen. Die Geschlechts- und Altersverteilung wurde bereits im Kapitel 3 angesprochen. Es bleibt daher nur zu ergänzen, dass die älteste Untersuchte 105 Jahre alt war, und dass das Alter der beiden Geschlechter differierte: die im Sample vertretenen Männer waren jünger als die vertretenen Frauen (Tabelle 35).

Tabelle 35: Altersverteilung der untersuchten Klientinnen in der ambulanten Pflege in NRW (n=122)

	Gesamt	M	W
Durchschnittsalter in Jahren	80,79	77,8	82,75
Minimum in Jahren	29	34	29
Maximum in Jahren	105	97	105
Anteil von Personen < 65 Jahren, absolut	9	5	4

Zum Zeitpunkt der Pflegeaufnahme seitens der Station, von der die Klientin oder der Klient während der Studie gepflegt wurde, lebten 88,4% der Untersuchten in einer Privatwohnung, davon die Mehrheit noch ohne ambulante Pflege durch berufsmäßige Anbieter (74,4% des Gesamtsample). 14% nahmen schon vorher Pflege in Anspruch.

Der Anteil Alleinlebender betrug am Tag des Assessment 35,5%, nur mit einer Ehepartnerin oder einem Ehepartner lebten 39,3% zusammen, die restlichen 25,2% mit einer oder mehreren anderen Personen aus der Verwandtschaft oder dem Freundes- und Bekanntenkreis (Tabelle 36). Mehr als die Hälfte der Klientinnen oder Klienten wohnte mit der Person zusammen, die auch als die wichtigste Helferin oder wichtigster Helfer fungierte.

Tabelle 36: Wohnkonstellation der Klientinnen (n=122)

Wohnkonstellation	Abs.	%
lebte allein	43	35,5
mit Partnerin	48	39,7
mit Partnerin und anderen Personen	9	7,4
mit Kindern	13	10,7
mit anderen Verwandten	6	5,0
mit Nichtverwandten	2	1,6
Gesamt	121	100,0

6.1.2 Zustand der Klientel

Als zweites wollen wir den Zustand der Klientinnen mit Hilfe von Informationen beschreiben, die wir mit dem RAI HC erhoben haben. Dabei sollen nur die wichtigsten Charakteristika an dieser Stelle dargestellt werden, weil weitere Details in nachfolgenden Abschnitten im Zusammenhang mit Qualitätsrisiken und mutmaßlichen Mängeln der Pflege erörtert werden.

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Für die Mehrheit stellten sich zum Zeitpunkt der Untersuchung keine wesentlichen Gedächtnisprobleme (Tabelle 37), weder im Bereich des Kurzzeit- noch des prozeduralen Gedächtnisses ein. Bei einer umfassenden Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit⁶⁵ zeigt sich auch, dass 50,8% der Klientinnen in ihrer Entscheidungsfähigkeit unabhängig und in ihren kognitiven Leistungen weitestgehend unbeeinträchtigt sind (Tabelle 38). 13,1% gelten als Grenzfall. Bei 18,9% wurde eine leichte kognitive Beeinträchtigung gefunden. Richtig beeinträchtigt (inklusive schwerster kognitiver Störungen) waren 16,5% der Untersuchten (Scorewerte 4, 5, 6 entspricht dem MMSE Werten von 7 bis 1).

Tabelle 37: Personen mit Gedächtnisproblemen in der ambulanten Pflege (n=122)

Probleme mit	Anteile in %
Kurzzeitgedächtnis	44,3
Prozeduralem Gedächtnis	43,4

⁶⁵ CPS-Score umfasst Items der Entscheidungsfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis, expressive Fähigkeit und Fähigkeit der Nahrungsaufnahme. Sie ist 7-stufig und reicht von 0 bis 6.

**Tabelle 38: Kognitive Leistungsfähigkeit
gemessen mit CPS – Cognitive Performance Scale (n=122)**

CPS -score	Abs.	%
keine Beeinträchtigung	62	50,8
Grenzfall/Borderline	16	13,1
leichte Beeinträchtigung	23	18,9
mittlere Beeinträchtigung	1	,8
mittlere bis schwere Beeinträchtigung	3	2,5
schwere Beeinträchtigung	8	6,6
schwerste Beeinträchtigung	9	7,4
Gesamt	122	100,0

Was die Kommunikationsprobleme anbetrifft, so lässt sich folgendes sagen:

- Nur 9,1% der Klientinnen haben mittlere bis stärkere Hörprobleme,
- aber die expressiven Fähigkeiten (sich gegenüber anderen Personen verständlich auszudrücken) sind bei 10% leicht, bei 13% mittel bis stark beeinträchtigt,
- und rund 9% verstehen andere Personen selten oder gar nicht.
- Die Sehfähigkeit der Klientinnen ist zur Hälfte gut, bei einem Drittel leicht beeinträchtigt, bei den Restlichen mittel bis stark gestört, wobei nur zwei Personen des Gesamtsample gar nicht mehr sehen konnten.

Der psychische Zustand ist bei fast 75% der Klientinnen gut. 9,2% weisen ein Depressivitätsrisiko auf (gemäß der Depression Rating Skala). 16,7% zeigen mehr oder minder ausgeprägte Depressionssymptomatik. 5,7% der Untersuchten haben eine psychiatrische Diagnose. Gut 17,2% sind als dement diagnostiziert, aber nur eine Person leidet nach Angaben des Pflegepersonals an einer Alzheimererkrankung.

2. Körperliche Fähigkeiten

Betrachten wir nun die körperlichen Fähigkeiten der Klientinnen ambulanter Pflege. Entsprechend dem hierarchischen ADL – Score, das 6-stufig ist und die Fähigkeiten in den Bereich Hygiene, Toilettenbenutzung, Bewegung und Essen einschließt, so erscheinen 64,8% der Untersuchten als unabhängig. Umfassende Hilfe benötigen 10,7% der Klientinnen, rund 10% sind weitgehend bis vollständig abhängig (Tabelle 39). Diese Feststellung muss jedoch spezifiziert werden, und zwar durch die Darstellung aller Aufgabenbereiche des ADL-Komplexes (Activity of Daily Living – Alltagskompetenzen). So sieht man die Variationsbreite der Unabhängigkeit beziehungsweise die Versorgungsbedürftigkeit der Klientinnen. In der nachfolgenden Tabelle werden die Anteile vereinfacht und grob zusammengesetzt dargestellt.

Tabelle 39: Elementare ADL-Fähigkeiten (vereinfacht; n=122)

	unabhängig	Nur Vorbereitung und / oder Aufsicht	Begrenzte bis verstärkte Hilfe ²⁾	Maximale Hilfe ³⁾ bis völlige Abhängigkeit ⁴⁾
Bewegung im Bett	53,3	9,1	13,9	23,8
Gehen/Transfer	45,1	9,9	12,3	25,5
Bewegung in den Räumen	48,4	10,7	9,9	20,5
Bewegung draußen	21,3	15,	9,0	30,3 ⁵⁾
An-/Auskleiden Oberkörper	23,8	17,2	21,4	37,8
An-/Auskleiden Unterkörper	18,0	15,5	21,3	43,5
Essen/Trinken	43,4	30,3	12,3	13,9
Toilettenbenutzung	38,5	11,5	13,1	33,6
Persönliche Hygiene	24,6	13,1	23,8	37,7
Baden/Duschen (Basis 7 Tage)	9,1	9,9	23,9	32,2

1) Die Summe der Anteile per ADL-Item ergibt nicht 100, da jeweils bei einigen Klientinnen die Aktivitäten nicht beobachtet werden konnten.

2) Von größeren Hilfen nur an 1-2 von 3 Tagen bis hin „Klientin kann bis 50% der Aktivitäten alleine ausführen“.

3) Kann weniger als 50% der Aktivität selbstständig ausführen. 4) Vollständig auf fremde Hilfe angewiesen.

5) 23,8% verließen im Untersuchungszeitraum die Wohnung nicht.

Die Aufgaben für die Pflege und Hilfe sind gemäß dieser Übersicht insbesondere beim An- und Auskleiden (Unter- aber auch Oberkörper) und bei der persönlichen Hygiene lokalisiert (alles zeitaufwendige Leistungen), sodann beim Toilettengehen mit immerhin einem Drittel von Klientinnen, die es gar nicht selber schaffen und total abhängig sind. Doch auch die Aktivitäten mit den vergleichsweise kleinen Anteilen abhängiger Klientinnen sollen genauer betrachtet werden, etwa die Bewegung im Bett, die von fast einem Viertel nicht mehr geschafft wird. Denn die Fähigkeit sich im Bett umzudrehen, ist die Voraussetzung für die Druckgeschwürprophylaxe (vgl. unter „Haut“ im nachfolgenden Abschnitt). Die Möglichkeit sich aufzusetzen ist unerlässlich, will man nach einem Getränk greifen (Flüssigkeitsversorgung), speziell im Hinblick auf die hohe Quote Alleinlebender (vgl. 6.1.1).

3. Krankheiten, Gesundheits- und Funktionsstörungen

An dieser Stelle werden nur wenige der Zustände beschrieben, die das Krankheitsspektrum der Klientinnen und die Aufgaben für die Pflege charakterisieren. Einzelheiten werden nämlich im Zusammenhang mit der Pflegequalität erörtert (Abschnitt 6.3 ff). In der Tabelle 40 finden sich die häufigsten Erkrankungen, bei denen die Pflegedienste tätig werden. Wie erwartet, steht Diabetes mellitus mit der Notwendigkeit der Blutzuckerkontrolle und der Insulingabe an erster Stelle. Es ist die Versorgung, die mit den außerordentlich kurzen Einsatzzeiten der Krankenpflege korrespondiert (vgl. 6.3.1). An zweiter Stelle steht die Herzinsuffizienz, an dritter die Hypertonie und mit ihr einhergehende Blutdruckmessung bei fast 44% der Klientinnen. Darauf folgt in der Rangfolge „Demenz“ (vgl. 6.1 und 6.3.7). 17% der Klientinnen

hatten einen Schlaganfall erlitten, bei gut 10% ist die Versorgung bei einer Krebserkrankung notwendig.

Tabelle 40: Zehn häufigste Krankheitsdiagnosen von Klientinnen ambulanter Dienste in NRW (n=122)

Erkrankungen/Diagnosen	%
Diabetes mellitus	28,7
Herzinsuffizienz	23,8
Hypertonie	22,9
Demenz (nicht Alzheimer)	20,5
Periphere Gefäßerkrankungen	17,3
Schlaganfall	17,2
Krebserkrankungen (ausgenommen Hautkrebs)	10,7
psychiatrische Erkrankungen	9,0
Katarakt/Grauer Star	8,2
Osteoporose	6,5

Über die akute Symptomatik (bezogen auf die letzten 3 Tage) informiert die Tabelle 41 und darüber hinausgehend der Abschnitt 6.3.1 (CHES-Score). Das Assessment ergab, dass 66,4% der Klientinnen keine wesentliche Symptomatik haben, die ihnen den Alltag erschweren würde. Eine Ausnahme bilden Schmerzen, sowohl chronische als auch Akutschmerzen, die – wie sich zeigt – nicht restlos beherrscht werden (vgl. 6.3.4). Eine ebenfalls weit verbreitete Störung sind Probleme beim Ein- oder Durchschlafen (20,5% leiden darunter). Auch vom subjektiven Blickwinkel betrachtet erscheint die Situation der Pflegeempfänger nicht negativ. Nur 29,5% der Klientinnen betrachten ihre Gesundheit als schlecht. Bei 14,8% haben sich jüngst die latent vorhandenen Probleme aktualisiert und beeinträchtigen sowohl die körperliche, als auch die geistige Funktionsfähigkeit.

Tabelle 41: Häufigste Symptome und Gesundheitsprobleme in der ambulanten Pflege in NRW in den letzten 3 Tagen (n=122)

Krankheitssymptome/Gesundheitsprobleme	%
Schwindel	22,1
Kurzatmigkeit	15,6
Oedeme	12,3
Probleme beim Wasserlassen	10,7
Erbrechen	8,2
Obstipation	8,2

6.2 Beurteilung der Pflegedokumentation und Pflegeplanung in den ambulanten Einrichtungen

Die Analyse der Pflegedokumentation und Pflegeplanung wurde analog zu der Verfahrensweise im stationären Bereich durchgeführt (Methodenbeschreibung unter 3.1.1.2). Sie fand auf den ausdrücklichen Wunsch der Pflegestationen statt, denn im Projektdesign war sie ursprünglich nicht vorgesehen.

6.2.1 Analyse der Pflegedokumentation in den Pflegestationen

Zunächst wurden die Feststellungen des MDS HC Assessment mit den vorhandenen Pflegedokumentationen verglichen, dieses unter der Berücksichtigung von 17 Merkmalen (Tabelle 42). Vollständig dokumentiert waren lediglich die Einnahme von Antidepressiva, Anxiolytika und von Diuretika. Sehr selten werden die Merkmale der sozialen Situation berücksichtigt (Veränderung sozialer Aktivitäten nur in jedem 7,5. Fall, Isolation in jedem 6,6. Fall), obwohl die Pflegekräfte in Gesprächen immer soviel Wert auf diese Charakteristika der individuellen Lebensweise legen.

Geradezu desolat erscheint der Umstand, dass Schmerzen so selten berücksichtigt werden, nämlich nur in jedem siebten Fall. Das Gleiche gilt für die Hinweise auf ein Delir (lebensbedrohlicher Zustand). Aber auch Mundprobleme und das Sturzrisiko werden viel zu selten berücksichtigt. Hier scheinen auch Lücken der Kontrolltätigkeit der medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu bestehen, womit fraglich erscheint, inwiefern diese Kontrolle bisher ihre Bedeutung für die individuelle Versorgung der Klientinnen auch entwickeln konnten. Ein weiterer Kritikpunkt an der Pflegedokumentation ist das Alter der Eintragungen, das nicht von dem „Alter der Pflegeplanung“ differiert (vgl. 5.2.2). Es muss also festgehalten werden, dass die Pflegedokumentation hochgradig insuffizient ist und keine Grundlage für das effiziente Arbeiten der untersuchten Pflegedienste bietet.

Tabelle 42: Häufigkeit der Berücksichtigung pflegerelevanter, bekannter Probleme in der Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege in NRW

Problembereich	Dokumentiert wird (nur) jeder
Deliranzeichen, akute Verwirrtheit	7.Fall
Depression	4.Fall
Umherirren	3.Fall
Harnwegsinfekt	2.Fall
Schwindel	4,5. Fall
Schmerzen	7.Fall
Sturz innerhalb der letzten 90 Tage	2. Fall
Sturzrisiko	3.Fall
Gewichtsverlust	3,4. Fall
Zu geringe Nahrungsaufnahme	4. Fall
Zu geringe Flüssigkeitsaufnahme	2,4. Fall
Mundprobleme	6. Fall
Hautprobleme	1,7. Fall
Veränderung der sozialen Aktivitäten	7,5. Fall
Isolation (Klientin verbringt die meiste Zeit alleine)	6,6. Fall
Einnahme von Antidepressiva	Jeder Fall
Einnahme von Diuretika	Jeder Fall

6.2.2 Analyse der Pflegeplanung in den Pflegestationen

Diese letzte Feststellung des vorangegangenen Abschnitts muss auf der Basis der Untersuchung der Pflegeplanung noch unterstrichen werden. Darüber hinaus „reduziert“ sich noch die Anzahl der Informationen, mit denen die Pflegeplanung arbeitet. Im Regelfall findet sich nur die Hälfte der dokumentierten Befunde in den Zielen, Maßnahmenwahl und Evaluationsergebnissen wieder. Eine positive Ausnahme bilden die Hautprobleme: wenn sie dokumentiert wurden, waren sie auch Gegenstand der Pflegeplanung. Negative Ausnahmen sind die Veränderung der sozialen Aktivitäten, ehemalige Stürze und die zu geringe Nahrungs- sowie Flüssigkeitsaufnahme.

Das Alter der Pflegeplanung stellt – ähnlich wie das der Eintragungen in die Pflegedokumentation - ein wahrhaftiges Problem dar. Im Durchschnitt waren die Pflegeplanungen 6,6 Monate alt, die älteste sogar 22 Monate. In der Tabelle 43 findet sich eine detaillierte Verteilung. Nur knapp 11% der Pflegeplanungen war vor drei Monaten oder einer kürzeren Zeit erstellt oder angepasst worden. Jede Fünfte war sieben bis 12 Monate alt, in 10% der Fälle war die Pflegeplanung schon älter als ein Jahr.

Tabelle 43: Alter der Pflegeplanung in Monaten für Klientinnen ambulanter Pflegedienste in NRW (n=122)

Alter in Monaten	%
Drei oder weniger	10,8
vier bis sechs	57,7
sieben bis 12	20,8
länger als 12	10,6
Gesamt	100

Diese Ergebnisse erscheinen insbesondere dann alarmierend zu sein, wenn man sie vor dem Hintergrund der Instabilität und Komplexität der Zustände untersuchter Klientinnen betrachtet (Tabelle 44).

Diese Merkmale wurden mit dem sogenannten CHESS-Score gemessen. Dieser misst die klinische Komplexität und Instabilität auf der Basis folgender Items: Unwohlsein, Erbrechen, Gewichtsverlust, zu geringe Nahrungsaufnahme, Kurzatmigkeit, Oedeme, Endstadium einer Erkrankung, kognitiver Abbau und ADL-Abbau. Wir stellen fest, dass immerhin ein Viertel der Versorgten eine Instabilität aufweist, fast 13% sind gar bedenklich instabil. Hier bietet sich eine häufige Aktualisierung des Pflegeplans an, die jedoch offenbar nicht stattfindet.

Tabelle 44: Stabilität und Komplexität des Zustandes - CHESS-Score (n=122)

Zustand nach CHESS-Score	Abs.	%
stabil	55	45,1
leicht instabil	36	29,5
leicht instabil mit niedriger klinischer Komplexität	15	12,3
zunehmend instabil und klinisch komplex	9	7,4
instabil bis hochgradig instabil und hoch komplex	7	5,8
Gesamt	122	100,0

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass keine Anzeichen dafür gefunden wurden, dass die Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflegedienste den Pflegeprozess verstehen und fachgerecht anwenden würden. Die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen über die Klientinnen sind begrenzt. Sie werden absolut insuffizient festgehalten. Schon gar nicht wird mit ihnen gearbeitet. Von diesem Standpunkt aus sind keine Merkmale von Professionalität erkennbar.

6.3 Ausgewählte Risiken und Versorgungsmängel

Bevor wir mit der Analyse einzelner Aspekte beginnen, wollen wir darauf hinweisen, dass der Zustand eines relevanten Teils der Klientinnen risikoreich erscheint und deshalb einen besonders hohen pflegerischen Einsatz erfordert. Diese Tatsache ist bereits in der Darstellung der CHES-SCORE-Verteilung verdeutlicht worden. Viele Klientinnen befinden sich in einer instabilen Lage, die eine kontinuierliche Überwachung und Umdisposition erfordert (Tabelle 44). Hinzu kommen weitere problematische Zeichen. Bei 18% der Klientinnen gibt es plötzliche Verwirrtheitserscheinungen und Hinweise auf ein Delirzustand, die ohne eine sofortige Intervention schwerwiegende bis letale Folgen haben könnten (Tabelle 45). 51% der Klientinnen nehmen mehr als 5 Medikamente gleichzeitig ein, ein Zustand, der pflegerisch als schwierig und risikoreich zu bezeichnen ist (Gefahr von Obstipation, Stürzen, Verwirrtheit, Benommenheit, paradoxen Reaktionen, Ausschlag etc.). 22,1% der Klientinnen werden mit Psychopharmaka behandelt (Gefahr für die Bereiche Kommunikation, Stimmungslage, Gleichgewicht und Muskeltonus, Sicherheit des Gehens, Dehydratation, Ernährung, Wasserlassen und Ausscheidungskontrolle). Die Überwachung von Psychopharmaka rechtfertigt einen erhöhten pflegerischen Einsatz bei alten Menschen, um so mehr, als dass jede fünfte Klientin ihre Medikation mit keinem Arzt in den letzten 180 Tagen erörtert hat und ein kleiner Anteil von 6% nicht voll compliant ist.

Tabelle 45: Anteil von Klientinnen in der ambulanten Pflege in NRW mit potentiell risikoreichen Anzeigen und Zuständen (n=122)

Risikoreiche Zustände	Abs.	In %
Hinweise auf ein Delirium vorhanden, die untersucht werden müssten	22	18
Klientin lebt isoliert, verbringt die meiste Zeit des Tages allein	67	54,9
Klientin fühlt sich allein	20	16,4
Klientin kam in den letzten 30 Tagen seltener als einmal pro Woche raus	72	59
Klientin beschäftigte sich (oder wurde beschäftigt) weniger als 2 Stunden in drei Tagen	66	66,7
Klientin nimmt mehr als 5 Medikamente pro Woche ein (Präparate)	50	51
Klientin nimmt irgendein Psychopharmakon	27	22,1
Klientin hat seit 180 Tagen mit keinem Arzt über ihre oder seine Medikation gesprochen	24	21,6
Klientin ist nicht compliant (befolgt pflegerische oder ärztliche Anweisungen zu weniger als 80%)	7	6,1

Verhaltensauffälligkeiten verschiedener Art bewegen sich bei 2% und werden hier nicht dargestellt.

6.3.1 Risiken aufgrund unzureichender Dienstleistung

Einige der „Risiken“ wohnen der personenbezogenen Dienstleistung inne (vgl. 2.1). Wir haben nur einige typische „Dienstleistungslücken“ aufgeführt (Tabelle 46). Hier zeigt sich bei-

spielsweise, dass noch viele Einrichtungen an keinem Überleitungsprogramm partizipieren. Probleme sehen wir bei der Fußversorgung für Diabetiker und bei der Ausgestaltung des Ernährungsangebots ganz allgemein.

Tabelle 46: Mängel im Angebot der ambulanten Pflegedienste (n=17)

Anzahl der Dienste, die	Abs.
kein Überleitungsprogramm haben	10
pflegenden Angehörigen keine Anleitung anbieten	2
bei ihren Klientinnen mit Diabetes keine Fußversorgung durchführen	7
bei ihren Klientinnen keine Ernährungskontrolle durchführen	12
ihren Klientinnen keine Gewichtskontrolle anbieten	8

Ein noch schwerwiegenderes Problem der Strukturqualität zeichnet sich bei zeitlichen Aspekten der individuellen Klientinnenversorgung ab. Denn der Zeitaufwand für jede einzelne Klientin, ist außerordentlich limitiert (Tabelle 47). Zunächst wurde ermittelt, dass ein eine Klientin wöchentlich im Durchschnitt an 6,3 Tagen häusliche Krankenpflege bekommt, an 5,8 Tagen Pflege und - falls sie diese bekommt – hauswirtschaftliche Versorgung an 3,1 Tagen. Diese erhalten nur 18 % des Sample, zumal die meisten – 75% - von Krankenpflegerinnen oder von Pflegerinnen betreut werden (67,2%).

Der Aufwand beträgt im Durchschnitt 2,04 Stunden für die häusliche Krankenpflege in 7 Tagen, rund 4 Stunden für die Pflege und 3,61 Stunden für die hauswirtschaftliche Versorgung. Bis zu 50% der Klientinnen erhalten aber nicht mehr als 1,37 Stunden Krankenpflege, 2,2 Stunden Pflege und 3 Stunden Hauswirtschaft in der Woche. Auf dieser Basis werden pro Tag sehr kurze Zeiten ersichtlich: 20 Minuten der häuslichen Krankenpflege, 41 Minuten Pflege und 69 Minuten Hauswirtschaft. Im Einzelfall sind die Zeiten viel kürzer, da nur ein Teil des Sample die meiste Zeit konsumiert (siehe das jeweilige Minimum in der Tabelle 47). Bei der Krankenpflege zählten wir viele Einzeleinsätze von 3 Minuten. Diese summieren sich dann zu 10 Minuten pro Tag. Bei einem solchen Zeitaufwand ist es nicht verwunderlich, dass die elementaren Regeln einer qualitativ akzeptablen Pflege nicht angemessen beachtet werden können. Für die Aufgaben Monitoring, Anleitung von Klientinnen und Angehörige, Sturz- und Dekubitiprophylaxe, ausgedehnte Kommunikation, Spazieren gehen etc. gibt es keine Spielräume.

**Tabelle 47: Berufsmäßige Versorgung in den letzten 7 Tagen:
Häusliche Krankenpflege, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Durchschnittlich geleisteter Versorgungsumfang		Häusliche Krankenpflege (N=92)	Pflege (N=82)	Hauswirtschaftliche Versorgung (N=22)
Leistungstage in den letzten 7 Tagen	Mittelwert	6,27	5,78	3,14
	Minimum	1	1	1
	Maximum	7	7	7
Leistungsstunden (o. Minuten) in den letzten 7 Tagen	Mittelwert	2,04	3,96	3,6
	Median	1,37	2,2	3,0
	Minimum (Minuten)	Bis zu 10	Bis zu 10	Bis zu 40
	Maximum	10,5	38,3	35
Leistungsminuten pro Tag in den letzten 7 Tagen	Mittelwert	20	41	69
	Minimum	10	2,52	12,73
	Maximum	1,67	9,72	11,14

Versorgungsmängel struktureller Art zeigen sich nicht lediglich in den Bereichen, die von den Pflegediensten selbst zu verantworten sind, sondern vor allem in der Beschränktheit der Leistungen, die keineswegs als umfassend und bedarfsgerecht zu betrachten sind, so z.B. bei der Pflege der sozialen Kontakte: Obwohl 34% aller Klientinnen die meiste Zeit des Tages allein verbringen, erhielten in den letzten sieben Tagen nur vier Klientinnen (absolute Zahl) einen Besuch vom ehrenamtlichen oder freiwilligen Besuchsdienst, davon zwei Personen an einem Tag, eine Person an allen sieben Tagen. Im Durchschnitt betrug die dafür aufgewendete Zeit 45 Minuten in der Woche für jede dieser 4 Personen (wir möchten daran erinnern, dass nicht mehr als 3 Pflegedienste mit entsprechenden ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen zusammenarbeiten).

Eingeschränkt ist das Angebot an Physiotherapie (19% der Klientinnen werden therapiert, nicht immer wird die vorgeschriebene Therapie jedoch tatsächlich durchgeführt – vgl. auch Abschnitt 6.3.5). Vier Personen wurden ergotherapeutisch behandelt, drei haben Sprachtherapie oder Logopädie angegeben. Obwohl die Pflegekräfte einen hohen Anteil des Sample krankenflegerisch zu versorgen haben, kommen anspruchsvolle „medizinische“ Maßnahmen nur jeweils Einzelpersonen zugute. Hier einige Beispiele: nur eine Person wird bei einer Chemotherapie gepflegt, sieben Personen benötigen Stomapflege, nur eine Person Intensivpflege, jedoch ohne die Notwendigkeit einer täglichen Überwachung. 14 Personen haben eine aufwendige Hautbehandlung, zwei benötigen eine Spezialdiät, 11 benötigen eine Katheterversorgung. Wir können nicht beurteilen, ob diese Leistungen sonst nicht gebraucht werden oder einfach nicht angeboten werden.

6.3.2 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Bereits im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation und Pflegeplanung trat die Essensversorgung als ein potentiell „mängelanfälliger“ Bereich in den Vordergrund. Das ist schon deshalb der Fall, weil sich nur 10,8% der Klientinnen ihr Essen selber zubereiten können.⁶⁶ Ein Viertel braucht dafür eine begrenzte, 16,4% umfassende Hilfe und 39% sind vollständig abhängig. Für 52,5% besteht die größte Schwierigkeit in der Essenszubereitung. Nicht minder problematisch ist die Nahrungsaufnahme selbst. Lediglich 43,4% sind beim Essen und Trinken unabhängig. 22,1% benötigen Hilfe zur Vorbereitung (Besteck und Geschirr hinlegen, auftragen, aufräumen). 8% brauchen Aufsicht oder Ermutigung, 9% begrenzte Hilfe. Die Restlichen sind mehr oder minder auf andere angewiesen, 9% sind total abhängig. Erschwert wird die Nahrungsaufnahme dadurch, dass etwa 10% Kau- oder Schluckprobleme aufweisen. Sieben Klientinnen (absolute Zahl) hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sondenernährung erhalten, davon wurden drei ausschließlich mit einer Sonde ernährt, den restlichen vier wurde die Nahrung in einer kombinierten Form verabreicht (Sonden- und orale Ernährung). Gut neun Prozent des Sample waren auf eine spezielle Zubereitung (flüssige, pürierte etc. Nahrung) angewiesen.

Tabelle 48: Anteile der Klientinnen mit eklatanten Ernährungsproblemen (n=122)

Problem	Anteil in %
Krankhafte Fettsucht, Adipositas	5,7
Kachexie	7,4
Unkontrollierter / ungewollter Gewichtsverlust	11,5
Zu geringe Nahrungsaufnahme	5,7
Zu geringe Flüssigkeitsaufnahme	13,9

Aus dieser Tabelle wird noch einmal deutlich, dass die Ernährung und vor allem die Flüssigkeitsversorgung eine größere Beachtung verdient. Die Benachteiligung bestimmter Klientinnen – etwa der kognitiv Beeinträchtigten – konnte nicht gefunden werden.

6.3.3 Risikovermeidung und Sturzprophylaxe

Nähere Ausführungen zur Sturzproblematik finden sich im Kapitel 5. Daraus abgeleitet schätzen wir die für das untersuchte Kollektiv festgestellte Sturzhäufigkeit (14% in 90 Tagen) als

⁶⁶ 14,8% der Klientinnen sind Bezieherinnen von Essen auf Rädern.

zu hoch ein (Tabelle 49). Denn eine Hochrechnung würde ergeben, dass noch weitere 50 Personen im Verlauf des Jahres stürzen könnten, insgesamt also mehr als die Hälfte der Klientinnen. Auch der Anteil von Mehrfachstürzen übersteigt den Durchschnitt der in der Literatur gemachten Angaben.

Tabelle 49: Sturzhäufigkeit in der ambulanten Pflege innerhalb der letzten 90 Tage (n=122)

Sturzhäufigkeit	%
kein Sturz	86,8
1 Sturz	5,0
2-4 Stürze	3,3
9 oder mehr Stürze	5,0

Die weiteren Tabellen 50 und 51 verdeutlichen ein beträchtliches Risiko, allein aufgrund der Tatsache, dass bei 54,5% eine unsichere Gangart, bei 40,5% Furcht vor Sturz bestehen. Die erstgenannte Problematik ist gemäß unserer AD HOC Studie ein eindeutiger Vorhersagefaktor des Sturzgeschehens. Hinzu kommen weitere Faktoren: akute Verwirrtheit (22% der Klientinnen), Morbus Parkinson (7% der Klientinnen) und das seltene Ausgehen (59% gehen nie aus, 14% nur einmal pro Woche – vgl. hierzu 6.3.5). Die Furcht vor Sturz korreliert signifikant mit „nicht ausgehen“, letzteres aber nicht mit dem Sturzereignis selbst. Wohnmängel, die das Sturzrisiko ebenfalls steigern, finden sich in der Tabelle 51.

Tabelle 50: Sturzgefährdung der Klientinnen ambulanter Pflegedienste (n=122)

Anteile von Klientinnen	%
mit unsicherer Gangart	54,5
mit Furcht vor Sturz	40,5

Tabelle 51: Häufigste Wohnprobleme bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste in %

Art des Problems	vorhanden bei %
Beschaffenheit der Fußböden (Stolpergefahr, Löcher, Unebenheiten)	22,1
Probleme bei der Erreichbarkeit der Wohnung / des Hauses	13,9 / 13,1
Nicht funktionsfähige Toilette und /oder Bad	4,1
Schlechte/gefährliche Beleuchtung	3,3

Zusammenfassend möchten wir feststellen, dass die Sturzhäufigkeit überdurchschnittlich erscheint und dass die Sturzrisiken (vor allem jenes des zu selten Ausgehens – das durch die Pflege beeinflussbar wäre) erheblich sind. Dabei widmet die Pflege diesem Problem nicht die ihm gebührende Beachtung. Hier sehen wir noch beträchtliche Verbesserungspotentiale. Aufklärung der pflegenden Angehörigen über Stürze und das Problem der Fußböden (Tabelle 51) sollen in die Pflegeplanung integriert werden. Einzelne Risiken werden angemessen bewältigt (Kontrolle der Psychopharmaka), andere, potentielle und prävalente Probleme (Beispiel: Zustand der Füße, Aktivierung) haben keinen wichtigen Stellenwert im Rahmen der geleisteten Pflege – so unser Befund.

6.3.4 Schmerzmanagement

Aus der Tabelle 52 wird das offenbar insuffiziente Schmerzmanagement ersichtlich, dieses obwohl die „Schmerzpatientinnen“ signifikant mehr häusliche Krankenpflege (keine anderen Dienste) bekommen (Pearson = .429, $p = .003$). Diese Problematik ist also offenbar nicht nur zeit-, sondern auch qualifikationsbedingt. Ein hoher Prozentsatz leidet unter Schmerzen; diese werden auch insuffizient dokumentiert und in der Pflegeplanung berücksichtigt. Schmerzen finden sich speziell bei Klientinnen mit ADL-Beeinträchtigung (ADL-hierarchisch; Pearson = 2.97, $p = .01$) und bei Patientinnen mit klinisch komplexem und instabilem Zustand ($p = .01$, beziehungsweise .05). Sie sind gekoppelt mit dem Depressionsrisiko (Pearson = .212, $p = .01$).

Tabelle 52: Ergebnisse der Schmerzskala (n=122)

Schmerzskala	Abs.	In%
kein Schmerz	56	45,9
milder Schmerz (seltener als täglich)	33	27,0
mittlerer Schmerz (tägliche Schmerzen)	19	15,6
große Schmerzen	14	11,5
Gesamt	122	100,0

Schmerzen sollten zum Schwerpunkt der Angehörigen – Pflegekräftekooperation werden, zumal der Einsatz von Angehörigen (am Wochenende) mit steigendem Schmerzscore signifikant ansteigt. Qualifikationsangebote zum Thema Schmerz und Schmerzmanagement im Alter für beide Gruppen der Pflegenden sind deshalb angezeigt.

6.3.5 Mobilität und Nutzung von Rehabilitationspotentialen

Verbesserungspotentiale bei den Zuständen der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege gibt es: Das scheint für jede sechste Klientin, aber auch die informellen Helferinnen aus den Reihen Angehöriger unbestritten (Tabelle 53). Die professionellen Helferinnen sehen die Situation jedoch problematischer, denn sie haben keine langfristigen und umfassenden Beobachtungsmöglichkeiten (vgl. Zeitaufwand, Abschnitt 6.3) und dokumentieren offenbar entsprechende Merkmale eher unterdurchschnittlich (6.2). Doch es gibt auch andere Faktoren, die dafür ausschlaggebend sind, ob ein Individuum rehabilitierbar, aktivierbar und mobilisierbar ist oder nicht. An erster Stelle stehen die kognitiven Fähigkeiten. Wir haben gefunden, dass sie den Glauben an Potentiale signifikant ($p = .01$) beeinflussen: Die kognitiv unabhängigen Personen glauben an eigene Fähigkeiten. Wichtig ist auch das Gedächtnis (wir haben hierbei beispielsweise keine signifikante Beziehung festgestellt), die Kommunikationsfähigkeit (die Fähigkeit andere zu verstehen steht in signifikanter Verbindung mit den Potentialen, die Ausdrucksfähigkeit nicht) und Abwesenheit von Depression (keine signifikante Beziehung). Wir haben errechnet, dass der Anteil mit Sicherheit rehabilitierbarer Klientinnen (Zusammentreffen guter Gedächtnisleistung, guter oder ausreichender kommunikativer Fähigkeiten und die Abwesenheit von Depressivität mit körperlichem Zustand; ADL-hierarchisch = 1 bis 3) auf jeden Fall bei 10 bis 14% liegt, für einzelne körperliche Leistungsbereiche sogar 26-32% beträgt.

Wir gehen davon aus, dass diese Potentiale ausgeschöpft werden sollten: dieses in Zusammenarbeit informeller und berufsmäßiger Helferinnen und mit noch zu gewinnenden Ehrenamtlichen. Dass dies noch zu wenig geschieht, belegt die Tabelle 54.

Tabelle 53: Verbesserungspotential bei den Zuständen der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege aus verschiedenen Perspektiven (n=122)

Verbesserung möglich	%
aus der Klientensicht	17,2
aus der Sicht informeller Helferinnen	17,2
aus der Sicht der berufsmäßigen Helferinnen	13,1

Tabelle 54: Anteil der ambulanten Klientinnen, die zu selten nach draußen kommen und zu wenig Bewegung oder Aktivität haben (n=122)

Kommt nur einmal pro Woche nach draußen	14,8 %
kommt seltener als einmal wöchentlich nach draußen	59,0%
hatte in 3 Tagen weniger als 2 Stunden Bewegung/Beschäftigung	66,7 %

Untersucht man die Potentiale, so soll auch festgestellt werden, inwieweit im Sample Verluste von Fähigkeiten und Abbau zu verzeichnen sind. Die Raten an Verschlechterungen rangieren von 5% der Klientinnen bei Kommunikation, sensorischen Leistungen und Verhaltenssymptomen bis hin zu 16% der Klientinnen mit sukzessiver Reduktion sozialer Aktivitäten. Das letztgenannte Problem erfährt jedoch, wie wir an einer anderen Stelle festgestellt haben, bedauerlicherweise viel zu wenig Aufmerksamkeit im Pflegeprozess.

6.3.6 Versorgung bei weiteren in der Altenpflege häufigen Problemen (vor allem Inkontinenz, Hauterkrankungen und die Bewältigung weiterer Aufgaben)

1) Inkontinenz: Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen besitzt noch Kontrolle über ihre Urinausscheidungen (Tabelle 55), sie sind kontinent (54,9%) oder meist kontinent (9,8%). Das Ausmaß der praktisch dauerhaften Inkontinenz beträgt etwa 14%. Ebenso viele Personen sind vollständig darmkontinent (57,2%) oder meist kontinent (13,9%). Vollständiger Verlust der Kontrolle über ihren Darm haben 14,8% der Klientinnen zu beklagen. Wer urininkontinent ist, weist in der Regel auch die Darminkontinenz auf, was die Pflege sicher nicht erleichtert (Pearson = .460, $p = .000$).

Tabelle 55: Inkontinenz bei Klientinnen ambulanter Dienste (Basis letzte 7 Tage; n = 122)

Ausmaß der Kontrolle	Blasenkontrolle (%)	Darmkontrolle (%)
Vollständige Kontrolle vorhanden	34,4	50,6
Vollständige Kontrolle mit Hilfsmitteln	20,5	6,6
meist kontinent	9,8	13,9
gelegentlich bis regelmäßig inkontinent	20,5	9,0
vollständig inkontinent	13,9	14,8
keine Beobachtung möglich	0,8	4,1

Der Zeitaufwand informeller Helferinnen ist beim Verlust der Blasenkontrolle signifikant, bei Verlust der Darmkontrolle hochsignifikant höher bei der Kontrollanwesenheit (Kendall-Tau-b = .156, $p = .05$ für Hilfe an 5 Werktagen; = .188, $p = .05$ bei der Blase, =.260, $p = .01$ an 5 Werktagen, =.225, $p = .01$ am Wochenende für die Darmkontrolle). Der berufsmäßige Aufwand steigt aber nicht, wenn Inkontinenz vorhanden ist.

Als ein pflegerisches Problem ersten Ranges ist die Inkontinenz zu betrachten, daran besteht kein Zweifel. In dem hier untersuchten Sample konnten aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht alle statistischen Hintergründe ausgearbeitet werden. Jedoch stellen wir hohe statistische

Abhängigkeit sozialer Beziehungen und anderer „Lebensqualitätsmerkmale“ von der Darminkontinenz fest.

2) Verhaltensauffälligkeiten: In der untersuchten Population waren hochgradige Verhaltensprobleme, die normalerweise mit der Demenz assoziiert werden, nicht oder so gut wie nicht präsent (Tabelle 56).

Tabelle 56: Verhaltensauffälligkeiten bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste (n=122)

Art des Symptoms		Anteil mit Symptomen in %
1) Leichte, beeinflussbare Form	Verbale Aggressivität	11,5
	Widerstand gegen Pflege oder Behandlung	5,7
2) Schwere, nicht beeinflussbare Form	Weglaufen, Umherirren	1,7
	Sozial unangemessenes Verhalten	1,7

3) Hautprobleme: Die untersuchten Klientinnen weisen eine vergleichsweise hohe Prävalenzrate an Geschwüren auf (Tabelle 57). Jede fünfte Klientin hat Druckgeschwüre, 7% dazu noch Staugeschwüre. Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen leidet unter zusätzlichen Hautproblemen. Diese Prävalenz ist zu hoch. Sie ist höher als die von uns für den stationären Bereich festgestellte. Die Klientinnen waren vorwiegend jüngst nicht im Krankenhaus. Deshalb hat die ambulante Pflege die Geschwüre zum großen Teil mit zu verantworten. Aber bei anderen Hautproblemen (keine Geschwüre) spielt die Frequenz der Krankenhausaufenthalte eine große Rolle: wer in den letzten 90 Tagen im Krankenhaus war, hat irgendwelche Hautprobleme zu beklagen.

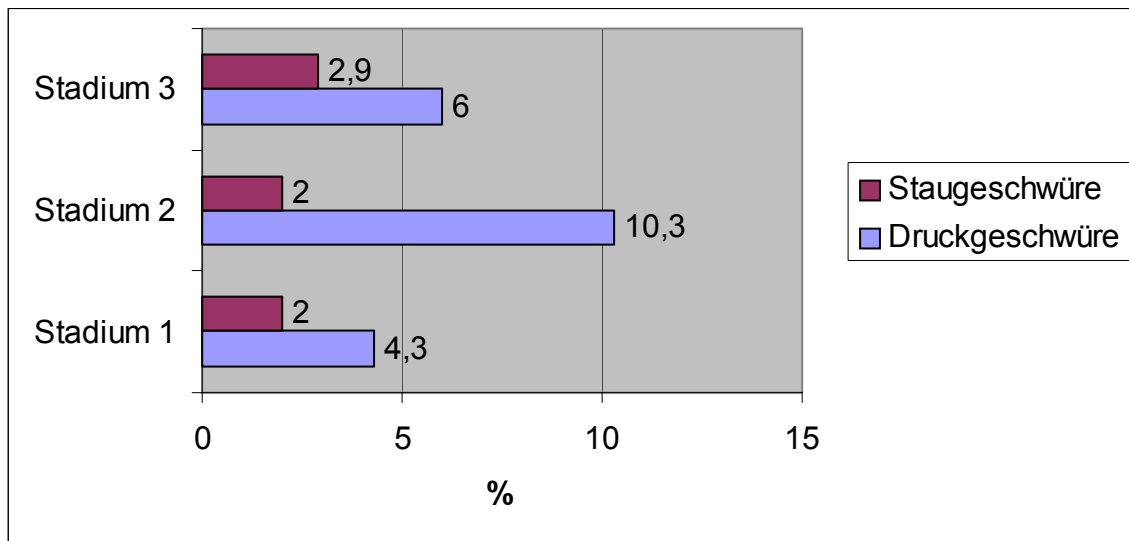
Nummer eins von den signifikant einflussnehmenden Faktoren ist der Verlust der Ausscheidungskontrolle, diese wird insbesondere bei den früheren Geschwüren sichtbar. Unter den „Schmerzpatienten“ sind Personen mit Hautproblemen signifikant überrepräsentiert. Benachteiligt sind auch Patientinnen mit expressiven Kommunikationsproblemen.

Wir stellen keinen signifikant höheren Zeitaufwand (weder seitens berufsmäßiger, noch informeller Pflege fest). Und dennoch mag „Mangel an Zeit“ ein wichtiger Auslösefaktor der Druckgeschwüre sein.

Tabelle 57: Anteile von Klientinnen ambulanter Pflegedienste ohne häufige Hautprobleme (n=122)

Klientinnen	Anteil in %
ohne Druckgeschwüre	79,3
ohne Staugeschwüre	93,1
ohne jegliche Hautprobleme	47,5

Abbildung 10: Auftreten von Stau- und Druckgeschwüren bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste (n=122; in %)



4) Medikation: Der Medikamentenkonsum ist beträchtlich und damit einhergehend auch die Belastung der Pflegekräfte, nicht nur bei der Medikamentenvergabe, sondern auch bei der Kontrolle der Nebenwirkungen und Veränderungen, die auf Medikamenten zurückzuführen sind.

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, auch des Krankenhauses, korreliert signifikant mit der Anzahl der in den letzten 7 Tagen eingenommenen Medikamente. Patientinnen mit Schmerzen und im instabilen Zustand erhalten mehr Medikamente als alle anderen Klientinnen (Kendall-Tau-b = .329, $p = .01$ beziehungsweise = .232, $p = .05$). Auch depressive Personen gaben eine höhere Anzahl von Medikamenten pro Woche an (Pearson = .214, $p = .05$). Mit steigender Anzahl verringert sich die compliance, d.h. die Fähigkeit oder Bereitschaft einer disziplinierten und zuverlässigen Einnahme.

Interessant war zu erfahren, ob der Pflegeaufwand (speziell der Aufwand an häuslicher Krankenpflege) höher wird, wenn besonders viele Medikamente eingenommen werden. Das ist

jedoch nicht der Fall. Auch der Aufwand für Angehörige ist nicht größer. Diese Feststellungen und auch die Tabelle 59 belegen, dass die Medikation einen offenbar geringeren Stellenwert in der ambulanten Pflege in NRW hat, als der sehr hohe Konsum rechtfertigen würde. Wir zeigen weiter unten (Qualitätsindikatoren), dass die Kontrolle der Medikation – falls sie stattfindet - ausschließlich von Ärzten durchgeführt wird, obwohl die Medikation im Alter im allgemeinen 40 bis 60% der pflegerischen Probleme mitverursacht.

Tabelle 58: Medikation bei Klientinnen ambulanter Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen (n=122)

Anzahl der Medikamente in den letzten 7 Tagen	Prozent der Klientinnen
Keine	4,1
1 bis 3	18,8
4 bis 5	18,0
6 bis 8	16,4
und mehr	26,2
keine Angaben	16,4
Gesamt	100,0

Tabelle 59: Kenntnis und Unkenntnis der Medikation bei Klienten in der ambulanten Pflege in Nordrhein-Westfalen

Den Pflegepersonen ist nicht bekannt (für letzte 7 Tage), ...	Anteil in % (N=122)
ob Klientin Medikamente einnimmt (jeder Art)	16,4
ob er oder sie Psychopharmaka (allgemein) einnimmt	84,4
ob er oder sie spezielle Antipsychotika einnimmt	22,1
ob er oder sie angstreduzierende Mittel und Antidepressiva einnimmt	22,1
ob er oder sie Hypnotika einnimmt	23,0

6.3.7 Versorgung bei kognitiven Beeinträchtigungen und demenziellen Erkrankungen

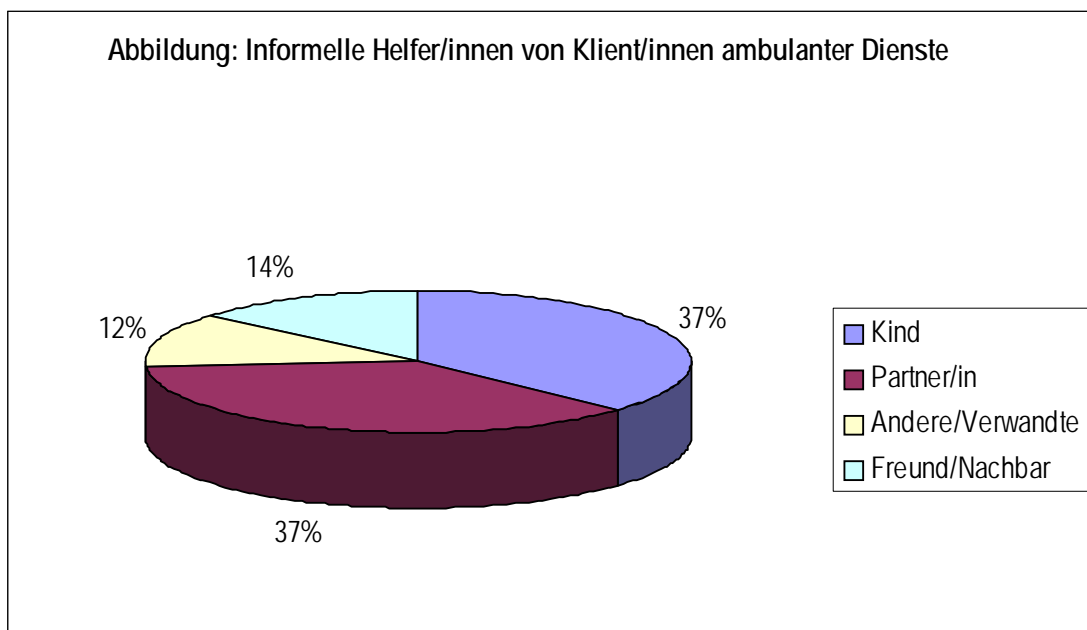
Die Prävalenz kognitiver Probleme in der untersuchten Population wurde bereits an anderer Stelle (Kapitel 6.1 und zu Beginn dieses Abschnitts) erörtert. Personen mit kognitiven Problemen werden nach unseren Feststellungen nicht länger oder intensiver betreut, als alle übrigen Klientinnen, lediglich wenig mehr Pflege kommt ihnen zugute (statistisch schwach signifikant). Weder der professionelle noch der informelle Aufwand an Stunden und Minuten ist signifikant höher, wenn die Klientin oder der Klient kognitive Einbuße erlitten hat. Kognitiv beeinträchtigte Klientinnen sind signifikant häufiger auf einen Betreuer angewiesen. Das primäre Ziel der Versorgung ist in der Regel die häusliche Pflege, bei „nur“ Gedächtnisproble-

men (prozedurales Gedächtnis) auch die ambulante Rehabilitation. Familiäre Konflikte mit pflegenden Angehörigen scheinen ausgeprägter, aber die Klientinnen fühlen sich paradoxerweise seltener einsam (Kendall-Tau-b = .183, p = .05). Nach unserer Untersuchung konnte keine eklatante Benachteiligung bei den Pflegeleistungen festgestellt werden. Dieses ist freilich eine relative Aussage, weil die untersuchte Stichprobe zu klein ist (n=122 Klientinnen) und die Untersuchung selbst nur im Querschnitt durchgeführt wurde.

6.3.8 Informelle soziale Netze und pflegende Angehörige und damit verbundene Risiken

Die Pflegeversicherung ist als eine Zuschussleistung konzipiert. Die berufsmäßige Pflege soll die informelle lediglich ergänzen. Diese Prämisse bestätigt sich völlig bei der Analyse des ambulanten Sample. Wer hier pflegt, das sind in erster Linie nicht die Pflegedienste, sondern die Angehörigen (Partner, Kinder) aber auch Verwandte und Nachbarn (Abbildung 11).

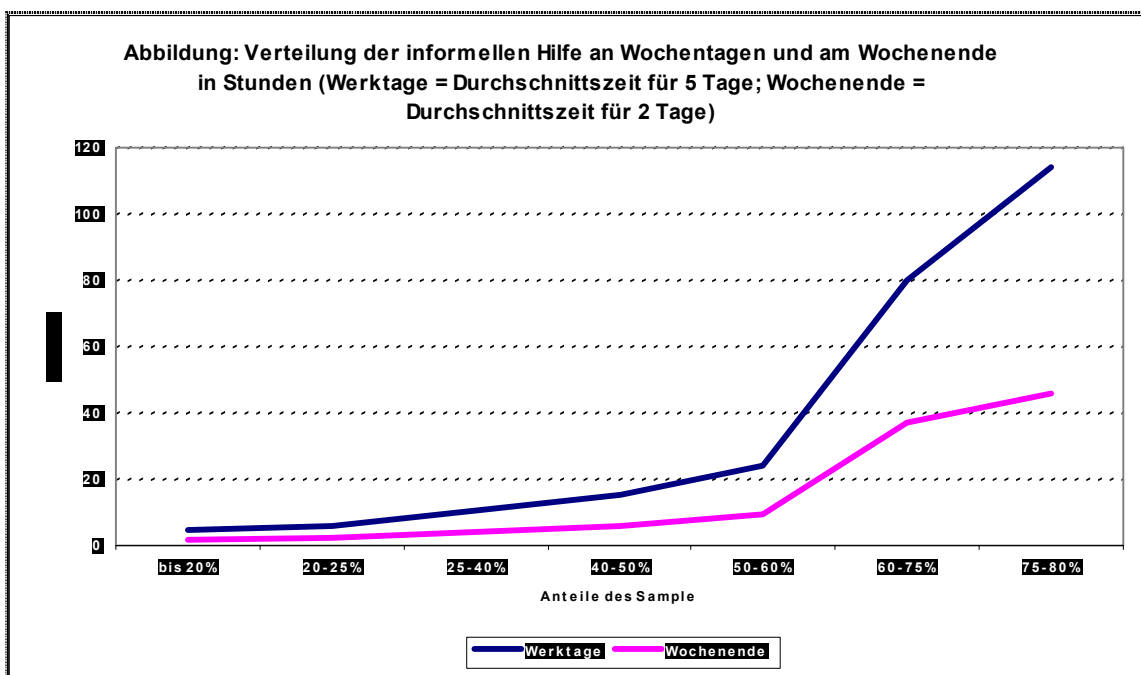
Abbildung 11: Informelle Helferinnen von Klientinnen ambulanter Dienste (n=122; in %)



Der Leistungsumfang informeller Helferinnen ist erheblich, sowohl an den Wochentagen, als auch am Wochenende (Abbildung 12). An den normalen Werktagen werden im Durchschnitt 43,7 Stunden geleistet (der Median liegt bei 15 Stunden). Am Wochenende pflegen die informellen Helferinnen im Schnitt 18,2 Stunden (der Median liegt bei 6). Bei gut einem Viertel der Klientinnen beträgt der Aufwand 16 Stunden pro Tag und darüber.

Kein Wunder, dass sich ein großer Prozentsatz der Helferinnen überlastet fühlt und dieses aufgrund der als „zu wenig“ eingeschätzten Unterstützung (Kendall-Tau-b = .398, p = .01). Paradoxiertweise ist das Gefühl, belastet zu sein, nicht mit dem geleisteten Stundenanteil verbunden. Informelle Helferinnen, die im gemeinsamen Haushalt mit dem zu Pflegenden wohnen, fühlen sich signifikant weniger belastet und haben keine Probleme beim Helfen. Jedoch führt die Intensität der Hilfe zur Isolation und Einsamkeit des Klienten oder der Klientin.

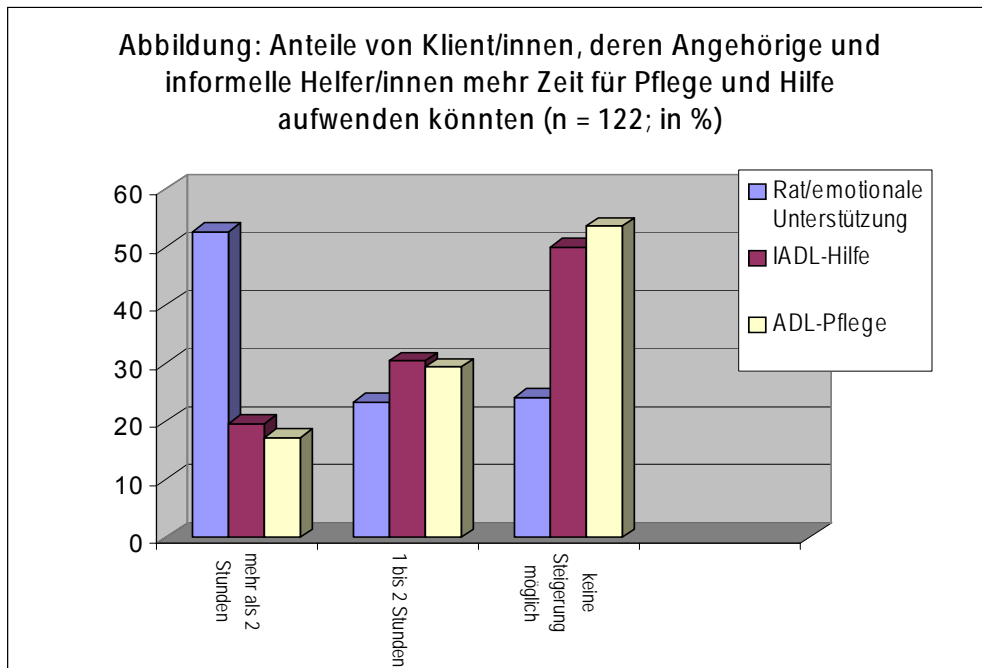
Abbildung 12: Verteilung der informellen Hilfe in der häuslichen Pflege in NRW an Wochentagen und am Wochenende in Stunden



Wir zeigen in der Abbildung 13, dass die Potentiale zu einer Intensivierung der informellen Hilfe durchaus vorhanden sind. Bei der Übernahme elementarer Versorgungsaufgaben (ADL-Pflege) ist dieses jedoch deutlich weniger der Fall als bei der emotionalen Unterstützung. Auch die instrumentelle Hilfe (Einkaufen, Umgang mit Geld, Hausarbeit etc.) ist für fast 50% nicht mehr zu steigern.

Die sozialen Beziehungen lassen sich freilich nicht nur auf die „Hilfe und Pflege“ reduzieren. Wir zeigen im Zusammenhang mit der Pflegeplanung, dass jedoch die Einschätzung sozialer Aktivitäten und Kontaktverlust von berufsmäßig Pflegenden nur wenig registriert und in die Arbeit einbezogen wird. Und doch ist es die professionelle Pflege, die in der Lage sein müsste, die „Isolationstendenz“ bei familiärer oder informeller Pflege helfen aufzubrechen, und die Hinweise auf die Vernachlässigung, die durchaus vorhanden sind, zu verfolgen.

Abbildung 13: Anteile von Klientinnen, deren Angehörige und informelle Helferinnen mehr Zeit für Pflege und Hilfe aufwenden könnten (n=122; in %)



6.3.9 Institutionalierungsrisiko

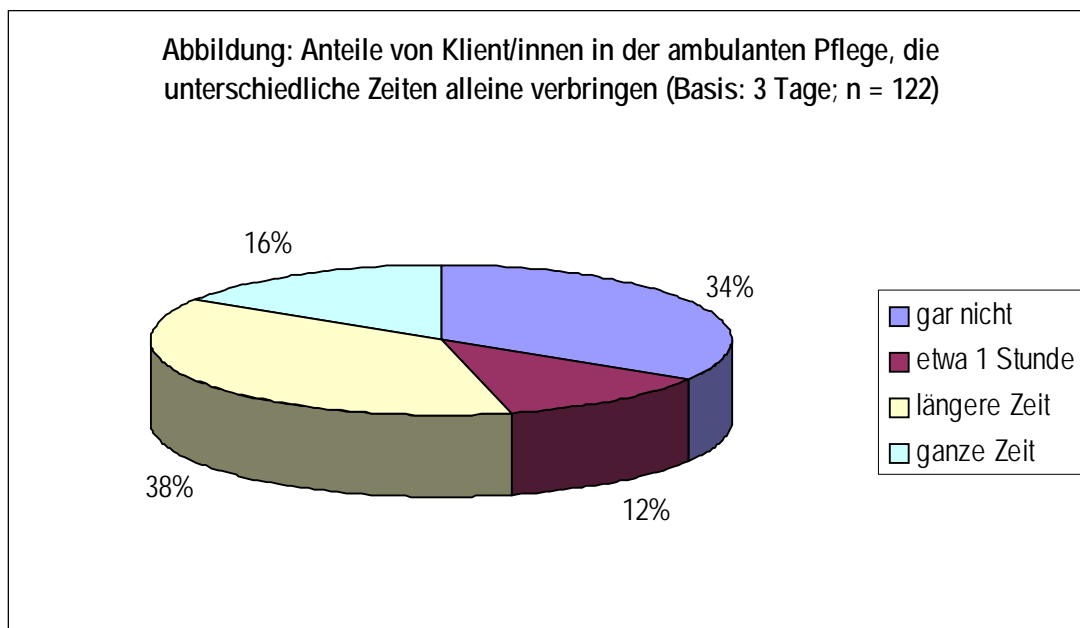
Empirische Studien zeigen, dass das Institutionalierungsrisiko, also die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person nicht mehr zu Hause versorgt werden kann und in eine Heimeinrichtung eintreten muss, durch verschiedene Faktoren verstärkt wird (Garms-Homolová 2002). Dazu gehören Faktoren, die nicht von der Pflege beeinflussbar sind, z.B. bestimmte neurologische Diagnosen, Inkontinenz, Schlafstörungen, aber auch Demenz, Verwirrtheit sowie bestimmte Merkmale der kognitiven Leistungsfähigkeit. Es gibt aber auch Merkmale der Versorgung und der Lebensweise, die das Institutionalierungsrisiko erhöhen. Wir haben entsprechende Risiken für die Stichprobe nicht berechnen können, da es sich nur um eine Querschnittsuntersuchung handelt, nutzen an dieser Stelle aber die longitudinalen Daten der AD-HOC Studie, bei der wir das sogenannte „relative Risiko“⁶⁷ kalkulieren konnten, um auf die bei den NRW-Klientinnen vorhandenen Risiken aufmerksam zu machen:

- Das Institutionalierungsrisiko ist für die Personen, welche die überwiegende Zeit alleine verbringen, 1,5 mal größer ($r = 1,52$), als bei allen anderen Personen. Die Anteile der „Alleinbleibenden“ sind in dieser Studie besonders hoch (Abbildung).

⁶⁷ Dies ist das Maß der Stärke des Zusammenhangs zwischen einer Variablen und dem Eintreten des Ereignisses.

- Das Alleinwohnen erhöht das Institutionalierungsrisiko ebenfalls 1,5 mal ($r = 1,49$) (Vgl. 6.1.1).
- Das Risiko der Institutionalisierung ist 1,2 mal größer auch für die 16% der Klientinnen, die mittel bis stark kognitiv beeinträchtigt sind ($r = 1,19$). Das betrifft in dieser Stichprobe rund 14% der Klientinnen.
- Das Risiko der Institutionalisierung ist 1,8 mal größer für Personen, die selten oder nie ausgehen (vgl. Tabelle 18 „risikoreiche Anzeichen“ im Kapitel 5.3).

Abbildung 14: Anteile von Klientinnen in der ambulante Pflege, die unterschiedliche Zeiten alleine verbringen (Basis: 3 Tage; n = 122)



6.3.10 Prävention und Gesundheitsförderung

An erster Stelle soll hier auf die Prävalenz der Grippeimpfung hingewiesen werden. Sie beträgt nur 43,4% der Gesamtstichprobe und liegt damit unter dem vom Robert-Koch-Institut angegebenen Durchschnitt für 65-jährige und ältere. Dabei sind grippale Infekte und Pneumonien die fünfthäufigste Todesursache bei diesem Bevölkerungssegment. Das Bundesministerium für Gesundheit empfiehlt die Impfung von allen chronisch Kranken und gebrechlichen Alten. Obwohl die Pflegedienste nicht direkt für die Teilnahme an der Impfung verantwortlich sind, wäre es unseres Erachtens auch die Aufgabe der professionellen Pflege, eine entsprechende Aufklärung zu betreiben. Das Gleiche betrifft Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, die beim untersuchten Sample sehr gering ausgeprägt ist:

- 5,7% unterzogen sich einer Darmvorsorgeuntersuchung.

- 4% der Frauen einer Brustkrebsvorsorge.

Über die Vernachlässigung aller anderen Präventionen und gesundheitsfördernden Maßnahmen berichten wir an anderen Stellen im Kapitel 6. Es scheint, dass die präventive Denkweise mit der ambulanten Pflege in NRW nicht besonders stark ausgeprägt ist, ein Befund, der jedoch nicht nur für die ambulante Pflege in NRW, sondern offenbar in der Tendenz für die gesamte Dauerpflege älterer Menschen gilt (vgl. oben, Kapitel 2.7).

6.4 Überprüfung der Qualität ambulanter Pflege mit Hilfe der Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren für den ambulanten Pflegebereich (Home Care Quality Indicators HCQI) werden auf der Basis des RAI HC kalkuliert. Sie wurden zunächst in drei Ländern (Kanada, Japan und USA) entwickelt unter Einbeziehung von Stichproben beträchtlichen Ausmaßes (n=3.041 beziehungsweise 11.252; vgl. Hirdes et al. 2003 ; Weismann 2001). Die Qualitätsindikatoren können für individuelle Klientinnen und ebenso für das versorgte Kollektiv kalkuliert werden. Bei der zuletzt genannten Vorgehensweise ist die „Risikoanpassung“ erforderlich. Ausgewählt wurden die zustandsbezogenen Qualitätsindikatoren. Da kein Reassessment möglich war, standen Prävalenzindikatoren im Mittelpunkt.

In der vorliegenden Studie wurden die folgenden QI berücksichtigt:

A) Inadäquate Ernährung:

- 1) Anteil von Klientinnen, die in den letzten drei Tagen nur eine (oder gar keine) Mahlzeit gegessen haben, an allen untersuchten Klientinnen.
- 2) Anteil der Klientinnen, die ungeplant Gewicht verloren haben (> 5% in den letzten 30 Tagen oder > 10% in den letzten 180 Tagen) an versorgtem Kollektiv. Risikoanpassung: ohne Patientinnen im terminalen Zustand.
- 3) Prävalenz der Dehydratation: Anteil der Klientinnen, die unzureichend trinken (Flüssigkeitsmenge von mindestens 1,5l in letzten 3 Tagen) an allen untersuchten Klientinnen. Keine Risikoanpassung.
- 4) Ernährung und hier insbesondere der nicht-intentionale Gewichtsverlust (10,7% des untersuchten Sample ohne Klientinnen im terminalen Stadium und Hospizprogramm).

Tabelle 60: Qualitätsindikatoren für die Ernährung

	Rate pro Sample
A1	5,8
A2	10,7
A3	13,9

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen dem gesamten Kollektiv und den Personen im terminalen Stadium oder Hospizprogramm (die Häufigkeiten dieser Zustände sind zu niedrig – A4). Keine signifikanten Unterschiede wurden für Personen festgestellt, die sich selbst nicht ernähren können. Sie sind nicht bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung benachteiligt.

B) Medikation

- 5) Anteil der Klientinnen, deren Medikation vom Arzt überprüft wurde an allen untersuchten Klientinnen, die mindestens 2 Medikamente einnehmen (Positiver Indikator), beträgt 55,7%.

C) Inkontinenz

- 6) Anteil der Klientinnen, deren Inkontinenz sich in den letzten 90 Tagen verschlechtert hat, an allen Klientinnen mit Ausnahme der Dauerkatheträgerinnen (Risikoanpassung: Dauerkatheträgerinnen), beträgt 7,4%.

D) Freiheitsbeschränkungen

- 7) Anteil der Klientinnen mit Freiheitsbeschränkungen an allen untersuchten Klientinnen mit Ausnahme jener mit massiven Verhaltensauffälligkeiten, wie Weglaufen, Umherirren und körperlicher Aggressivität (Risikoanpassung: Verhaltensauffälligkeiten), beträgt lediglich 1,6%.

E) Hilfsmittel

- 8) Klientinnen mit Bewegungsproblemen, die keine angemessenen Hilfsmittel haben (Risikoanpassung: Nicht berücksichtigt wurden Klientinnen mit Sturzgefahr und Schwerst- kranke).

Tabelle 61: Hilfsmittelversorgung (n=122)

Qualitätsindikatoren: Hilfsmittel		Anteil ohne angemessene Hilfsmittel in %
Hilfsmittel 1	Klientinnen mit Bewegungsproblemen bei der Bewegung zu Hause	0,8
Hilfsmittel 2	Klientinnen mit Bewegungsproblemen bei der Bewegung draußen	3,3
Hilfsmittel 3	Klientinnen mit Bewegungsproblemen bei der Bewegung zu Hause (ausgenommen Personen mit körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die ihre Krankheit beeinträchtigt und mit unsicherer Gangart)	4,9
Hilfsmittel 4	Klientinnen mit Bewegungsproblemen bei der Bewegung draußen (ausgenommen Personen mit körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die ihre Krankheit beeinträchtigen und mit unsicherer Gangart)	15,6

F) Reha-Potential, Funktionsfähigkeit

- 9) Anteil von Klientinnen, die keine Rehabilitation haben (z.B. Physio- oder Ergotherapie, Sprachtherapie) an allen Klientinnen, die Rehabilitationspotentiale aufweisen und aufgrund ihrer Kommunikationsfähigkeit und des kognitiven Zustands auch zur Rehabilitation fähig wären. Entsprechende Berechnungen konnten wegen der zu geringen Repräsentanz der Merkmale im untersuchten Kollektiv nicht durchgeführt werden.
- 10) Anteil der Klientinnen, deren Fähigkeiten im Bereich der Alltagsaktivitäten - ADL sich innerhalb der letzten 90 Tage verschlechtert haben, an allen Klientinnen, die sich verschlechtern konnten (= die nicht vollkommen abhängig waren), beträgt 15,6%.
- 11) Anteil der Klientinnen, deren Funktionsfähigkeit sich innerhalb der letzten 90 Tage nicht verschlechtert hat an Klientinnen, die eine Therapie haben (z.B. Bewegungstherapie oder Ergotherapie), beträgt 23% .
- 12) Anteil der Klientinnen, deren Funktionsfähigkeit – ADL - sich innerhalb der letzten 90 Tage nicht verschlechtert hat, an den Klientinnen, die sich verbessern konnten, weil ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt war, beträgt 32%.

G) Kognitive Funktion

- 13) Anteil der Klientinnen deren kognitiver Zustand sich in den letzten 90 Tagen verschlechtert hat an den Klientinnen, mit guter kognitiver Leistungsfähigkeit (CPS < 6), beträgt 18,9%.
- 14) Anteil der Klientinnen, deren kognitiver Zustand sich in den letzten 90 Tagen nicht verschlechtert hat, an den Klientinnen, die sich verschlechtern konnten (CPS = 1), beträgt 39,3%.
 - a) Prävalenz von plötzlich auftretenden Deliriumsanzeichen in der gesamten untersuchten Gruppe war 11,5%.
 - b) Prävalenz von Deliriumsanzeichen an allen untersuchten Personen ohne Personen mit deutlichem Hinweis auf Depressionen (DRS = 4+) wurde nicht kalkuliert.

H) Soziale Situation

- 15) Anteil der Klientinnen, welche die meiste Zeit alleine verbringen, und sich auch allein fühlen an den Klientinnen mit verminderten sozialen Aktivitäten, die unter dieser Verminderung leiden, beträgt 3,3%.

I) Schmerz

- 16) Anteil von Klientinnen mit täglichem intensivem Schmerz beziehungsweise mit Schmerzen, die die Aktivitäten beeinträchtigen, an allen untersuchten Personen, beträgt 9%.
- 17) Anteil von Klientinnen mit täglichem intensivem Schmerz beziehungsweise mit Schmerzen, die die Aktivitäten beeinträchtigen, mit Ausnahme von Terminalkranken, Krebskranken und von Personen, deren Schmerzempfinden aufgrund starker kognitiver Beeinträchtigungen nicht feststellbar ist (CPS > 4), beträgt 2,5%.
- 18) Anteil von Klientinnen mit täglichem intensivem Schmerz beziehungsweise mit Schmerzen, die die Aktivitäten beeinträchtigen, mit Ausnahme von Klientinnen mit hochgradiger Instabilität des Zustands (CHESS-Score = 4 oder 5) oder die sich in einem Akutstadium einer Erkrankung befinden, beträgt 4,9%.
- 19) Anteil von Klientinnen, deren Schmerz nicht medikamentös beherrscht wird, an allen Klientinnen, die täglich starke Schmerzen haben, beträgt 4,1%.
- 20) Anteil von Klientinnen mit täglichen Schmerzen aber keiner richtigen Schmerzkontrolle, an allen Personen, die Schmerzen haben, beträgt 17,2%.

J) Vernachlässigung, Misshandlung

- 21) Anteil von Klientinnen, die ungeklärte Verletzungen haben an allen Klientinnen: Nur ein Klient wies diese Merkmale auf.
- 22) Anteil von Klientinnen, die Anzeichen irgendwelcher Art von Vernachlässigung oder Misshandlung aufweisen (z.B. unklare Verletzungen, Furcht vor Helferinnen, Freiheitsbeschränkungen, sehr schlechte Hygiene) an allen Untersuchten, beträgt 12,3%.
- 23) Anteil von Klientinnen, die mindestens ein Anzeichen von Vernachlässigung oder Misshandlung haben (z.B. unklare Verletzungen, Furcht vor Helferinnen, Freiheitsbeschränkungen, sehr schlechte Hygiene), an allen Klientinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen (CPS > 3), beträgt 2,5%.

K) Prävention

- 24) Anteil von Klientinnen, die in den letzten 2 Jahren keine Grippeimpfung erhalten haben, an allen Klientinnen, die von dem untersuchten Pflegedienst mindestens seit sechs Monaten gepflegt werden und die weder eine Chemotherapie noch eine Bestrahlung erhalten, beträgt 56,6%.
- 25) Anteil von Klientinnen, die selten oder nie nach draußen kommen (letzte 30 Tage) an allen Klientinnen, die dazu auf jeden Fall körperlich fähig sind, beträgt 13,9%. 26) Anteil

von Klientinnen, die selten oder nie nach draußen kommen an allen Klientinnen, die Körperlich sehr geringfügig beeinträchtigt sind und entsprechend geringe Hilfe (z.B. Aufsicht) bei ihrer Bewegung benötigen, wurde aufgrund geringer Prävalenz nicht kalkuliert.

Eine Würdigung der Ergebnisse ist nicht einfach, da in Deutschland für den Home Care Bereich nur wenige Informationen über den Zustand, d.h. die Prävalenz- und Inzidenzrate von Erkrankungen und Beeinträchtigungen sowie Symptomen vorliegen, zumindest nicht solche, die mit einem ähnlich präzisen Methodeninstrumentarium gewonnen wurden, wie es im Rahmen dieser Studie geschah. (Wir werden auf diese Problematik noch in der Diskussion – Kapitel 7 – eingehen). Insofern hat diese Studie Pioniercharakter, weil sie den Weg zu einer wissenschaftlich haltbaren Qualitätskontrolle (Prozess- und Outcomemessung) aufzeigt. Das Beispiel der Qualitätsindikatorenkalkulation richtet sich an den Auftraggeber als eine der vorrangigsten Empfehlungen.

Obwohl es also keine adäquaten, weiträumig angelegten klinischen Studien der Home Care Population gibt, stechen die folgenden Indikatoren auch bei einer oberflächlichen Betrachtung ins Auge:

Zunächst die *positiven Ergebnisse*:

- Sie betreffen vor allem die Rehabilitationspotentiale und die Erhaltung der körperlichen Funktionsfähigkeit (F 11 und F 12). Diese deuten auf eine gewisse positive Wirksamkeit der Versorgung hin. Es zeigt sich, dass es die Stationen zusammen mit den Angehörigen schaffen, den Zustand bei einem hohen Prozentsatz stabil zu halten (F 12) oder sogar zu verbessern, wenn eine Therapie zur Verfügung steht (F 11).
- Die gleiche Feststellung ist hinsichtlich der kognitiven Befindlichkeit der Klientinnen festzustellen. Die Pflege oder Versorgung begünstigt offenbar eine Zustandstabilität.
- Das weitgehende Vorhandensein der Medikationskontrolle durch die Ärzte soll ebenfalls unterstrichen werden, obwohl es lediglich indirekt ein Verdienst der Pflegedienste sein kann. Problematisch ist allerdings, dass bei 21,6% der Klientinnen gar keine ärztliche Medikationskontrolle in den letzten 90 Tagen stattfand.

Als eindeutig *bedenklich* stellen sich die folgenden Versorgungsprobleme heraus:

- Mangelhaftes Schmerzmanagement – die Qualitätsindikatoren bestätigen die schon an anderen Stellen (z.B. bei der Pflegeplanungsanalyse) formulierte Kritik der Schmerzversorgung.
- Die Qualitätsindikatorenkalkulation unterstreicht auch den Befund, dass die Möglichkeit zum Ausgehen, zum Verlassen der Wohnung zu einem – wie auch immer geringen – Spaziergang, bei den Home Care Klientinnen beschnitten ist (K 25).
- Wir finden die Prävalenz der Delirium- oder Verwirrtheitszeichen im untersuchten Kollektiv zu hoch (11,5%) und erinnern noch einmal an die Feststellung, dass die Dokumentation dieser Zeichen und das Eingehen auf sie im Pflegeplan verbesserungsbedürftig sind.

- Auch die Rate der Klientinnen mit Vernachlässigungsmerkmalen erscheint hoch. Dieser Bereich soll einem aktiven Monitoring unterzogen werden. Eine Aufklärung der Mitarbeiterinnen und Angehörigen ist angezeigt.
- Hingewiesen werden soll auch auf das Problem der Hilfsmittelversorgung für die Fortbewegung draußen (Tabelle 48).

Neben dieser Bewertung wurde ein Qualitätsvergleich der Versorgung von dieser NRW-Stichprobe mit der festgestellten Qualität einer in Nordbayern durchgeführten repräsentativen Stichprobe von 607 Klientinnen⁶⁸ angestellt. Es gab nur wenige eindeutig signifikante Unterschiede. In den NRW-Diensten deutet sich eine signifikant schlechtere Essensversorgung an (Pearson, $p = .01$). Dagegen erscheinen die NRW-Klientinnen eine bessere Versorgung in den folgenden Bereichen zu erhalten:

- Erhaltung der Potentiale für Selbstversorgung, speziell bei den Klientinnen, die eine Physio- oder Ergotherapie erhalten (Pearson's, $F = 6,104$, $p = .014$). Dieses gilt sogar für körperlich beeinträchtigte Klientinnen (Pearson's, $F = 4,403$, $p = .03$).
- Aktivierung durch „Ausgang“, da der Anteil der Klientinnen, die eine Chance haben, nach draußen zu kommen, in NRW signifikant höher als bei der Stichprobe in Bayern liegt ($F = 7,805$, $p = .005$).
- Schmerzmanagement, da die bayerische Stichprobe eine noch höhere Prävalenz von fehlender Schmerzkontrolle aufweist (26,2% gegenüber 17,2% in NRW; $p = .03$)

Demgegenüber werden die präventiven Maßnahmen in NRW offenbar viel seltener als in Bayern praktiziert. Die NRW-Pflegedienste geben seltener die Empfehlung zu einer Grippeimpfung ($p = .02$) als es in Nordbayern der Fall ist. 56,6% der Teilnehmer an der vorliegenden Studie (mit Ausnahme von Klientinnen mit Chemo- oder Strahlentherapie) wurden seit zwei Jahren nicht geimpft, obwohl die Stichprobe eine Hochrisikogruppe darstellt.

7 Zusammenfassende Diskussion, Empfehlungen und Schlussbetrachtung

7.1 Diskussion

Bevor wir die gewonnenen Befunde zu diskutieren beginnen, wollen wir auf zwei Fragen eingehen:

⁶⁸ AD HOC Studie in 23 Einrichtungen.

1) War der Zugang zum Problem der mangelhaften Qualität angemessen? Diese Frage betrifft selbstverständlich auch das Design der Studie und die Methode dieser empirischen Untersuchung.

2) Wie repräsentativ waren die Stichproben und folglich: Wie verallgemeinerbar sind die gewonnenen Resultate?

Ad 1) Es gehört heute zum allgemeinen Wissensgut im Bereich des Qualitätsmanagement, dass „Qualität“ ein überaus facettenreicher Begriff ist. „Qualität hat viele Qualitäten“ – so müsste man feststellen (siehe auch Kapitel 2.1). Deshalb ist es erforderlich, verschiedene Zugänge zur Qualitätsbewertung zu suchen. Befragt ein Heim seine Bewohnerinnen, wie zufrieden oder unzufrieden sie sind, so erfährt es vielleicht etwas über die Wünsche und Vorstellungen hinsichtlich des Lebens und der Versorgung im Heim und darüber, in wie weit sich das Heim mit diesen Vorstellungen deckt. Dabei dürften jedoch die Antworten aus mehreren Gründen Verzerrungen enthalten und die methodische Güte solcher, häufig ohne methodischen Sachverstand angelegter, Befragungen ist in der Regel problematisch (vgl. m.w.N. Roth 2002). Grundsätzlich wird mit solchen Befragungen auch nur ein kleiner Ausschnitt der Qualitätsbewertung erfasst, der aber durchaus unerlässlich ist, um die Kunden- beziehungsweise Klientenorientierung zu verbessern (vgl. Kapitel 2.7, Roth 2002). Unterzieht sich das Heim einer Zertifizierung, erhält es eine Bescheinigung darüber, ob sein Qualitätsmanagement mit den Vorgaben dieses Zertifizierungssystems übereinstimmt. Die Beurteilung, die es mit dem Zertifikat bekommt, liefert je nach methodischer Güte mehr oder weniger wertvolle Aufschlüsse für die Organisation, Führung und Abläufe im Unternehmen. Niemand wird von dem ersten oder den zweiten Ansatz aber erwarten, dass er sehr viel Relevantes zu den stärker klinischen Aspekten der Dienstleistung Pflege und der Ergebnisqualität beisteuert. Just dieser Teil der Qualität, die klinische Arbeit und die outcomes der Pflege als Ergebnisqualität wurden mit der vorliegenden empirischen Untersuchung angepeilt. In der Literaturanalyse im Rahmen dieses Projekts wird u.a. der Nachweis geführt, dass im Bereich der Strukturqualität auch in der deutschen Langzeitversorgung schon Fortschritte erreicht wurden. Wir zeigen in der empirischen Untersuchung vielfältige Belege dafür, dass die genannten Verfahren jedoch nicht ausreichen, um den Kernbereich der Pflegetätigkeit zu treffen: Obwohl fast jede Einrichtung schon Qualitätsbeauftragte, Qualitätszirkel, Audits und Standards hat und vielfach (meist methodisch wenig zuverlässige ‚selbstgestrickte‘) Kundenbefragungen durchführte, bleibt die eigentliche Pflegetätigkeit doch mit vielen Mängeln behaftet und unprofessionell.

Wir zeigen bei dieser Untersuchung nicht nur, wo die Mängel liegen, sondern wie man mit relativ geringen Veränderungen die Prozesse der Pflegeleistung verändern und zugleich die Mitarbeiter befähigen könnte, anders zu arbeiten. Dass damit weit präzisere Möglichkeiten der Kontrolle zur Verfügung stünden, als es heute der Fall ist, ungeachtet der vielfältigen Kontrollmechanismen und Heerscharren von Kontrolleurrinnen, sollte ebenfalls deutlich ge-

worden sein. Obwohl wir die „Strukturqualität“ nicht primär untersucht haben – entsprechende Angaben waren für uns Kontextvariablen – konnten wir für die ambulante Pflege feststellen, dass die Prozess- und Ergebnisqualität nur veränderbar ist, wenn eine Mindestausstattung an Mitarbeiterinnen vorhanden ist. Die häusliche und ambulante Pflege ist überwiegend Laienpflege – nicht wegen den Anteilen von Hilfskräften in den Pflegediensten, sondern weil es Angehörige sind, die einen größeren Anteil der Arbeit verrichten, als es die berufsmäßig Pflegenden in den knappen Minuten ihrer Tätigkeit können.

Ad 2) Wir haben aufgezeigt, dass die Stichproben, die nach einem Quotensystem gebildet wurden, in demographischer Hinsicht mit den Bewohnerinnen- und Klientinnenkollektiven übereinstimmt, aber nur so weit, wie über deren Zusammensetzung Klarheit besteht. An keiner Stelle gibt es bedauerlicherweise zuverlässige und differenzierte Angaben, wer eigentlich wo versorgt wird. In den Berichten der Krankenkassen findet sich der Umfang der Ausgaben für die häusliche Krankenpflege. Diese lassen sich nach Versicherten, Mitversicherten und versichertern Rentnern unterteilen. Nicht deduzierbar sind aber Angaben über die, z. B. demographische Zusammensetzung der Krankenpflegeempfänger. Folglich gibt es keine Referenzdaten, die aber zur Präzisierung der Stichprobe unerlässlich sind. Unsere Studie zeigt, dass unter den Klientinnen ambulanter Pflegedienste zwar die Langzeitklientinnen überwiegen, dass jedoch trotzdem auch von diesen viel Krankenpflege beansprucht wird, sowohl im versicherungsrechtlichen als auch fachlichen Sinne. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die nur Leistungen nach dem SGB XI beziehen, ist so gering, dass die fortbestehende Trennung der Leistungsbereiche nach dem SGB als höchst problematisch bezeichnet werden müsste, zumal man immer wieder erfährt, wie die praktische Arbeitsorganisation darunter leidet, und wie viel Bürokratie auf diese Weise erzeugt wird.

In diesen Kontext der Verallgemeinerbarkeit der Aussagen gehört auch das Thema „kleine Stichproben“. In dieser Studie wurde trotz dieser Einschränkung eine große Menge wichtiger Resultate erarbeitet. Wenn eine Generalisierung nicht angebracht erschien, haben wir die Auswertungsarbeit gestoppt, oder bei der Präsentation der Resultate auch darauf hingewiesen, was und warum sich vieles nicht machen lässt. Wir freuen uns, den Verantwortlichen im Bundesland NRW nicht nur diese Ergebnisse, sondern auch eine Demonstration einer Vorgehensweise zu liefern, die sie in einem groß angelegten Modellversuch verwenden könnten, weil sie sich eignen würde, eine kontinuierliche Verbesserung und ein genaues Monitoring, eventuell auch Benchmarking in der Region aufzubauen. Diese Empfehlung scheint im Hinblick auf die anstehenden Reformen sehr angebracht zu sein.

Insgesamt unterstreichen zudem die Befunde der auch in dieser vielleicht eher ‚zu positiven Stichprobe‘ auftretenden vielfachen und z.T. gravierenden Mängel und nicht zuletzt die vergleichend ausgewertete Literatur, dass die mangelhafte Pflegequalität auch (aber nicht nur) in Nordrhein-Westfalen durchaus ‚System hat‘. Die politisch immer wieder vorrangig im Zu-

sammenhang mit Pflegemängeln diskutierte Frage, ob die (nicht nur, aber auch in Nordrhein-Westfalen) gefundenen vielfachen und z.T. eklatanten Pflegemängel ‚Einzelfälle‘ einiger ‚schwarzer Schafe‘ darstellen, sollte fortan also nicht erneut stellvertretend für eine differenzierte Auseinandersetzung geführt werden. Tatsächlich gibt es diese ‚besonders schwarzen Schafe‘ naturgemäß genauso wie fachlich kompetente und qualitativ sehr gute Pflegekräfte und -einrichtungen. Nur sind letztere, dies unterstreichen immer wieder alle vorliegenden empirischen Befunde, eher nicht die selbstverständliche Regel. Genau dieses unterstreicht auch die vorliegende Studie.

Nun zu den eigentlichen Ergebnissen: Das Verbinden der verschiedenen Verfahren – Assessment, Pflegeplanungskontrolle, Querschnitt und Follow-up – garantiert eine große Anzahl und Vielfältigkeit von Befunden, die sich vorwiegend ergänzen und sehr plausibel erscheinen. Wir wollen an diese Stelle nicht die von uns ermittelten Prävalenzen mit anderswo (z. B. im Ausland) gefundenen Raten einzeln vergleichen. Dazu ist die Versorgungslandschaft zu heterogen. An einigen Stellen haben wir als Referenzbefunde eine mit der gleichen Methode durchgeführte Studie herangezogen (dieses könnten wir bei Gelegenheit vertiefen, nicht aber im Rahmen des sehr eng zugeschnittenen Auftrags und Budgets). Die wenigen vorhandenen Referenzdaten verfügen überwiegend nicht über die erforderliche methodische Zuverlässigkeit, oder sind mit Instrumenten zustande gekommen, die mit unseren methodisch anspruchsvollen Tools aus der Familie der Resident Assessment Instruments (vgl. Gerritsen 2004) nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Auch hier zeigt sich ein Mangel: Die insuffiziente Datenlage und die fehlende Evidenzbasierung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Pflege. Wir hoffen, dass Studien wie die vorliegende zur zunehmenden Evidenzbasierung und Rationalität in diesem zukunftssträchtigen Versorgungsbereich beitragen können.

7.2 Empfehlungen

Im Zusammenhang mit der Analyse beider Versorgungsfelder sowie einzelner Aufgaben wurden bereits auch Hinweise und Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität und zur Beseitigung von Mängeln und deren Ursachen unterbreitet. In diesem Kapitel wollen wir jedoch noch einmal die wichtigsten Empfehlungen systematisieren und zusammenfassen. Dabei orientieren wir uns an der für die Pflege häufig verwendeten Unterteilung in die Ebene der

- Strukturqualität,
- Prozessqualität und
- Ergebnisqualität.

Ein Teil der Empfehlungen kann freilich nicht von den Pflegeanbietern allein eingelöst werden. Vielmehr bedarf es eines versorgungs- / gesundheitspolitischen Konzepts und entsprechender Maßnahmen. Auch für diese formulieren wir eine Reihe von Empfehlungen auf der Basis unserer Studie und empirischen Befunde.⁶⁹

7.2.1 Empfehlungen für die stationären Einrichtungen

7.2.1.1 Empfehlungen zur Strukturqualität im stationären Bereich

Die erste Empfehlung zielt auf die Verbesserung der personellen Ausstattung eines Teils der untersuchten Heime. Jedoch wollen wir nicht behaupten, dass die Einrichtungen einfach mehr Personal benötigen. Erforderlich ist vielmehr eine bessere Qualität der personellen Ausstattung, und auch dieses soll nicht als die simple Forderung nach einer höheren Fachquote missverstanden werden. Vielmehr sind die folgenden Schritte nötig:

- Anpassung personeller Kapazitäten an den aktuellen Case Mix und Bedarf der jeweiligen Einrichtung. Dieser sollten eine genaue Untersuchung des Zustandes der Bewohnerinnen und deren Klassifizierung – zum Beispiel nach dem Verbrauch personeller Ressourcen, RUGs (Resource Utilization Groups des RAI) – zu Grunde gelegt werden. Auch ein Konzept der Einrichtungen wäre erforderlich, aus dem hervorgeht, ob das Heim eine verwahrende oder eine erhaltende und gar fördernde Strategie verfolgen möchte und bei welchen Klientinnen die jeweilige Interventionsart angewandt werden sollte.
- Diversifizierung der Mitarbeiterinnen (Qualifikationen) und Bereitstellung personeller Kapazitäten, die benötigt werden, um den Heimen eine rehabilitative Orientierung zu geben. Denn die Untersuchung zeigt, dass relativ großer Teil der Bewohnerinnen gute kognitive Fähigkeiten besitzt und auch körperlich Mobilisierungs- und allgemein Rehabilitationspotentiale aufweist. Deshalb sollen die Heime die Bemühungen um die Erhaltung der Unabhängigkeit der Bewohnerinnen intensivieren.
- Die Modernisierung der Qualifikation des vorhandenen Personals ist dringend angezeigt. Die größten Qualifikationsdefizite bestehen in den Bereichen:
 - die Bedeutung der Mundhygiene und Kaufähigkeit
 - Ernährungskontrolle und Zusammenhang zwischen körperlicher Funktionsfähigkeit und Ernährung
 - die Relevanz der Ernährung ganz allgemein
 - Sturzprophylaxe
 - Dekubitusversorgung

⁶⁹ Siehe zur Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen und zu pflegepolitischen Empfehlungen auch Roth 2001, 2002 u. 2003.

- Schmerzmanagement
- Fußversorgung

Darüber hinaus zeigen die vorliegenden Ergebnisse jedoch viele weitere Qualifikationsdefizite, weshalb dringend gezielte Trainings für alle Mitarbeiterinnen angeboten und durchgeführt werden sollten.

In Einrichtungen mit vielen Teilzeitkräften und speziell dort, wo die Leitung „in Teilzeit arbeitet“, scheint eine bessere Koordinierung notwendig zu sein. Es ist z.B. nicht akzeptabel, dass bei Anrufen niemand zuverlässig sagen kann, wo sich die Leitung befindet und wann sie erreichbar sein wird.

Die Einrichtungen in NRW zeigen zusammengefasst überwiegend ähnliche Merkmale wie jene in Deutschland insgesamt, wenngleich die Größe der Pflegeheime in NRW immer noch deutlich über dem politisch avisierten Ziel einer kleinräumigen überschaubaren Versorgung liegt und auch der Einzelzimmeranteil weiter gesteigert werden sollte. Die Forderung nach einer kleinräumigen, überschaubaren Versorgung ist v.a. in NRW nach wie vor aktuell, im Bundesdurchschnitt gibt es eher kleinere Heime, wobei im Zuge von Qualitätsmessungen kleinere und mittlere Einrichtungen überwiegend eher besser abschnitten als sehr große, aber auch sehr kleine. Auch deshalb sollte die Größe der Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen eher noch weiter gesenkt werden. Ferner sollte zur Förderung der Selbstbestimmung – die ganz offenkundig mit der Selbsterhaltung älterer Menschen in Zusammenhang steht – der aufgezeigte durchschnittlich Anteil der Einzelzimmer in Nordrhein-Westfalen weiter deutlich gesteigert werden.

7.2.1.2 Empfehlungen zur Prozessqualität im stationären Bereich

In erster Linie wollen wir die Verbesserung des Dokumentationsverhaltens empfehlen, wobei wir dazu auch auf die Empfehlungen im Kapitel 7.2.1.4 verweisen. Zwei wesentliche Voraussetzungen könnten dazu beitragen:

- Wahl und Verwendung geeigneter Dokumentationsinstrumente, die eine systematische Vorgehensweise leiten und eine vollständige Klientinnenerfassung erlauben, voll- oder mindestens halbstrukturiert sind, den Anforderungen an die methodische Güte entsprechen, gut verständlich sind und unmittelbar für die Pflegeplanung sowie deren Evaluation umgesetzt werden können.
 - Sicherstellen, dass Pflegekräfte den Zustand der Bewohnerinnen genau betrachten, dass sie Risiken und Probleme sicher und rechtzeitig erkennen und dokumentieren. Als besonders lückenhaft erwies sich die Dokumentation folgender Zustände und Situationen:
 - Anzeichen für akute Verwirrtheit oder Delir (Unterscheidung akuter und chronischer Verwirrheitszustände und der jeweiligen Konsequenzen),

- Mund- und Zahnstatus,
- Trinken, Gewicht, Probleme mit Nahrungsaufnahme,
- verabreichte Psychopharmaka / Konsequenzen
- Verhaltensauffälligkeiten (Wandern, Weglaufen, Umherirren)
- Schmerzen
- Wachzeit, Zeit für Aktivitäten und Beschäftigungen
- Sturzrisiken (Gleichgewicht).

Empfohlen wird auch die generelle Verbesserung der Pflegeplanung: Folgende Probleme dürfen dabei nicht ausgespart werden: Hinweise auf die akute Verwirrtheit und auf ein Delir, Trinken und Flüssigkeitsversorgung, Fußversorgung und Pflege besonders bei gefährdeten Bewohnerinnen (etwa Diabetiker). Auch die Berücksichtigung des Tages- und Nachtablaufs und der Wach- sowie Schlafzeit bei der Pflegeplanung sollte intensiviert werden.

- Eine Aktualisierung der Pflegeplanung muss regelmäßig erfolgen, dieses ist speziell dann angezeigt, wenn der Klientenzustand instabil und hoch komplex ist und wenn sich latente, chronische Zustände in der Weise aktualisieren, dass eine Gefahr für die Funktionsfähigkeit und kognitive Fähigkeiten besteht. In solchen Fällen ist mindestens ein dreimonatiger Rhythmus für die Erneuerung der Pflegeplanung erforderlich. Auch bei Bewohnerinnen, deren Zustand vergleichsweise stabil ist, sollte der Pflegeplan mindestens jede sechs Monate überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.
- Die Evaluation des Pflegeplanes gehört zum Pflegeprozess. In den Einrichtungen, die wir untersucht haben, sollte sie konsequent forciert werden, weil sie beinahe völlig unüblich ist.
- Der Prozess der Ernährung, die Unterstützung der selbständigen und unselbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitssaufnahme müsste dringend verbessert werden. Sie sollte damit beginnen, dass die Pflegekräfte den Vorgang und die Umstände genau kennen, beobachten und erfassen. Ein geeignetes Ernährungsassessment, das auch die Bewohnerfähigkeiten einschließt, ist ebenso wie die Kontrolle des Ernährungszustandes unvermeidlich. Die Ernährung soll Gegenstand der Pflegeplanung sein. Eine besondere Aufmerksamkeit verdienen spezielle Gruppen, etwa kognitiv beeinträchtigte und depressive Personen, Bewohnerinnen, deren Fähigkeiten zur selbständigen Essen verloren gingen und immobile Bewohnerinnen. Eine Verbesserung des Wissensstandes des Personals auf diesem Gebiet erscheint dringend angezeigt.
- Verbessert werden sollte auch die Dekubitusprophylaxe durch die Erhaltung der ADL-Fähigkeiten (Transfer, Bewegung im Bett).
- Auch die Inkontinenzversorgung könnte sich bessern, wenn auch mehr auf Selbständigkeit abgestellt werden würde (Transfer, Bewegung, Toilettenbenutzung).
- Ebenso sollte die Überwachung der Psychopharmakaverabreichung verbessert werden, weil Psychopharmaka Effekte haben, die für alle wichtigen Domänen der Altenpflege (Stürze, geistiger Zustand, Motorik, Inkontinenz, Appetit) relevant sind. Pflegekräfte müssen informiert sein, was die Bewohnerinnen einnehmen, um die Entwicklung zuverlässig einschätzen zu können.

- Eine Intensivierung der Sturzprophylaxe, insbesondere die richtige Deutung von Risiken und Risikopersonen, Dokumentation von Risiken und die Berücksichtigung von Risiken in der Pflegeplanung sind angezeigt.

7.2.1.3 Empfehlungen zur Ergebnisqualität im stationären Bereich

Die Kontrolle der Ergebnisse und der Wirkung von Pflege, die derzeit eher zufällig, punktuell oder gar nicht stattfindet, sollte in allen Einrichtungen systematisch durchgeführt werden, was im folgenden Abschnitt weiter vertieft werden wird. Als erster Schritt soll eine genaue Evaluation der Pflegeplanung regelmäßig und systematisch durchgeführt werden. Voraussetzungen dafür sind:

- Ein geeignetes Pflegedokumentationsinstrument, das sich grundlegend von den meisten verwendeten Dokumentationsinstrumenten unterscheidet
- Zustands- und bewohnerbezogene Zielfestlegung
- Befähigung und Training der verantwortlichen Mitarbeiterinnen
- Arbeit mit den Ergebnissen in der täglichen Pflege.

Nicht nur die Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen zur Kontrolle der eigenen Arbeit und ihrer Wirksamkeit müssen gesteigert werden, sondern auch das Interesse der Pflegeanbieter an einer wirksamen Pflege.

7.2.1.4 Gesundheits- und versorgungspolitische Empfehlungen für die stationäre Langzeitpflege

Eine Reihe der Empfehlungen lässt sich nur verwirklichen, wenn dafür auch die gesundheits- und versorgungspolitischen Bedingungen geschaffen werden. Auf der Grundlage der vorliegenden Studie wollen wir die Wichtigkeit der folgenden Punkte unterstreichen:

- Die *ergebnisorientierte Qualitätskontrolle* muss künftig mehr Gewicht erhalten, ganz im Gegensatz zur bisherigen, primär auf die Strukturen und Formalitäten zielenden MDK-Kontrollen. Das erfordert: die Schaffung einer neuen Basis für die Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Insgesamt sollten die Instrumente der öffentlich kontrollierten Qualitätssicherung in der Pflege weiterentwickelt und aufeinander abgestimmt werden (v.a. Heimaufsicht und MDK). Dieses erscheint vor dem Hintergrund der aufgezeigten Mängel als auch des großen Dunkelfeldes sowie angesichts des offenkundigen Zusammenhangs zwischen Qualität und externer Kontrolle angezeigt. Spielräume des Landes sind hier im Sinne eines Ausbaus zu nutzen.
- Dringend angezeigt erscheint ein *gesetzlich vorgeschriebener Einsatz* valider, reliabler und spezifischer Instrumente zur Messung der Prozess- und Ergebnisoutcomes. Das Resident Assessment Instrument – RAI (Garms-Homolová & Gilgen 2000; Garms-Homolová 2002; Morris et al. 1990) bewährte sich nicht nur in dieser Studie, sondern ist in vielen Ländern

ein probates Mittel der Qualitätsmessung (jüngst hierzu Gerritsen 2004). Das, wobei es im PQsG eine Reihe rechtlicher Ansatzpunkte dazu gibt (vgl. Roth 2002) und die begrenzten Möglichkeiten des Landes zu prüfen und politisch wie rechtlich zu nutzen wären.

- Zu fordern ist in diesem Zusammenhang eine *Pflegequalitätsberichterstattung* und die Veröffentlichung aller einrichtungsbezogener Daten von Qualitätsprüfungen (wie in den USA), die zur Herstellung von Markttransparenz, u. -gerechtigkeit, aber auch im Interesse des Konsumentenschutzes dringend geboten erscheint. Selbstverständlich wäre die Anonymität der Bewohner und der betroffenen Beschäftigten zu wahren. Bei der Einführung einer Pflegequalitätsberichterstattung wären alle rechtlichen Möglichkeiten des Landes zu prüfen und zu nutzen.
- Ein erster Schritt wäre hierzu die Unterstützung von Benchmarkingvorhaben, die nicht nur ökonomische „Eckzahlen“ vergleichen, sondern die Pflegeoutcomes und die eine hohe Transparenz – auch für potentielle Klientinnen - schaffen.
- Im Rahmen der Qualitätskontrollen und der *Finanzierung* von Pflegeleistungen wären den Ansätzen der Sanktionierung schlechter Pflegeleistungen auch eine *Förderung* oder Belohnung auffällig guter Einrichtungen, basierend auf Assessments und Qualitätsberichten (etwa durch Gütesiegel und Prämien), z.B. bei Rehabilitationserfolgen, Verbesserungen der ADL oder guter Morbiditätsquoten bei vergleichbaren Risikogruppen, zu erwägen und vom Land in Modellversuchen zu erproben und zu fördern.
- Im Bereich der Finanzierung und Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme für pflegebedürftige ältere Menschen wäre die Lösung bekannter Koordinationsprobleme und ‚perverse Anreize‘ in den öffentlichen Leistungen (v.a. zwischen SGB V und XI) dringend ange raten, wie sie bei der Rehabilitation offenkundig sind. So sollte zur Förderung der Rehabilitation v.a. eine Vereinigung von Kranken- und Pflegeversicherung, mindestens aber die Harmonisierung von Finanzausgleich und Wettbewerbsstrukturen von Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen einer ‚großen Gesundheitsreform‘ vom Lande Nordrhein-Westfalen unterstützt werden.
- Aufbauend auf einer differenzierten Erfassung von Bedarf und Leistungen sowie Qualität im Rahmen des Assessments wäre die Schaffung einer Basis für eine *leistungsorientierte Kostenerstattung* (leistungsabhängige Kostenerstattung oder ein Qualitätsbonus für Heime, die Rehabilitationspotentiale ausschöpfen und deren Pflege wirksam ist) zu verwirklichen. Das Land sollte diesbezüglich jetzt, wo die Reform der Pflegeversicherung ansteht, in diesem Sinne aktiv werden.
- Grundlegend erscheint bei der Finanzierung von Pflegeleistungen die generelle Einführung *personengebundener Budgets* je nach individuellem Pflegebedarf, basierend auf einem regelmäßigen Assessment, womit in der Pflegeversicherung die bisherigen sektoral orientierten Budgets obsolet erscheinen (vgl. Roth 2003), eine Empfehlung, die jedoch an den Bundesgesetzgeber zu richten wäre. Aufgrund der mangelnden Konsumentensouveränität der meisten Pflegebedürftigen wäre in diesem Zusammenhang jedoch die Erprobung und Einführung von Case-Management (aufbauend und flankierend zu den Assessments) dringend ange raten, wobei die rechtlichen Möglichkeiten des Landesgesetzgebers zu prüfen wären.
- Darüber hinaus erscheint generell die weitere *Ausweitung des* quantitativen und qualitativen *Angebotes* der Pflegeversorgung dringend geboten, denn erst nach Beseitigung von Engpässen und Wartelisten kann ein qualitativer Wettbewerb zum Nutzen der Pflegebedürftige überhaupt in Gang kommen. Deshalb sollten auch alle Versuche der Bedarfsplanung und -steuerung im Sinne einer Begrenzung des Angebotes unterbleiben.

- Daraus resultiert auch, dass die *Investitionsförderung* infolge der Umsetzung der Pflegeversicherung deutlich ausgeweitet werden sollte, trotzdem Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern eher geringere Umsetzungsdefizite bei der Reinvestition von Einsparungen, die bei den Ausgaben für Hilfe zur Pflege infolge der Pflegeversicherung anfielen, aufwies (vgl. Eifert et al. 1999; Roth/Rothgang 2001).
- Die Investitionskostenförderung von Pflegeeinrichtungen sollte jegliche sektorale Orientierung, wie in der Vergangenheit und den ‚ehernen Grundsatz‘ einer Trennung von ambulant und stationär, aufgeben und alleine als ‚Subjektförderung‘ angelegt sein, d.h. in der Tendenz möglichst direkt den Betroffenen zugute kommen. Mit solchen am individuellen Bedarf orientierten Leistungen ließen sich auch traditionelle Versorgungsstrukturen nach dem Vorbild der Klinik zugunsten flexibler moderner und integrativer Versorgungsstrukturen fördern und veraltete separierte Versorgungsstrukturen modernisieren.
- Angesichts der im Zusammenhang mit Qualitätsmängeln in der Pflege vorrangigen Qualifikationsmängel – ungeachtet des Einsatzes *formell* qualifizierter Personen (Fachkräfte) – sind Verbesserungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung (z.B. im Assessment und der Qualitätssicherung) für Pflegeberufe unter Mitwirkung aller Beteiligten (z.B. mit Begleitung in Pflegekonferenzen) dringend angezeigt. Hier sind die Möglichkeiten des Landes zu prüfen und auszuschöpfen. Die Curricula sollten insbesondere im Hinblick auf Methoden des Assessments und der empirischen Pflegeforschung überprüft und ergänzt werden.
- Dringend erforderlich ist auch ein Programm zur *Modernisierung* der Qualifikation in den Heimen, um Mitarbeiterinnen in neuen Konzepten und Techniken zu schulen, jedoch auch den Einrichtungen zu helfen, solche Innovation zu implementieren. Dabei soll das Alter des Personals und das Qualifikationsalter eine Berücksichtigung finden, ebenso wie das potentielle Angebot an Pflegekräften in den Heimen des Landes.
- Da angesichts der Veränderungen des Gesundheitswesens (z.B. Einführung des DRG-Systems im Akutbereich) auf die Heime neue Aufgaben zukommen und sich das Case Mix vermutlich verändern wird, sollten die Heime unterstützt werden, um neben der Langzeitpflege auch wichtige Aufgaben im Bereich der postakuten Versorgung übernehmen zu können. Die Schaffung entsprechender Voraussetzungen für diese Aufgabe, etwa
 - die Förderung der rehabilitativen Orientierung (auch durch entsprechende Strukturen),
 - Verbesserung der pflegerischen Qualifikation in klinischen Aufgabenfeldern (Medikationskontrolle, Fähigkeitstrainings), Personaldiversifizierung (Sozialarbeit, Therapie aber auch speziell trainierte Pflegekräfte), die sich als unbefriedigend herausgestellt haben, würde auch die Qualität der Pflege für die Langezeitklientinnen steigern.
- Weitere Ansätze wären öffentliche Programme zur Unterstützung der Prozesse in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege (Support für die Implementation solcher Programme, methodisch, fachlich, finanziell). Eventuell: Einrichtung einer Beratungsstelle oder Task-Force für „Qualität und wirksame Pflege“. Denkbar wären auch landesweite Aktionsprogramme, z. B. Woche der Sturzprophylaxe, Ernährungswochen in den Heimen in NRW, mit Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen und Aufklärungen für Angehörige, Mitarbeiterinnen, mit Ideenwettbewerben und Preisen.
- Last not least sollte die Ausweitung vergleichender empirischer Forschungen in der Pflege vom Land intensiv gefördert werden. Geboten ist hierbei insbesondere die weiter zu entwickelnde standardisierte Messung der Ergebnisqualität.

7.2.2 Empfehlungen für die häusliche Pflege und die ambulanten Pflegedienste

7.2.2.1 Empfehlungen zur Strukturqualität des ambulanten Pflegeangebots

Folgende strukturellen Verbesserungen sollen vorrangig für den Bereich der häuslichen Pflege und die ambulanten Pflegedienste erzielt werden, wobei die oben dargelegten versorgungs- und gesundheitspolitischen Empfehlungen überwiegend auch für den ambulanten Sektor gelten, zumal durch die dort vorgeschlagenen Instrumente (v.a. Einführung eines einheitlichen personengebundenen Budget, Case Management, Einsatz von Assessment-Instrumenten, Pflegequalitätsberichterstattung) gerade diese sektorale Trennung überwunden werden sollte:

- Verbesserung und Verdichtung der Versorgung „rund um die Uhr“ und des Pflegeangebots in der Nacht und am Wochenende durch ambulante Pflegedienste (diese Empfehlung ist nicht nur im Hinblick auf die jetzige Situation relevant, sondern auch für den in der Zukunft notwendigen Ausbau der Postakutversorgung im Lande NRW. Etwa ein Viertel der Dienste hält die „out of hours“ Dienste nicht tatsächlich, sondern nur ihrer Bekundung nach vor; vgl. dazu auch Roth 2001 mit ähnlichen Ergebnissen).
- Sicherstellung flächendeckender Angehörigenberatung und Schaffung von Entlastungsprogrammen für die informellen Helferinnen. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass die Angehörigen, vor allem (Ehe-)Partnerinnen und erwachsene Kinder die wichtigsten Pflegepersonen sind und im Pflegeaufwand die Leistung der berufsmäßigen Dienste weit überbieten.
- Anpassung personeller Kapazitäten an das aktuelle Case Mix der jeweiligen Einrichtung unter einer gleichzeitigen Überprüfung des Versorgungskonzepts. Einsätze von nur wenigen Minuten sollen auf ihre Effektivität geprüft werden. Die Personalkapazitäten sind zu verstärken.
- Überprüfung der Arbeitsteilung zwischen qualifizierten und wenig oder gar nicht pflegerisch qualifizierten Kräften, Optimierung der Kooperation zwischen Pflegenden unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Die Dauer der Einsätze der qualifizierten Kräfte ist so knapp bemessen, dass in einer Vielzahl der Fälle eine qualifizierte Intervention undenkbar erscheint.
- Verstärkung der personellen Kapazitäten durch die Gewinnung ehrenamtlicher Helferinnen. Diese müssen unterwiesen und angeleitet werden, um in erster Linie die folgenden Aufgaben zu übernehmen:
 - Das Ausführen oder Ausfahren der Klientinnen (zu viele Personen können zu selten oder gar nicht ihre Wohnung verlassen, obwohl sie dazu – mit Hilfe – fähig wären).
 - Unterstützung der Klientinnen bei der Bewegung und Beschäftigung (ein großer Teil der Klientinnen hat weder die Chance zu einer notwendigen Bewegung, noch Beschäftigung. Diese Situation beeinträchtigt die Lebensqualität, hat aber auch Konsequenzen für die Gesundheit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Sie vergrößert das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit).
 - Anwesend sein und Gesellschaft leisten: zu viele Pflegebedürftige verbringen weite Teile des Tages alleine.

- Bereitstellung der personellen Kapazitäten für eine wirksame Sozialarbeit. Dazu gehört möglichst auch eine konsequente präventive aufsuchende Beratung potentiell pflegebedürftiger Hochaltriger, wie sie z.B. in Dänemark, aber auch in Modellversuchen in Deutschland (z.B. Wiesbaden) erfolgreich praktiziert wird oder wurde. Dazu gehört z.B. eine Beratung zur Sturzprophylaxe, die Unterstützung bei sozialen sowie kulturellen Aktivitäten oder Hilfen zur Erhaltung oder Wiederherstellung sozialer Netze etc.

7.2.2.2 Empfehlungen zur Prozessqualität der ambulanten Pflege

- Verbesserung des Dokumentationsverhaltens: die Dokumentationen müssen aktuell sein. Eintragungen in der Klientenakte sind zu 70% über 4 Monate alt, fast ein Drittel der Pflegedokumentationen ist älter als 7 Monate.
- Entsprechend veraltet sind auch die Pflegeplanungen, die zudem auf „alten“ Eintragungen basieren. Speziell für Personen mit Zustandsinstabilität muss die Dokumentation und Pflegeplanung laufend aktualisiert werden.
- Regelmäßige Dokumentation von Delir und von Depression beziehungsweise Depressivitätsrisiken. Diese bleiben besonders häufig unbeachtet.
- Verwendung geeigneter Assessment- und Dokumentationsinstrumente wie z.B. das RAI-HC (ähnlich zu den Empfehlungen im stationären Bereich wäre der konsequente Einsatz solcher Instrumente zwingend vorzuschreiben, s.o.).
- Gesundheitsberatung durch Pflegekräfte, z. B. hinsichtlich der Bedeutung von Bewegung und von Präventivmaßnahmen.
- Stärkere rehabilitative Orientierung, da gut 15% der Klientinnen über erhebliche, nicht ausgeschöpfte Verbesserungspotentiale verfügt.
- Bessere Überwachung der Medikation (dieses in Anbetracht der Tatsache, dass 50% der versorgten Personen mehr als 5 Medikamente gleichzeitig einnimmt. Bereits das Wissen darüber, welche Klientinnen welche Medikamente, insbesondere Psychopharmaka einnehmen, ist zu eingeschränkt. Man kann alte Menschen nur dann effektiv pflegen, wenn die Medikation bekannt und deren Auswirkungen beobachtet, überwacht, dokumentiert und in der Pflegeplanung berücksichtigt werden.
- Die Essens- und Flüssigkeitsversorgung muss - ähnlich wie im stationären Bereich – dringend verbessert werden.
- Konzeptualisierung und systematische Durchführung einer Sturzprophylaxe, da rund 50% der Klientinnen durch vorhandene Risikofaktoren gefährdet sind.

7.2.2.3 Empfehlungen zur Ergebnisqualität der ambulanten Pflege

Die Ergebnisqualität und die Frage, ob die erbrachte Dienstleistung Pflege wirksam ist und welche Wirkung sie konkret zeitigt, müssen dringend einen höheren Stellenwert erhalten. Dabei ist zu berücksichtigen:

- Dass der Komplex „Ergebnisqualität“ in der ambulanten Pflege bisher eine noch geringere Rolle spielte, als in der stationären Langzeitversorgung und

- die Ergebnispräsentation unter anderem für die so wichtige Koproduktion der ambulanten Versorgung notwendig sind, zu der Angehörige und informelle Helferinnen aus dem unmittelbaren Umkreis einen i.d.R. quantitativ erheblicheren Beitrag leisten als die professionellen Kräfte, wie wir weiter oben gezeigt haben.
- Die Ergebnisse, insbesondere ein positiver Wirksamkeitsnachweis haben eine große Relevanz für das Marketing im Bereich der häuslichen Versorgung. Gerade in Anbetracht der Tatsache, dass die Versorgung nur einen geringen Teil des Gesamtbedarfs abdeckt, müssten weitere Teile der Dienstleistung verkauft werden. Das ist schwer, so lange nicht nachgewiesen werden kann, was Pflege eigentlich bringen und bewirken kann.
- Zuletzt werden Grippeimpfungen für die Risikopersonen, zu denen faktisch alle Klientinnen gehören empfohlen.

Zusammenfassend muss jedoch unterstrichen werden, dass die „Ergebnisse und Wirkung“ von Pflege immer davon abhängig sind, welche Ziele mit der Versorgung verfolgt werden. Es ist also in erster Linie eine Frage des Konzepts? Gegenwärtig sind solche Konzepte i.d.R. nicht erkennbar.

7.2.2.4 Gesundheits- und versorgungspolitische Empfehlungen zur ambulanten Pflege

In Fortsetzung des vorhergehenden Abschnitts muss eine Überprüfung des Versorgungskonzepts im Bundesland NRW empfohlen werden. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Die Untersuchung zeigt, dass die jetzigen Pflegedienste gerade in den Bereichen Mängel aufweisen, die unerlässlich sind, sollte die ambulante Pflege eine Rolle im Kontext der integrierten Versorgung spielen und postakute Aufgaben übernehmen. Wir möchten nur auf die Aufgaben Medikation, Überwachung, Beobachtung, Schmerzmanagement erinnern und auf die Tatsache, dass die Einsätze der vollqualifizierten Kräfte oft nur 3 bis 5 Minuten betragen. Mit dieser Ausrichtung erscheint es unmöglich, früh entlassene Patientinnen in der Akutphase zu pflegen.
- Auch im Hinblick auf die ambulante Langzeitversorgung bleibt das Konzept unklar. Wird eine reine Verwahrung angestrebt, entsprechend dem beliebten Postulat „jeden so lange zu Hause zu erhalten, so lange es geht“? Die jetzige Versorgung scheint nicht mehr leisten zu können. Tatsächlich werden große Teile der Klientinnen zu Hause gehalten, kommen nie heraus, haben kaum Bewegung. Oder kommt es darauf an, die Selbständigkeit zu erhalten, die Restbestände der Gesundheit der Fähigkeiten zu fördern und zu mobilisieren? Wenn letzteres zutrifft, müssten Präventivmaßnahmen (z.B. Bewegung, Risikomonitoring, Sturzprophylaxe, Grippeimpfung etc.) einen weit höheren Stellenwert erhalten und die fördernden und rehabilitativen Anteile müssten sich in der Pflege finden lassen.

Die Einhaltung der vorgeschriebenen Personalbesetzung mit Pflegefachkräften wird gefordert und sicher auch kontrolliert. Die Klientinnen bekommen also die Fachkräfte „zu sehen“ – daran besteht kein Zweifel. Mehr als eine flüchtige Begegnung wird angesichts der Feststellungen der Studie in den nicht selten nur fünfminütigen Auftritten der Examinierten aber nicht möglich sein. Deshalb ist ein wirksames Konzept der Arbeitsteilung und Kooperation uner-

lässlich. Es muss sicher gestellt werden, dass die Aufgaben beim Pflegebedürftigen kooperativ bewältigt werden, dass sich die einzelnen Teile – Angehörigenpflege, Fachkrankenpflege und Pflege durch wenig qualifizierte Mitarbeiterinnen sinnvoll ergänzen. Zudem bedarf es – wie schon oben dargelegt – mehr Kapazität, damit sich die Pflegebedürftigen bewegen, beschäftigen, rauskommen und so viel allein sind. Dafür aber bedarf es einer speziellen Schulung, damit die Fachkräfte die Koordinierung und Verknüpfung dieser Aufgaben verstehen und besser als bisher bewältigen können.

7.2.3 Zu rechtlichen Aspekten von Pflegemängeln und Empfehlungen

In Abhängigkeit von Erheblichkeit, Dauer und Häufigkeit von Pflegefehlern oder -mängeln sowie den unzureichenden Maßnahmen zur Vermeidung oder Beseitigung derselben, kann es zu einem ganzen Bündel von rechtlichen Folgen kommen. Unter Berücksichtigung der Rechtsgebiete und Rechtsbereiche sind hierbei zu unterscheiden:

- Für Träger/Betreiber von Pflegeeinrichtungen ergeben sich Konsequenzen in strafrechtlicher, zivilrechtlicher, sozialrechtlicher und ggf. heimrechtlicher Hinsicht.
- Für Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen können sich strafrechtliche, zivilrechtliche, arbeitsrechtliche und evtl. berufsrechtliche Folgen ergeben.

Vorrangig tragen dabei die leitenden Pflegekräfte und die einzelnen Beschäftigten der Einrichtung in der Pflege die Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung. Allerdings sind auch die Einrichtungsleitungen hier in der Verantwortung (vgl. zur Haftung des Heimleiters für Pflegemängel die Entscheidung des Oberlandesgerichts Karlsruhe, Az. 1 Ss 84/04).

Hinzu kommen etwaige rechtliche Folgen auch für weitere Mitwirkende, die nicht unmittelbar für die Pflegeeinrichtung, unabhängig ob ambulant oder stationär, tätig sind. Anknüpfungspunkte sind hier z. B. Versäumnisse bei behandelnden Ärzten oder Betreuern, wenn diese bei erkannten oder erkennbaren Pflegemängeln nicht für ihre Schutzbedürftigen in der gebotenen Art und Weise intervenieren.

Grundsätzlich gilt Folgendes: Aus strafrechtlicher Sicht muss jeder für sein Fehlverhalten nach den Bestimmungen des Strafrechtes einstehen. Hierbei geht es um Schuld und Verantwortung, wobei die Pflegemängel sowohl durch fehlerhaftes Handeln als auch durch Unterlassen notwendiger Maßnahmen entstehen können. Ansatzpunkt für die strafrechtliche Verantwortung ist vor allem die sog. Garantenstellung, also die rechtliche oder aus tatsächliche Gewährübernahme. Dies bedeutet, dass derjenige, der es übernimmt, für den Schutz bestimmter Rechtsgüter eines anderen einzutreten als sog. Garant verpflichtet ist, die erforderliche Pflegehandlung oder den gebotenen Pflegeeinsatz rechtzeitig vorzunehmen, um dadurch eine

körperliche Schädigung des Patienten zu vermeiden (vgl. § 13 StGB). Als konkrete Straftatbestände kommen bei Pflegemängeln Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (fahrlässige Körperverletzung, schwere und/oder gefährliche Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge usw.), Straftaten gegen die freie Willensbetätigung (Nötigung, Freiheitsberaubung) oder letztlich auch Straftaten gegen das Leben in Betracht. Ob und welcher Vorwurf gemacht werden kann und wie sich dieser auf die einzelnen handelnden bzw. unterlassenden Personen auswirkt, hängt jeweils vom Einzelfall ab und es können nur sehr allgemeine Anhaltspunkte aus entsprechenden Gerichtsverfahren entnommen werden. Denn strafrechtliche Beurteilung von Fehlverhalten ist stets Einzelfallprüfung.

In zivilrechtlicher Hinsicht stellt ein Pflegemangel in der Regel sowohl einen Haftungstatbestand aus sog. unerlaubter Handlung als auch einen Verstoß gegen die vertraglichen Rechtsbeziehungen dar. Während die Folgen der vertraglichen Haftung zwischen den Vertragspartnern und den Pflegebedürftigen, in der Regel also nicht gegenüber der einzelnen Pflegekraft, Ansprüche begründen, ist die Haftung aus unerlaubter Handlung auch für die einzelne Pflegekraft gegeben. Die Einzelheiten können insoweit hier dahingestellt bleiben, als sie die weiteren unterschiedlichen Voraussetzungen betreffen. Denn Pflegemängel stellen weit überwiegend sowohl Verstöße gegen die vertraglichen Pflichten als auch gegen die allgemeinen Handlungspflichten dar. Konsequenzen sind Schadensersatz und Schmerzensgeld, welche von den Pflegebedürftigen eingefordert werden können. Geschützte Rechtsgüter sind auch hier vor allem Leben, Körper, Gesundheit und Freiheit der Pflegebedürftigen.

Allerdings wird der Anspruch auf Schadensersatz nicht selten den sozialrechtlichen Leistungs- und Kostenträger zustehen, da üblicherweise die Folgekosten zur medizinischen und pflegerischen Rehabilitation durch diese getragen werden. Dementsprechend gehen Ansprüche auf Ersatz des Aufwandes nach sozialrechtlichen Vorschriften auf diese über. In sozialrechtlicher Hinsicht können vermehrtes Auftreten oder gravierende Pflegemängel zur Beendigung von Vertragsverhältnissen mit den Sozialleistungsträgern führen und der Verlust der "Zulassung" der jeweiligen Pflegeeinrichtung die Folge sein (vgl. z. B. § 74 Abs. 2 SGB XI). Dies gilt sowohl für ambulante als auch stationäre Einrichtungen. Aus heimrechtlicher Sicht können Pflegemängel zudem Verletzungen der Anforderungen an den Betrieb eines Heimes (vgl. § 11 HeimG) darstellen, so dass sie Grundlage für Anordnungen gem. § 17 HeimG, konkrete Beschäftigungsverbote (§ 18 HeimG) oder sogar die Untersagung zum Fortbetrieb des Heimes (§ 19 HeimG) sein können.

Während die sozial- und bei stationären Pflegeeinrichtungen auch heimrechtlichen Auswirkungen für den Träger/Betreiber von besonderer Bedeutung sind, ergeben sich für die Beschäftigten alternativ arbeitsrechtliche Konsequenzen. Pflegemängel sind zugleich Verstöße gegen die arbeitsrechtlichen Pflichten der Mitarbeiter, so dass die arbeitsrechtlichen Konsequenzen, Abmahnung oder Kündigung und im Einzelfall auch Pflicht zum innerbetrieblichen

Schadensausgleich, wenn der Arbeitgeber entsprechende Schadensersatzansprüche befriedigen musste, sein können. Erhebliche Pflichtverstöße können zudem sowohl nach dem Altenpflege- als auch nach dem Krankenpflegegesetz zur Aberkennung der Berechtigung führen, die entsprechenden staatlich anerkannten Berufsbezeichnungen führen zu dürfen (vgl. § 2 Abs. 2 KrPflG, § 2 Abs. AltPflG).

Insofern ist also ein Verbesserung der Pflegequalität nicht nur eine gebotene Perspektive zum angemessenen Umgang mit den Pflegebedürftigen, sondern auch im Hinblick auf die zum Teil erheblichen Konsequenzen für die Betreiber von Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeiter von maßgebender Bedeutung. Und schließlich darf bei den dafür notwendigen Schritten oder Maßnahmen nicht verkannt werden, dass durch die Anwendung der einzelnen Rechtsvorschriften durch die Gerichte und die Zunahme an rechtlichen Regelungen, etwa durch das Heimrecht, selbst in vorrangig pflegefachlichen Fragen, z. B. derjenigen nach einer ordnungsgemäßen Pflegedokumentation, auch aus rechtlicher Sicht konkrete Vorgaben gemacht werden, die einzuhalten sind. Um den Beteiligten Handlungssicherheit bieten zu können, ist dazu auch aus rechtlicher Sicht eine deutliche Verbesserung der methodisch kontrollierten Prozesssteuerung im Pflegeprozess und der Eigenkontrolle durch Evaluation nebst einem Wirksamkeitsnachweis dringend geboten.

7.3 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Im Rahmen der Studie „Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln in Nordrhein-Westfalen“, die aus einer Literaturanalyse und dem Hauptteil einer empirischen Primärerhebung bestand, wurden im empirischen Teil zwei Stichproben von Klientinnen einem umfassenden Assessment unterzogen, um aus der Perspektive ihres Zustandes und eingetretener Veränderungen auf die Prozess- und Ergebnisqualität schließen zu können. Begleitend dazu wurde für alle Untersuchten eine Analyse ausgewählter Bereiche der Pflegedokumentation und Pflegeplanung durchgeführt. Als Kontextinformationen wurden Basisstrukturdaten der Einrichtungen, sowie - für die ambulanten Pflegedienste - auch einige Angaben zu dem Angebot erhoben.

Die nicht nochmals im einzelnen wiederholten Ergebnisse der empirischen Erhebung basieren auf Stichproben von 141 Pflegebedürftigen in 10 Heimen und 122 informell sowie von 17 ambulanten Pflegediensten Versorgten in Nordrhein-Westfalen. Wie an anderen Stellen ausführlich diskutiert wurde, dürfte aufgrund der freiwilligen Teilnahme eher eine *qualitativ positive* Auswahl von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen im Sample vertreten sein. Die sozio-demographischen Merkmale der in den beiden Stichproben vertretenen Pflegebedürftigen deuten gleichwohl nicht auf wesentliche Verzerrungen und Einschränkungen der Reprä-

sentativität der Stichproben hin. Die zentralen Fragen der Studie wurden im Rahmen des empirischen Teils also wie folgt beantwortet:

- Die Pflegekräfte sind nur partiell fähig und in der Lage, die Probleme und Ressourcen der Pflegebedürftigen adäquat einzuschätzen. Es gibt eine ganze Reihe von Symptomen, die nicht erkannt und nicht richtig interpretiert werden. In der ambulanten Pflege erscheint die angemessene Einschätzung bereits aufgrund der kurzen Einsatzzeiten fraglich zu sein.
- Obwohl der Zustand der Klientinnen vergleichsweise richtig eingeschätzt wird (in der stationären Pflege häufiger als in der ambulanten), so hat er in den untersuchten Einrichtungen eine sehr geringe Relevanz für die Pflegeplanung und die Gestaltung des Pflegeprozesses. Die Mehrheit der Symptome, wichtige Merkmale der Lebensweise aber auch lebensbedrohliche Hinweise (etwa auf ein Delir) sowie die das Wohlbefinden und die Lebensqualität extrem beeinflussenden Probleme, werden weder angemessen dokumentiert, noch haben sie irgendeine Relevanz für die Pflegeplanung. Als einige der vielen Beispiele sind hier zu nennen: Wachzustand, Schmerzen, Mund- und Zahnstatus und Gewicht für den stationären Bereich; Schmerzen und Verlust sozialer Beziehungen für den ambulanten Bereich. Zu bemängeln ist auch die geringe Aktualität der Pflegeplanung.
- Die Ursachen, wie sie von der Perspektive dieser empirischen Untersuchung identifiziert werden können, liegen einerseits im weitgehenden Unverständnis für die Bedeutung der Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Sie werden nicht als Maßnahmen für die Klientinnen und die Erleichterung der eigenen Arbeit verstanden, sondern als Erfüllung bürokratischer Anforderungen. Andererseits soll auf die mangelhafte Eignung der Pflegedokumentations- und Pflegeplanungsinstrumente hingewiesen werden, die in den Einrichtungen verwendet und offenbar auch von Medizinischen Diensten der Krankenversicherung gefordert werden. Als drittes ist als Ursache die beschränkte klinische Qualifikation der (auch examinieren) Pflegekräfte zu erwähnen. Sie verstehen viele wichtige Symptome nicht. Des weiteren ist für den ambulanten Bereich der Zeitmangel als Ursache zu unterstreichen. Als letztes fehlt das Interesse an einer „positiven“ Pflegewirkung, das jedoch schon im System angelegt ist: Entsprechende gesetzliche Bestimmungen und die Kostenerstattung folgen dem Konzept der leistenden und verwahrenden, weniger der präventiven oder rehabilitativen Pflege. Der Schwerpunkt der Kontrolle liegt auf der Erledigung der anstehenden Verrichtungen, nicht auf dem Ergebnis der Tätigkeit Pflege. Diese Haltung hat sich in einer fatalen Weise im gesamten System durchgesetzt.
- In diesem Kontext der primär verwahrenden, konservierenden Versorgung hat die ursachenorientierte Pflegeplanung keinen Platz.
- Die Pflegekräfte sind nicht in der Lage, ihre eigene Tätigkeit als ein potentiell risikoreiches Handeln zu sehen, weil ihnen das Verständnis für die Eigenkontrolle und ebenso die geeigneten Instrumente dazu fehlen. Die Vorstellung, dass die Verbesserung des Befindens und der Fähigkeiten der Klientinnen und das Abbremsen des natürlichen Abbaus die besten Indikatoren für die Qualität der Pflege sind, hat einen überaus geringen Stellenwert in der Pflegelandschaft – nicht nur, aber eben auch in Nordrhein-Westfalen. Die Pflegekräfte sind systematisch dazu erzogen, sich einer Fremdkontrolle zu unterziehen, anstatt sich selber kontrollieren zu lernen. In der ambulanten Pflege verhindert zudem die geringe personelle Ausstattung die wirksame Risikoerkennung.
- Die Fähigkeit, Risikopersonen rechtzeitig zu identifizieren und den Risiken individuell vorzubeugen, ist limitiert. Auch hier spielen die Mängel des Dokumentationshandelns und die völlig ungeeigneten Instrumente eine entscheidende Rolle. Auf diese Weise ist es gar nicht möglich, den Fallverläufen zu folgen und die sich anbahnenden Risiken rechtzeitig

zu erkennen. Ansonsten sind auch die Defizite des Fachwissens des Pflegepersonals von entscheidender Bedeutung.

Ein wesentlicher Beitrag der Studie „Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln in Nordrhein-Westfalen“ besteht nicht zuletzt darin, dass diese in praktischer Weise belegt, wie man mit einer Maßnahme, nämlich der Verwendung eines umfassenden, standardisierten und wissenschaftlich basierten Assessmentverfahrens nicht nur die Pflegeleistung künftig verbessern – dieses durch die konsequente Vorgehensweise des Pflegeprozesses – sondern auch andere Schritte zur *Qualitätsverbesserung* schaffen könnte. Besonders ist die Rede von der methodisch kontrollierten Prozesssteuerung und der Eigenkontrolle durch eine Evaluation der Fallentwicklung individueller Klientinnen. An zweiter Stelle ist im Rahmen der hier ausgesprochenen Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegequalität die Rede von einem Transparentmachen des Pflegeprozesses und einem Wirksamkeitsnachweis. Beide sind auch für dringend auszuweitende externe Kontrollen unerlässlich. Als drittes meinen wir den Aufbau einer Datenbasis für die kontinuierliche *Pflegequalitätsberichterstattung* im Bundesland Nordrhein-Westfalen, die quasi als ein Nebenprodukt der Verbesserung von Pflegequalität in Einrichtungen zu betrachten wäre. Dazu reichen die bisherigen Instrumente von MDK und Heimaufsicht keinesfalls aus, zumal daraus bisher nur spärliche und wenig systematische Informationen an die Öffentlichkeit gedrungen sind.

8 Literatur⁷⁰

- Abraham, Ivo/Botrell, Melissa M./Fulmer, Terry/Medey, Mathy D., (2001): Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen, Hans Huber, Bern.
- Abt-Zegelin, Angelika/Budroni, H./Greving, C., (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation - Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation, 1. Teil, in: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 42, H. 4, S. 296 - 300.
- Adis, Christine/Garms-Homolová, Vjenka/Schmidt, Bernd (1997): Analyse der Angebots- und Nachfragestrukturen und Entwicklungen im Bereich der gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste im Land Brandenburg unter besonderer Berücksichtigung der Pflegeversicherung. Studie im Auftrag des MASGF, gefördert aus den Mitteln des Landes Brandenburg.
- Albrecht, Peter-Georg, (2003): Zufriedenheit im Altenpflegeheim, in: Caritasverband für das Bistum Magdeburg e. V. (Hg.), Altenpflege im Dialog - Ein Werkheft, Schlütersche, Hannover, S. 121-141.
- AOK Niedersachsen, (1998): Gute Noten für Pflegedienste? Ergebnisse der Versichertenumfrage zur ambulanten Pflege vom Sommer 1998.
- Applebaum, R.A./Straker, J.K./Geron, S.M., (2000): Assessing Satisfaction in Health and Long-Term Care: Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers, Springer, New-York.
- Arbesman, M. C./Wright, C., (1999): Mechanical Restraints, Rehabilitation Therapies, and Staffing Adequacy as Risk Factors for Falls in an Elderly Hospitalized Population, in: Rehabilitation Nursing Vol. 24, Nr. 3, May/Jun 1999, S. 122 - 128.
- Aust, B., (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Bader, A./Keller, S./Puteanus, U./Wessel, T., (2003): Erhalten Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel, Zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Pflegeheimen, in: Das Gesundheitswesen; Vol:65 (4), S. 236-242.
- Bartholomeyczik, Sabine, (2003): Zusammenhänge zwischen Personal- und Bewohnerstruktur in Altenpflegeheimen, in: Pr-InterNet 6/03, S. 73 - 81.
- Bartholomeyczik, Sabine/Schrems, B., (2004): Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenheimen, KDA, Köln.
- Bayerische Staatsregierung, (2001): Antwort der Bayerischen Staatsregierung auf die Interpellation 'Menschenwürdige Pflege in Bayern sicherstellen' der Abgeordneten Werner et al. (Manuskript, unveröff.), München.
- Becker, Clemens; Lindemann, Ulrich & Scheible, Stefan (2000): Gangstörung und Stürze. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 259-272.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara, (1997): Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (hrsgg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung), Bertelsmann, Bielefeld.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara, (1998): Altenpflege - Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation der Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (hrsgg. durch Bundesinstitut für Berufsbildung), Bertelsmann, Bielefeld.

⁷⁰ Die Angaben werden auf Wunsch des Auftraggebers nach Möglichkeit mit vollständigen Vornamen aufgeführt. Teilweise waren die Vornamen jedoch entweder gar nicht zu ermitteln, weil in der wissenschaftlichen Literatur die Vornamen häufig nicht angegeben werden oder die vollständigen Vornamen wären nur mit erheblichem Mehraufwand zu ermitteln gewesen, denn zum Zeitpunkt der Mitteilung des dahingehenden Wunsches war die Dateneingabe bereits weit fortgeschritten.

- Berlowitz, Dan R./Anderson, Jennifer J./Brandeis, Gary H./Lehner, Laura A./Brand, Harriet K./ Ash, Arlene S./Moskowitz, Mark, A., (1999): Pressure Ulcer Development in the VA: Characteristics of Nursing Homes Providing Best Care, in: American Journal of Medical Quality; Vol.14; Nr.1/1999, S. 39-44.
- Berlowitz, Dan R./Bezerra, Herminio Q./Brandeis, Gary H./Kader Boris, (2000): Are we improving the quality of nursing home care? The cases of pressure ulcers, in: Journal of the American Geriatrics Society, 48, 1/2000, S. 59-62.
- Berlowitz, Dan R./Halpern, Jay, (1997): Evaluating and improving pressure ulcer care: the VA experience with administrative data, in: Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 23, No. 8, S. 424-433.
- Besselmann, Klaus/Sowinski, Christine/Rückert, Willi (u. Mitarbeit von: Donnay, Katja/v. Petersenn, Ramona, (1998): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Heim (Ein Handbuch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln.
- Birren, James/Lubben, J. E./Rowe, J. C./Deutchman, D. D. (1991): The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego: Academic Press
- Blum, Karl, (1997): Patientenorientierte Qualitätssicherung -- Patientenbefragungen als Beitrag zum Total Quality Management im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt 9-10, S. 231-237.
- Borchelt, Marie/Gliberg, Reiner/Horgas, Ann L./Geiselmann, Bernhard (1999): On the Significance of Morbidity and Disability and Disability in Old Age. In: Baltes, Paul B. & Mayer, Karl U. (Hg.): The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100. Cambridge: University Press, S. 403-429.
- Boschek, H.-J. et al, (2003): Gesundheitsbericht Chronische Wunden im Kreis Ennepe-Ruhr 2000 bis 2002 (Abschlussbericht).
- Boucein, Liselotte/Grunow, Dieter (unter Mitarbeit von Ingrid Tüshaus, Carola Köhling, Wolfram Boucein und Ingo Füsgen), (2002): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege in Wuppertal: Einflussfaktoren und Effekte (Forschungsbericht aus dem Institut für Soziale Gerontologie und Alternsmedizin e.V. an der Bergischen Universität Wuppertal 02/2002), Bergische Universität: Institut für Soziale Gerontologie und Alternsmedizin e.V., Wuppertal.
- Bräutigam, K./Flemming, A./Halfens, R./Dassen, Theo., (2003): Dekubitusprävention: Theorie und Praxis, in: Pflege, 16, S. 75 - 82.
- Brendebach, Marie Christine, (2000): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie - Ergebnisse einer Studie der "Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter", Bonn.
- Brüggemann, Jürgen, (1999): Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation, in: Forum Sozialstation 8/1999, S. 40-43.
- Brüggemann, Jürgen, (2003): Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Pflege, in: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 42, H. 9, S. 684 - 689.
- Brunner, T., (Hg.) (1999): Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagen-spezifischer Gewaltpotentiale. Marburger Forum zur Gerontologie; Bd.5 Herausgegeben vom Institut für interdisziplinäre Gerontologie und angewandte Sozialethik an der Philipps-Universität Marburg (IGS), Vektor, Grafenschaft.
- Buck, Renée A. J. (1998): Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. In: Schwarz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, S. 441-451.
- Büssing, André/Glaser, Jürgen/Höge, Thomas, (2003): Gewalt in der ambulanten Pflege, in: Wirtschaftspsychologie 1, S. 122-124.
- Campen, Cretien van/Sixma, Herman/Friele, Roland D./Kerssens, Jan; Peters, Loe (1995): Quality of care and patients satisfaction. A review of measuring instruments. Medical care research and review, 52, 1, 60 - 87
- Carell, Angela, (1999): Gewalt gegen ältere Menschen -- Ein Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand, in: Brunner, Th. (Hg), Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagen-spezifischer Gewaltpotentiale. Marburger Forum zur Gerontologie; Bd. 5, Vektor-Verlag, Grafenschaft, S. 15-35.

- Cassel, C.K., (2000): Geriatrics for the 3rd millennium, in: Wiener Klinische Wochenschrift, 112. Jg., H. 9, S. 386-393.
- Cohen-Mansfield, Jiska./Noelker, L., (2000): Nursing Staff Satisfaction in Long-Term Care: an Overview, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 52-75.
- Coleman, Barbara, (2000): Assuring the quality of home care: the challenge of involving the consumer (Manuskript).
- Comijs, H.C./Pot, A.M./Smit, J.H./Bouter, L.M./Jonker, C., (1998): Elder abuse in the community: prevalence and consequences, in: Journal of the American geriatrics Society, Vol. 46, No. 7, S. 885-888.
- Dangel, Bärbel/Korporal, Johannes, (2000): Konzept und Relevanz der Qualitätssicherung in der sozialen Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für die Professionalisierung der Pflege, in: Sozialer Fortschritt 10/2000, S. 246-253.
- Dassen, Theo./Eisermann, H.J./Halfens, R./Heinze, C./Knoppik, J./Lahmann, Nils./Lohrmann, C./Bräutigam, K./Flemming, A./Mertens, E./Schmiedl, C./Schmitz, G./Tannen, A., (2001): Dekubitus Sturzereignisse Pflegeabhängigkeit Prävalenzerhebung 2001, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin.
- Dassen, Theo./Heinze, C./Lahmann, Nils./Lohrmann, C./Mertens, E./Tannen, A. et al., (2003): Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus (Erhebung 2003), Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt Universität zu Berlin, Berlin.
- Dassen, Theo./Heinze, Cornelia/Lahmann, Nils/Lohrmann, Christa/Mertens, Elke/Tannen, Antje, (2002): Dekubitus - Sturzereignisse - Pflegeabhängigkeit (Prävalenzerhebung 2002), Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt Universität zu Berlin, Berlin.
- Davies S., Laker S. & Ellis L. (1997) Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice : a literature review. Journal of Advanced Nursing 28 (5), S. 969-977.
- Dettbarn-Reggentin, J./Wallrafen-Dreisow, H., (2004): Für das richtige Milieu, Kleingliedrige Wohngruppen nach dem Wohnküchenmodell wirken sich positiv auf dementiell erkrankte Bewohner und das Personal aus, in: Altenheim; Vol:42 (5); p.30-31 2003, S. 30-31.
- Donabedian, A., (1966): Evaluating the quality of medical care, in: Milbank Memorial Found Quarterly 2/1966, S. 166-206.
- Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter, (1999a): Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen -- PfG NW). Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MASSKS). LT-Drs. 13/11 vom 06.06.2000, Düsseldorf.
- Evangelische Heimstiftung, (Hg.) (2004): Kundenbefragung der Evangelischen Heimstiftung: Sehr hohe Zufriedenheit mit den Leistungen in der stationären und ambulanten Pflege, Stuttgart.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris, (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis, Huber, Bern, Göttingen.
- Faigle, Brigitte/Knäpple, Annerose, (1998): Qualität aus der Sicht der Pflegebedürftigen, in: Altenheim 5/98, S. 8-12.
- Fazzone, P.A./Barloon, L.F./McConnell, S.J./Chitty, J.A., (2000): Personal Safety, Violence and Home Health, in: Public Health Nursing, Vol. 17, No. 1, S. 43-52.
- Frantz, R. A., (1997): Measuring prevalence and incidence of pressure ulcers, in: Advances in Wound Care, Vol.10, No. 1, S. 21-24.
- Friesel, Barbara, (2002): Gefährliche Pflege aus der Perspektive der Patienten (Bachelorarbeit in Pflegewissenschaft, Univ. Witten/Herdecke), Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Witten/Herdecke.
- Fuchs, Harry; Garms-Homolová, Vjenka; Kardorff, Ernst von; Lungen, Mathias; Lauterbach, Karl (2002): Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen für die medizinische Rehabilitation. Arbeit und Sozialpolitik. 56 (3/4), S. 22-28.

- Fussek, Claus, (1997): "Chronik eines Erdbebens". In München sind skandalöse Zustände in Pflegeheimen ans Tageslicht gekommen, in: *Altenpflege* 7/1997, S. 18-19.
- Fussek, Claus, (1999): "Entsetzt und erschüttert". Einmal mehr macht ein Pflegeskandal in München überregional Schlagzeilen, in: *Altenpflege* 5/1999, S. 18-19.
- Gallagher, Ann/Pintell, Kathleen/Robinson, Gretchen/Belleville-Taylor, Pauline/Hartery, Susan (1997): Nutrition. In: Morris, John N.; Lipsitz, Lewis A.; Murphy, Katharine; Belleville-Taylor, Pauline (Hg.): *Quality of Care in the Nursing Home*. St. Louis: Mosby, S. 315-330.
- Garms-Homolová, Vjenka (2002): Qualität in der ambulanten Pflege. In: Igl, Gerhard; Schiemann, Doris; Gerste, Bettina; Klose, Joachim (Hg.) *Qualität in der Pflege*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 227 – 242.
- Garms-Homolová, Vjenka (2002a): *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Garms-Homolová, Vjenka & Gilgen, Ruedi (Hg.) (2000): *RAI 2.0. Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Garms-Homolová, Vjenka (2001): Rehabilitative Orientierung der häuslichen Pflege alter Menschen. *Psychomed* 13 (4), S. 229-234.
- Gebert, A.J./Kneubühler, H.-U. (unter Mitarbeit von G. Latzel), (2001): *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*, Hans Huber, Bern u.a.
- Geron, S.M./Smith, K./Tennstedt, S./Jette, A./Chassler, D./Kasten, L., (2000): The Home Care Satisfaction Measure: A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults With Home Care Services, in: *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol. 55 B, No. 5, S. 259-270.
- Gerritsen, Debby L. (2004): *Quality of life and its measurement in nursing homes*. Amsterdam: VU University Medical Center, Department of Nursing Home Medicine
- Glinski-Krause, Beate, (2000): Gewaltprophylaxe in der stationären Altenpflege: "Die Würde des Alters ist antastbar" - Ein Werkstattbericht, in: *Pflegezeitschrift* 3/2000, S. 177 - 180.
- Goodwin-Beck, Marsha & Yoshikawa, Thomas, T. (1998): Infections. In: Morris John N., Lipsitz Lewis A., Murphy, Katherine & Belleville-Taylor, Pauline (1997): *Quality and Care in the Nursing Home*, S. 26-34.
- Göpfert-Divivier, Wilfried/Lauer, H., (2001): *Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege*, Saarbrücken, Hannover.
- Görge, Thomas, (1999): Erscheinungsformen und Bedingungen von Aggression und Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Th. Brunner (Hg.), *Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagenspezifischer Gewaltpotentiale*, Vektor-Verlag, S. 57-109.
- Görge, Thomas, (2000): Belastungen, Konflikte und Gewalt in stationären Altenhilfeeinrichtungen -- Ergebnisse einer Befragung von Pflegekräften. Vortrag zur DGGG-Jahrestagung 2000 am 19.09.00 in Nürnberg.
- Görge, Thomas/Hüsing, A./Gruner, J., (2001): Gewalt in der Altenpflege: Das hat mich echt geschockt!, in: *Altenpflege* 6/2001, S. 32-34.
- Görge, Thomas/Kreuzer, A./Nägele, B./Krause, S., (2002): *Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Schriftenreihe)*, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Görge, Thomas, (2003): *Misshandlung, Vernachlässigung und unangemessene Formen der Freiheitseinschränkung in der stationären Altenpflege (Manuskript)*, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover.
- Görres, S./Hinze, I. M./Reif, K. et al., (2002): Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen, in: *Pflege*, 15, S. 25 - 32.
- Gröning, Katharina, (2000): Über Gewalt in der Pflege, in: *Neue Praxis*, B. 6, H. 6, 2000, S. 587 - 597, Luchterhand, Neuwied.

- Gröning, Katharina, (2004): Das zerbrochene Ideal: Über Gewalt in der Pflege, in: Dr. med. Mabuse 149/Mai/Juni, S. 40-43.
- Güttler, K./Lehmann, A., (2003): Eine Typologie für Pflegeprozesse am Beispiel des Projektes "Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor Pflege", in: Pflege, 16, S. 153 - 160.
- Hagen, Björn, (2001): Gewalt gegen alte Menschen in der familialen Pflege - Ein Zukunftsthema für die Soziale Arbeit, in: Soziale Arbeit, Jg. 50/H. 7, 2001, S. 250 - 257.
- Halek, M./Mayer H., (2002): Die prädikative Validität der originalen und erweiterten Norton-Skala in der Altenpflege, in: Pflege, 15, S. 309 - 317.
- Hallwirth-Spörk, Christina, (2002): Lebensqualität von PflegeheimbewohnerInnen, in: Seidl, Elisabeth/Walter, Ilsemarie (Hg.), Pflegeforschung aktuell (Studien - Kommentare - Berichte), Leske + Budrich, Opladen, S. 91-108.
- Harrington, C./Zimmerman, David/Karon, Sarita L./Robinson, J./Butel, P., (2000): Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, in: Journal of Gerontology, Vol. 55 B, No. 5, S. 278-287.
- Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H., (2003a): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe: NEXT (Nurses early exit study), National Institute for Working Life, Stockholm.
- Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H., (2003c): Intent to leave nursing in the European nursing profession, in: Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H. (eds.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe: NEXT (Nurses early exit study), National Institute for Working Life, Stockholm, S. 115-124.
- Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Büscher, A./Selzig, A./Kümmerling, A./Müller, B.H., (2003b): Intent to leave nursing in Germany, in: Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H. (eds.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe: NEXT (Nurses early exit study), National Institute for Working Life, Stockholm, S. 136-145.
- Häussler-Szeban, Monika, (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.1), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C., (1999): Dekubitus - Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, Hamburg.
- Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C./Püschel, K./Meier-Baumgartner, Hans.Peter, (2001): Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in der letzten Lebensphase, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 6/2001, S. 509-516.
- Heinemann, A./Lockemann, U./Matschke, J./Tsokos, M./Püschel, K., (2000): Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125. Jg., Heft 3, S. 45-51.
- Heinemann-Knoch, Marianne /Korte, Elke/Schönberger, Christine/Schwarz, Birgit, (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen: Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen, Ergebnisse von Fallstudien - Endbericht (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.3), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Heuck, Dagmar/Witte, W., (2003): Epidemiologisches Bulletin - Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in deutschen Alten- und Pflegeheimen - zur Situation, in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 19 v. 9. Mai, S. 145 -154.
- Heudorf, Ulrike, (2000): Hygiene in Alten- und Pflegeheimen in Frankfurt am Main Erfahrungen aus der Überwachung des Gesundheitsamtes von 1989 bis 1999, Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt a.M. Abteilung Umweltmedizin und Hygiene, Braustrasse 18-22, 60311 Frankfurt a.M.
- Heudorf, Ulrike/ Bremer, V./Heuck, D., (2001): MRSA Besiedelung bei Bewohnern von Alten - und Pflegeheimen sowie bei Patienten einer geriatrischen Rehabilitationsklinik in Frankfurt am Main, in: Das Gesundheitswesen 2001, 63, S. 447-454.

- Heudorf, Ulrike/Bremer, V./Heuck, D., (2000): Methicillinresistente Staphylokokken - Aktuelle Untersuchungsergebnisse bei Bewohnern aus Alten - und Pflegeheimen, in: Hessisches Ärzteblatt 12/2000, S. 511-513.
- Heudorf, Ulrike/Henschel, W., (2000): Infektionshygienische Überwachung von Altenheimen durch das Gesundheitsamt - Erfahrungen aus dem Gesundheitsamt in Frankfurt am Main von 1989 bis 1999, in: Das Gesundheitswesen 2000, 62, S. 670-677.
- Hewer, Walter (2000): Akute Verwirrtheitszustände. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 328-337.
- Hirdes, John P.; Fries, Brant E.; Morris, John N.; Ikegami, Naoki; Zimmermann, David; Dalby, D.; Alaiga, P.; Hammer, S.; Jones, R. (2003): Home Care Quality Indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. Admitted to "The Gerontologist".
- Hirsch, Rolf D. (2000): Gewalt gegen alte Menschen. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 848-854.
- Hirsch, Rolf D./Kranzhoff, E.U./Erkens, F., (Hg.) (2000): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Band 6, Bonn.
- Hirsch, Rolf D./Kranzhoff, E.U./Schiffhorst, G., (Hg.) (1999): Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner HsM-Studie Versorgung von Pflegeabhängigen), Bonn.
- Hirsch, Rolf D., (2001): Arbeitsfeld Altenhilfe - Gewalt Gegen alte Menschen: Fakten - Hilfen - Prävention, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit Nr. 7/2001, S. 257 - 264, Beltz, Weinheim.
- Hirsch, Rolf D./Brendebach, C., (1999): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der "Bonner HsM-Studie", in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 6, S. 449-455.
- Hoefler, Klaudia, (1995): Gewalt in der häuslichen Pflege. Pflegenden Angehörige zwischen Aufopferung und Aggression, Gesellschaft der Freunde und Förderer der Evangelischen Fachhochschule Hannover e.V.: Reihe: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit - Hannoversche Beiträge, Druckerei der Ev. FH Hannover, Hannover.
- Hörl, Josef, (2003): Alter und Gewalt, in: Rosenmayr, Leopold/Böhmer, Franz (Hg.), Hoffnung Alter: Forschung, Theorie, Praxis, WUV Universitätsverlag, Wien, S. 273-300.
- Karon, Saritta L. & Zimmermann, David (1996): Using Indicator to Structure Quality Improvement in Long Term Care. Quality of Management in Health Care 4, S. 52-66.
- Klein, Barbara, (1997): Quality Management and Quality Assurance in Residential and Nursing Home Care in Britain and Germany, in: Evers, Adalbert/Haverinen, Riitta/Leichsenring, Kai/Wistow, Gerald (Eds.), Developing Quality in Personal Social Services -- Concepts, Cases and Comments, Ashgate Publ. Ltd., Aldershot, S. 139-145.
- Klie, Thomas, (1999): Qualität in der häuslichen Pflege. DAK Versicherten-Befragung 1999, Evangelische Fachhochschule, Freiburg.
- Klie, Thomas/Lörcher, Uwe/Behr, Renate, (1994): Gefährdete Freiheit: Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht, Lambertus, Freiburg i.B.
- Knäppler, Annerose/Danner, Klaus-Peter, (1997): Die Zufriedenheit der Kunden, in: Forum Sozialstation 8/1997, S. 36-39.
- Knäppler, Annerose/Hiniger-Riesterer, G., (2000): Das Ohr am Kunden, in: neue caritas 18/2000, S. 14-18.
- Knäppler, Annerose/Rümmele, Angelika/Zaberer, Claudia, (1997): Kundenbefragung in der ambulanten Pflege. Ein Modellprojekt (hrsgg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg), Stuttgart.
- Köhler, Lars D. & Hermann J. Vogt (2000): Hauterkrankungen. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 493-502.
- Kortshagen, Susanne, (2001): Wenn das Pflegepersonal tötet, in: Altenpflege 6/2001, S. 39-40.
- Kranzhoff, E. U./Hirsch R. D., (1997): Problemfeld "Fixierung" in der Gerontopsychiatrie - Stichtagserhebung über Einflußfaktoren bewegungseinschränkender Maßnahmen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 30, H. 4, S. 321 - 326.

- Krause, T./Anders, J./Heinemann, A./Cordes, O./Wilke, L./Kranz, S./Kühl, M., (2004): Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung -- Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten (Forschungsprojekt, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Robert Bosch Stiftung GmbH u. d. Leitung v. Meier-Baumgartner, H.P. u. Püschel, K., Manuskript, Hamburg, Albertinen-Haus.
- Kremer-Preiss, Ursula, (1998): Familiäre Kontakte und Angehörige, in: Häussler-Szepan, Monika, Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.1), Kohlhammer, Stuttgart u.a., S. 115-128.
- Kruzich, J.M., (2000): Correlates of nursing home satisfaction, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 76-100.
- Kuck, Joachim & Garms-Homolová, Vjenka (2003): Der Pflegebedarf entscheidet. *Altenheim* 42 (5), S. 20-25.
- Kuck, Joachim (2002): Beschreibung des Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs von Seniorenheimbewohnern vor dem Hintergrund der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung. Sekundäranalyse mit dem Resident Assessment Instrument. Magisterarbeit für Public Health, TU Berlin.
- Lachs, M. S./Williams, C. S./O'Brien, S./Pillemer, K. A./Charlson, M. E., (1998): The Mortality of Elder Mistreatment, in: *The journal of the American Medical Association*, Vol. 280, No. 5, S. 428 - 432, American Medical Association, Chicago.
- Laible, J./Mayer, H./Evers, G. C. M., (2002): Die Prävalenz des Ulcus cruris in der häuslichen Pflege, in: *Pflege*, 15, S. 16 - 23.
- Laible, Jochen, (Hg.) (2000): Die Prävalenz des Ulcus cruris in der häuslichen Pflege. Eine epidemiologische Untersuchung in Nordrhein-Westfalen, Universität Witten/Herdecke.
- Leffmann, Carsten/Anders, Jennifer/Heinemann, Axel/Leutenegger, Maja/Präfener, Franz, (2002): Dekubitus (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12), Robert Koch Institut, Berlin.
- Lindenberg, Eveline/Mayer, H./Panfil, E./Evers, G., (2003): Die Prävalenz von Dekubitus in der ambulanten Pflege - Eine epidemiologische Erhebung in Nordrhein-Westfalen, in: *Pr-InterNet* 3/03, S. 1 - 6.
- Lindenberg, Eveline, (2000): Die Prävalenz von Dekubitus in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Nordrhein - Westfalen (Masterarbeit, Universität Witten/Herdecke), Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke.
- Maisch, H., (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29. Jg., H. 3, S. 201-205.
- Mara, C.M./Ziegenfuss, J.T./Bentley, J.M., (1999): Commentary: methodological issues for quality management in long-term care, in: *American Journal of Medical Quality*, Vol. 14, No. 6, S. 235-241.
- Martin, U./Behler, R., (1999): Duisburger Modell - intensivierete Heimaufsicht des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt, in: *Gesundheitswesen* 61, S. 337-339.
- Martin, U./Behler, R., (2001): Wie effektiv ist die externe Qualitätssicherung in den Pflegeheimen durch die medizinisch-hygienische Heimaufsicht des Gesundheitsamtes?, in: *Das Gesundheitswesen* 2001; 63: 759 - 762.
- Meier-Baumgartner, Hans-Peter/Püschel, K., (1996): Alter und Gewalt, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29. Jg., H. 3, S. 167-168.
- Meier-Baumgartner, Hans-Peter /Pientka, Ludger/Anders, J./Heer, J./Friedrich, C., (2002): Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenknahen Fraktur. Eine evidenzbasierte Literaturübersicht des Zeitraums 1992-1998 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 215), Kohlhammer, Stuttgart.
- Mertens, Elke/Dassen, Theo, (2003): Dekubitusprävalenz in Deutschland: Verbesserung durch Vergleich, in: *Pflegezeitschrift* 2/2003, S. 109 - 112.
- Mertens, Elke/Tannen, Antje/Dassen, Theo, (2003): Dekubitusrisiko & Dekubitusprävalenz - Studie an mehr als 50 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 42, H. 7, S. 526 - 531.

- Mertz, Andreas & Keller, Frieder (2000): Exsikkose und Elektrolytentgleisungen. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 360-364.
- Meyer, G./Warnke, A./Bender, R./Mühlhauser, I., (2003): Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster randomised controlled trial, in: British Medical Journal Vo. 326, 11. January, S. 76-78.
- Morris John N.; Lipsitz Lewis A.; Murphy, Katherine & Belleville-Taylor, Pauline (1997): Quality and Care in the Nursing Home. Mosby Lifeline.
- Mostyn, Mollie M./Race, Kathryn E.H./Seibert, Jerry H./Johnson, Monica, (2000): Quality Assessment in Nursing Home Facilities: Measuring Customer Satisfaction, in: American Journal of Medical Quality; 15; 2, S. 54-61.
- Müller Staub, Maria, (2002): Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit, in: Pflege, 15, S. 113 - 121.
- Müller, K./Thielhorn, U., (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten, Kohlhammer, Stuttgart.
- National Center on Elder Abuse, (1998): The National Elder Abuse Incidence Study: Final Report, Administration on Aging, US Department of Health and Human Services (<http://www.aoa.gov>), Washington D.C.
- Neubauer, Günter/Schallermair, Christian, (1998b): Das Leistungsgeschehen in der stationären Altenpflege. Eine Grundlage für die Findung leistungsgerechter Vergütungen?, in: DOK 11-12/1998, S. 363-367.
- Neubauer, Günther/Schallermair, Christian, (1998a): Unterschiede im Leistungsgeschehen stationärer Altenpflegeeinrichtungen: Empirischer Befund und Erklärungsansätze, in: Sozialer Fortschritt 7/98, S. 181-189.
- Niederfranke, Anette/Greve, W., (1996): Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 169-175.
- Niehörster, Gabriele/Garms-Homolová, Vjenka/Vahrenhorst, Veronika, (1998): Identifizierung von Potentialen für eine selbständige Lebensführung (Abschlußbericht im Rahmen des Forschungsprojektes "Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe" (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.4), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Nikolaus, Thorsten & Schuler, Marie (2000): Chronischer Schmerz. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 376-383.
- Oesterlen, Lena, (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation - Funktionalität - ein Blickwinkel auf die Dokumentation am Beispiel des Pflegeberichts, 3. Teil, in: Die Schwester Der Pfleger 42. Jg. 9/03, S. 690 - 695.
- Ooi, W.L./Morris, John N./Brandeis, G.H./Hossain, M./Lipsitz Lew.A., (1999): Nursing home characteristics and the development of pressure sores and disruptive behaviour, in: Age an Ageing 1;28 1999, S. 45-52.
- Ostermann, Klaus/Kretschmann, Rolf/Sprung-Ostermann, Brigitte, (Hg.) (2000): Therapie und Rehabilitation in der Geriatrie - Geriatriische Rehabilitation und Altenhilfe, Gesamthochschul-Bibliothek 2000, Kassel.
- Panfil, Eva-Maria/Mayer, H./Junge, W./Laible, J./Lindenberg, E./Trümner, A./Wordel, A./Evers, G.C.M., (2002): Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege - Pilotstudie, in: Pflege, 15, S. 169 - 176.
- Pelka, R.B., (1998): Expertise zur Kostenituation bei chronischen Wunden, München, Universität der Bundeswehr.
- Phillips, Charles D./Hawes, Catherine/Mor, Vince/Fries, Brant E./Morris, John N., (1997a): Geriatric Assessment in Nursing Homes in the United States: Impact of a National Program, in: Generations 21/4, S. 15-20.
- Pillemer, K.A./Moore, D.W., (1989): Abuse of patients in nursing homes. Findings from a survey of staff, in: Gerontologist, 29, S. 314-320.

- Pirlich, Matthias/Schütz, Tatjana/Kemps, Martin/Luhman, Niklas/Burmester, G.R./Baumann, G./Plauth, M./Lübke, H.J./Lochs, H., (2003): Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Medical Patients: Impact of Underlying Disease, in: *Digestive Diseases* 2003;21:245-251, S. 245 - 251.
- Plute, Gerhard, (2002): Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung, University Press, Kassel.
- Püschel, K./Heinemann, A./Seibel, O./Lockemann, U./Matschke, J./Seifert, D./Tsokos, M., (1999): Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau. Jahreserhebung 1998, Selbstverlag, Hamburg.
- Püschel, K./Meier-Baumgartner Hans Peter /Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C., (1999): Dekubitus - Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten. Retrospektive Falsstudie in einem Kollektiv von 140 Sterbefällen des Jahres 1998 mit Dekubitus Grad III oder IV zum Todeszeitpunkt, Selbstverlag, Hamburg.
- Reck-Hog, Ursula/ Klink, Günter, (1998): Kundenorientierte Pflege: Prüfung von ambulanten Pflegediensten durch die TÜV Rheinland Gruppe, TOSU GmbH, in: Blonski, Harald (Hg.), *Qualitätsmanagement in der Anltenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen.*, Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 171-180.
- Risse, G. /Castiglia, A., (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation - Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation, 2. Teil: Sicht der Pflegedienst- und Stationsleitung, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 42, H. 8, S. 612 - 616.
- Roempp, Achim (2000): Stuhlinkontinenz. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 248-252.
- Roth, Guenter, (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege - Nationale und internationale Befunde (Forschungsbericht, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Dortmund.
- Roth, Guenter, (2002): Qualität in Pflegeheimen (Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Dortmund.
- Roth, Guenter/Reichert, Monika, (2004): Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Germany, in: Andy Alaszewski/Kai Leichsenring (eds) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake*, Aldershot, S. 269-327.
- Roth, Guenter/Rothgang, Heinz, (1999): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7. Jg., H. 4, S. 307-336.
- Rothgang, Heinz, (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse, Campus, Frankfurt am Main.
- Rothgang, Heinz, (2001): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Expertise für die Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestags, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Rubenstein Larry Z.; Stuck Andreas E.; Siu A.L. & Wieland D. (1991) Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence. *Journal of the American Geriatrics Society* 39, S. 8-16.
- Sachweh, Svenja, (1999): "Schätzle hinsitze!" - Kommunikation in der Altenpflege. Europäische Hochschulschriften Reihe XXI Linguistik Band 217, Peter Lang, Frankfurt a.M.
- Sadowski, Bettina/Grüb, Anette/Trauzettel-Klosinski, Susanne, (2000): Lesefähigkeit und Hilfsmittelbedarf, Unterversorgung in einer Altenheimpopulation, in: *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 217; 5/2000, S. 278-283.
- Sainfort, F.; Ramsay, J.D., Monato, H. (1995): Conceptual and methodological sources of variations in the measurement of nursing facility quality. An evaluation of 24 models and an empirical study. *Medical care research and review*, 52, 1, 60 - 87
- Saito, E./Shirato, M./Kanagawa, K./Sagawa, Y./Nakamura, M., (1999): Incidence proportion estimation, prevalence and effective visiting nurse care of pressure ulcers, in: *Japanese Journal of Public Health*, Vol. 46, No. 12, S. 1084-1093.

- Schaeffer, Doris, (1999): Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 7. Jg., H. 3, S. 233-251.
- Schermer, Martina, (2000): Wenn Fürsorge zum Zwang wird, in: Pflege aktuell 2/2000, S. 104 - 105.
- Schierf, Günther & Oster, Peter (2000): Arteriosklerose und Geriatrie. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 427-432.
- Schmidt, Roland, (2002): Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung, in: Klie, Thomas/Buhl, A./Entzian, Hildegard/Schmidt, Roland (Hg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen: Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf (Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit, hrsgg. v. Fachbereich IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Mabuse, Frankfurt a.M., S. 289-328.
- Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo, (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München, Nomos, Baden-Baden.
- Schneekloth, Ulrich & Müller, Udo (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Band 147.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Schneider, Hans Dieter/Sigg, E., (1990): Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz (Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz), Universität Freiburg, Freiburg/Schweiz.
- Schneider, Kordula, (2003): Gewalt in der Pflege, in: Public Health Forum 11 H. 39, S. 16-17.
- Schömig, Michael & Ritz, Eberhardt (2000): Nierenkrankheiten. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 578-581.
- Schönberger, Christine, (1998): Alte Menschen: Spannungsgefüge zwischen Versorgung und Selbständigkeit, in: Häussler-Szepan, Monika, Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.1), Kohlhammer, Stuttgart u.a., S. 63-77.
- Schoot, v.d., E/Oginska, H./Estryng-Behar, M., (2003): Burnout in the nursing profession in Europe, in: Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H. (eds.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing: NEXT (Nurses early exit study), National Institute for Working Life, Stockholm, S. 53-57.
- Schützendorf, Erich, (2001): Die Guten und die Bösen, in: Altenpflege 6/2001, S. 36-38.
- Seiler, Walter O. & Stähelin, Hannes B. (2000): Dekubitalulzera bei Älteren. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 283-294.
- Sgadari, Antonio; Morris, John N.; Fries, Brant E.; Ljunggren, Gunnar; Jonsson, Palmi V.; DuPasquier, Jean Noel & Schroll Marianne (1997) Efforts to establish the reliability of the RAI. Age & Ageing S2, S. 27-30.
- Sixma, Herman J./Campen van, Crétien/Kerssens, Jan J./Peters, Loe, (2000): Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE- Elderly instrument, in: Age and Ageing, 29/2000, S. 173-178.
- Soberman, L.R./Murray, M./Norton, P.G./Maris, B. v., (2000): The Domains of Satisfaction in Long-Term Care, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction Surveys in Long-Term Care, Springer, New York, S. 29-51.
- Söderham O. & Berthold H. (1993): Geriatric Nursing Assessment. The Use of a Standardized Assessment Instrument in a Clinical Setting. Scandinavian Journal of Caring Sciences 7, S. 141-147.
- Spector, W. D./Fortinsky, R. H., (1998): Pressure Ulcer Prevalence in Ohio Nursing Homes - Clinical and Facility Correlates, in: Journal of aging and health, Vol. 10 No. 1, 1998, S. 62 - 80, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Spiller, A., (2001): Einflussfaktoren und Äußerungsformen von Gewalt in der Pflege, in: pr-internet Pflege Management 10/01, S. 169-178.

- Stark, Klaus & Guggenmoos-Holzmann, Irene (2003): Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen. In: In: Schwarz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, S. 393-417.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003): 3. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003): 4. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Stuhlmann, W./Kretschmar, Ch., (1995): Gewalt in dyadischen Pflegebeziehungen, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., H. 1+2, S. 17-21.
- Tinnefeldt, Gerhard, (1998): Das Ohr am Kunden. Befragungen zur Lebensqualität im Altenheim (LiA): Erfahrungen aus der beratungspraxis, in: Altenheim 8/98, S. 10-14.
- Uman, Gwen C./Hocevar, Dennis/Urman, Harold N./Young, Roy/Hirsch, Maureen/Kohler, Susan, (2000): Satisfaction Surveys with the Cognitively Impaired, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction Surveys in Long-Term Care, Springer, New York, S. 166-186.
- Valk M., Post M.W.M., Cools H.J.M. Schrijvers G.A.J.P. (2001) Measuring disability in nursing home patients: validity and reliability of a newly developed instrument. Journal of Gerontology: Psychological Sciences 55B, S. 187-191.
- Volkert, Dorothee (2000): Malnutrition. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 228-250.
- Vollhardt, Bodo, (1999): Was wissen wir über Gewalt in Pflegebeziehungen?, in: Hirsch et al, Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner HsM-Studie Versorgung von Pflegeabhängigen), Bonn, S. 169-178.
- Wagner, Michael; Schütz, Yvonne & Lang, Frieder R. (1999): Social Relationships in Old Age. In: Baltes, Paul B. & Mayer, Karl U. (Hg.): The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100. Cambridge: University Press, S. 282-301.
- Weidner, F./Isfort, M./Messner, T./Zinn, W., (Hg.) (2003): Pflegethermometer 2003 – Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln, Köln.
- Weismann, C.S.; Grason, H.A. & Strobine D.S. (2001). Quality management and community health. Examples from women's health. Quality Management in Health Care 10, S. 54-64.
- Welz-Barth, Annette, Füsgen, Ingo (2000): Harninkontinenz. In: Nikolaus, Thorsten (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 237-247.
- Wetzels, P./Greve, W., (1996): Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt -- Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 191-200.
- Wingefeld, Klaus/Schaeffer, Doris, (2001): Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34. Jg., H. 2, S. 140-146.
- Wingefeld, K./Schnabel, Eckard, (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen), Eigenverlag, Düsseldorf.
- Zenz, A./Bokelmann, M./Zink, J., (1999): Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste nach § 80 SGB XI durch den MDK Baden-Württemberg. Endbericht über die Prüfungsergebnisse im Zeitraum Juli 1997 bis August 1999, MDK, o.A.
- Zimber, Andreas/Barthelme, Gerinde/Ihsen, Michael/Polak, Ute, (2000): Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland. Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Qualifizierungskonzepte für die Sozialwirtschaft (QS), Heidelberg.
- Zimber, Andreas/Weyerer Siegfried, (Hg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen.

9 Anlagen

9.1 Minimum Data Set für die Langzeitpflege in Einrichtungen

Anhang B

Minimum Data Set (MDS) – Version 2.0
Für Klientenbeurteilung und Pflege-/Versorgungsdokumentation
Administrative Angaben

Bereich AA: Klient/Klientin

1.	Name	a. Vorname	b. Familienname
2.	Geschlecht	1. männlich	2. weiblich
3.	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag	Monat Jahr
4.	Staatsangehörigkeit	1. deutsch	
		2. andern: — — — — —	
5.	Pflegeversicherungsnummer (D) Ahv-Nr. (CH)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.	Beurteilungsgrund <i>[Beachten Sie bei einer Wiederaufnahme/Entlassung ist nur ein Teil auszufüllen]</i>	<p>a. Primärer Grund für Beurteilung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufnahme (Beurteilung bis zum 14. Tag) 2. Jährliche Beurteilung 3. Signifikante Statusveränderung 4. Signifikante Korrektur bisheriger Beurteilung 5. Vierteljährliche Beurteilung 6. Entlassung — Rückkehr wird nicht erwartet 7. Entlassung — Rückkehr wird erwartet 8. Entlassen vor der ersten Beurteilung 9. Wiederaufnahme 0. nichts davon <p>b. Spezieller Code für die zusätzliche Beurteilung (Case mix etc.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beurteilung in 5 Tagen 2. Beurteilung in 30 Tagen 3. Beurteilung in 60 Tagen 4. Vierteljahresbeurteilung mit MDS-Formular 5. Wiederaufnahme /Rückkehr 	
9.	Unterschriften der zuständigen Personen:		
	Funktion	Datum:	
	a.		
	b.		

Hinweis: AAS, AA8 und AA9 müssen bei jeder Beurteilung ausgefüllt werden.

Tragen Sie die richtige Antwort ein		Kreuzen Sie alles Zutreffende an	a.
-------------------------------------	--	----------------------------------	----

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Minimum Data Set (MDS) – Version 2.0
 Für Klientenbeurteilung und Pflege-/Versorgungsdokumentation
 Hintergrund (Deckblatt) Information bei Aufnahme

Bereich AB: Demographische Information

1.	Aufnahmedatum	Datum des Aufenthaltsbeginns. Nicht gemeint ist Wiederaufnahme, falls die Klientin zeitweise ausgeschieden ist. In solchen Fällen sollten Sie das ursprüngliche Aufnahmedatum verwenden. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr	
2.	Aufnahme von	1. Privathaus/Seniorenwohnhaus ohne Gesundheitsversorgung 2. Privathaus/Seniorenwohnhaus mit Gesundheitsversorgung 3. Betreutes Wohnen/Alten-/Seniorenwohnheim 4. Pflegeheim 5. Akutkrankenhaus 6. Psychiatrie 7. Rehabilitationseinrichtung 8. Andere Einrichtungen	
3.	Lebte allein	0. Nein 1. Ja 2. In einer Einrichtung	
4.	Institutionskennzeichen (D) Klienten-Nr. (CH)	<input type="text"/>	
5.	Aufenthaltsorte in den letzten 5 Jahren	(Kreuzen Sie alle Orte an, in denen sich die Klientin/der Klient während der letzten 5 Jahre aufhielt) Schon einmal in dieser Institution/Pflegeheim In anderem Pflegeheim Andere Einrichtung: Altenheim, betreutes Wohnen etc. Psychiatrie Einrichtung für geistig Behinderte Nichts zutreffend	a. b. c. d. e. f.
6.	Berufstätigkeiten (Trennen Sie verschiedene Berufe mit „/“ voneinander)	<input type="text"/>	
7.	Bildungsstand (D) (Tragen Sie die höchste vollendete Stufe ein)	1. Kein Schulbesuch 2. Achtjährige Ausbildung 3. 9. bis 11. Klasse 4. Abitur 5. Technische Schule oder Handelsschule 6. Fachhochschule 7. Hochschule/Universität 8. Promotion	
7.	Bildungsstand (CH) (Tragen Sie die höchste vollendete Stufe ein)	1. Kein Schulbesuch 2. Weniger als 8 Schuljahre 3. Obligatorische Schuljahre 4. Beruflehre/Vollzeitberufsschule 5. Maturitätsschule 6. Höhere Fachschule 7. Fachhochschule (HTL, HWV) 8. Universität/Hochschule	
8.	Muttersprache	a. Deutsch 0, Französisch 1, Italienisch 2, Andere 3 b. Andere eintragen <input type="text"/>	
9.	Psychische Gesundheit	Zeigt die Krankengeschichte Hinweise auf psychische Erkrankungen oder Störungen? 0. Nein 1. Ja	
10.	Gestige Behinderung	(Alle ankreuzen, die vor dem 22. Lebensjahr aufgetreten und wahrscheinlich dauerhaft sind) Nicht zutreffend – weiter mit Punkt AB : I Geistige Behinderung auf organischer Grundlage Down-Syndrom Autismus Epilepsie Andere organisch bedingte geistige Behinderungen Geistige Behinderung ohne organische Grundlage	a. b. c. d. e. f.
11.	Hintergrundinformation ausgefüllt am	<input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr	

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich AC: Gewohnheiten

I.	Gewohnheiten (Im Jahr vor der Erstaufnahme oder vom letzten Jahr, das der Klient/die Klientin zu Hause verbracht hatte, falls er/sie jetzt von einer stationären Einrichtung kommt)	(Kreuzen Sie alles Zutreffende an. Falls „unbekannt“, bitte jeweils das letzte Kästchen ankreuzen.) Tagesablauf	
		Ging nach 21 Uhr zu Bett	a.
		Machte regelmäßig während des Tagesverlaufs ein Schläfchen (mindestens eine Stunde)	b.
		Ging mindestens einmal wöchentlich aus	c.
		Las, erledigte routinemäßig Alltagsaufgaben	d.
		Verbrachte die meiste Zeit alleine oder mit Fernsehen	e.
		Bewegte sich im Hause/in der Wohnung unabhängig (mit Hilfsmitteln, wenn verwendet)	f.
		Rauchte täglich	g.
		Nichts zutreffend	h.
		Essgewohnheiten	
		Spezielle Gewohnheiten/Vorlieben	i.
		Aß zwischen den Hauptmahlzeiten täglich/meistens	j.
		Trank mindestens einmal pro Woche alkoholhaltige Getränke	k.
		Nichts zutreffend	l.
		Alltagsgewohnheiten	
		Verbrachte fast den ganzen Tag im Schlafanzug/Morgenmantel	m.
		Ging jede Nacht/fast jede Nacht zur Toilette	n.
		Hatte Unregelmäßigkeiten in seinen/ihren Ausscheidungen	o.
		Duschte lieber als zu baden	p.
		Badete/duschte abends	q.
		Nichts zutreffend	r.
		Beziehungen/Teilnahme	
		Hatte täglich Kontakt mit Angehörigen/Freunden	s.
		Besuchte üblicherweise Kirche, Moschee, Synagoge, usw.	t.
		Suchte Halt/Kraft im Glauben	u.
		Hatte täglichen Umgang mit Tieren	v.
Beteiligte sich an Gemeinschaftsaktivitäten	w.		
Nichts zutreffend	x.		
Unbekannt – weder Klient/in noch Angehörige konnten Angaben machen			
y.			
Tragen Sie die richtige Antwort ein		Kreuzen Sie alles Zutreffende an	
		z.	

Bereich AD: Unterschriften

	Name und Vorname	Verantwortlich für	Datum
Unterschrift der koordinierenden Person			
Andere beteiligte Personen			

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Minimum Data Set (MDS) – Version 2.0

Klientenbeurteilung und Dokumentation Gesamtbeurteilung

(Status in den letzten 7 Tagen, außer wenn anders vermerkt)

Bereich A: Angaben zur Person und Hintergrundinformation

1.	Klientenname	a. Vorname		b. Familienname			
2.	Zimmernummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
3.	Datum der Dokumentation	a. Letzter Tag der MDS-Durchführung					
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
		Tag	Monat	Jahr			
		b. Original oder korrigierte Kopie (tragen Sie ein, wieviele Verbesserung)					
4.	Datum der Wiederaufnahme	Seit letzter zeitweiliger Entlassung z. B. ins Krankenhaus. In den letzten 90 Tagen (oder einfach seit der letzten Beurteilung)					
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
		Tag	Monat	Jahr			
5.	Zivil-/Familienstand	1. nicht verheiratet		3. verwitwet			
		2. verheiratet		4. getrennt lebend		5. geschieden	
6.	Pflegeversicherungsnummer (D) Ahv-Nr. (CH)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
7.	Finanzierungsart	(alles Zutreffende ankreuzen)					
		Selbstzahler	a.	Sozialhilfe/Fürsorge		d.	
		Pflegekasse	b.	Angenörige		e.	
		Krankenkasse	c.	Anderes, was?		f.	
8.	Beurteilungsgrund	a. Primärer Grund für Beurteilung 1. Aufnahme (Beurteilung bis zum 14. Tag) 2. Jährliche Beurteilung 3. Signifikante Statusveränderung 4. Signifikante Korrektur bisheriger Beurteilung 5. Vierteljährliche/halbjährliche Beurteilung 6. Entlassung – Rückkehr wird nicht erwartet 7. Entlassung – Rückkehr wird erwartet 8. Entlassen vor der ersten Beurteilung 9. Wiederaufnahme 0. Nichts davon b. Spezieller Code für die zusätzliche Beurteilung (Case mix etc.) 1. Beurteilung in 5 Tagen 2. Beurteilung in 30 Tagen 3. Beurteilung in 60 Tagen 4. Vierteljahresbeurteilung mit MDS-Formular 5. Wiederaufnahme /Rückkehr 6. Anderer Beurteilungsgrund					
9.	Rechtsdelegation	Vormund (CH) Betreuer (D)	a.	keine		f.	
10.	Verfügung	(Alles Zutreffende ankreuzen)					
		Keine Lebensverlängerung	a.	Wünscht keine künstliche Ernährung		f.	
		Keine Wiederbelebung	b.	Will bestimmte Medikamente nicht		g.	
		Will nicht ins Krankenhaus/Spital	c.	Anderer Behandlungseinschränkungen		h.	
		Organspender	d.	Nichts zutreffend		i.	
		Wünscht keine Autopsie	e.				

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich B: Kognitive Fähigkeiten

1.	Komatös	(Kein erkennbares Bewußtsein vorhanden) 0. Nein I. Ja (Weiter mit Bereich G)	
2.	Gedächtnis	(Erinnern von Geleertem oder Bekanntem) a. Kurzzeitgedächtnis – Erinnerung nach 5 Minuten möglich 0. regelrecht I. Probleme b. Langzeitgedächtnis – Erinnerung länger zurücklegend 0. regelrecht I. Probleme	
3.	Gedächtnis/Erinnerungsfähigkeit	(Kreuzen Sie alles an, wazu sie/er innerhalb der letzten 7 Tage fähig war) Jahreszeit angeben a. Erkennen, daß sie/er sich in einer Institution befindet Eigene Zimmer finden b. Nichts zutreffend Namen/Gesichter der zuständigen Pflegeperson erinnern c.	e.
4.	Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen	(trifft Entscheidungen im Alltag) 0. Unabhängig – Entscheidungen folgerichtig und sinnvoll 1. Teilweise unabhängige Entscheidungen – einige Schwierigkeiten in neuen unbekanntem Situationen 2. Mittlere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit – braucht Anleitung und Überwachung 3. Schwere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit – trifft selten/nie Entscheidungen	
5.	Hinweise auf ein Delir, periodisches Aussetzen des Denkens/der Wahrnehmung	(Tragen Sie ein, was für die letzten 7 Tage zutrifft) [Beachten Sie: Eine genaue Einstufung erfordert das Gespräch mit Angehörigen und Mitarbeitern, die eine direkte Kenntnis des Verhaltens in dieser Zeit besitzen]. 0. Nicht vorhanden 1. Vorhanden, aber jüngst nicht aufgetreten, nicht neu 2. Vorhanden: Verhalten in den letzten 7 Tagen weicht vom üblichen Zustand ab (Neu oder Verschlechterung) a. Veränderte Aufmerksamkeit, verwirrt (ablenkbar) b. Zeitweise veränderte Wahrnehmung der Umgebung (Lippenbewegungen, als ob mit jemandem geredet wird; glaubt, daß er/sie jemand anderer ist, verwechselt Tag und Nacht) c. Episoden unzusammenhängenden Sprechens (spricht unzusammenhängend, unsinnig, sprunghaft, verliert den Faden) d. Zeiten der Unruhe (nestelt, zeigt motorische Unruhe und wiederholte Bewegungen, „Tick“) e. Zeiten der Lethargie (starr in die Luft, bewegt sich kaum, schläft, träge) f. Tagesschwankungen kognitiver Fähigkeiten (mal besser, mal schlechter; manchmal vorhanden, mal nicht)	
6.	Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten	(Zustand, Fähigkeiten und Fertigkeiten zeigten in den letzten 90 Tagen) 0. Keine Veränderung I. Verbesserung 2. Verschlechterung	

Bereich C: Kommunikative Fähigkeiten/Hören

1.	Hören	(Mit Hörhilfe, falls benutzt) 0. Hört gut – normale Gespräche, Fernsehen; am Telefon 1. Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung 2. Hört nur in besonderer Situation – wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlicher sprechen 3. Stark beeinträchtigt – hört praktisch nichts	
2.	Kommunikationshilfen und Techniken	(Kreuzen Sie an, was für die letzten 7 Tage zutrifft) Hat Hörhilfe und benutzt sie a. Hat Hörhilfe, benutzt sie jedoch nicht b. Benutzt andere Technik (z. B. Lippenlesen) c. Nichts zutreffend d.	

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

3.	Ausdrucksweise	(Kreuzen Sie alles an, wie Bedürfnisse geäußert werden)	
		Sprache	<input type="checkbox"/> a. Zeichen, Geste, Laute
		Geschriebene Mitteilungen	<input type="checkbox"/> b. Kommunikationstafel
		Zeichensprache/ Brailleschrift	<input type="checkbox"/> c. Anderes
			<input type="checkbox"/> d. Nichts zutreffend
4.	Sich verständlich machen	(Inhaltliche Ausdrucksfähigkeit – egal welcher Art)	
		0. Ist verständlich	
		1. Ist meistens verständlich – hat Schwierigkeiten Worte zu finden und Gedanken zu beenden	
		2. Ist manchmal verständlich – beschränkte Fähigkeit konkrete Wünsche zu äußern	
		3. Ist selten/nie verständlich	
5.	Deutlichkeit der Sprache	(letzte 7 Tage)	
		0. Klare Sprache (unterscheidbare Worte)	
		1. Undeutlich (nachlässig, murmelt verwaschen)	
		2. Keine sprachliche Äußerungen (gesprochene Worte fehlen)	
6.	Fähigkeit andere zu verstehen	(Sprachliches Verständnis – egal welcher Art)	
		0. Versteht	
		1. Versteht meistens – manchmal nicht die ganze Bedeutung der Nachricht	
		2. Versteht manchmal – antwortet auf einfache Mitteilungen	
		3. Versteht selten/nie	
7.	Veränderung der Kommunikationsfähigkeit/Hören	(Veränderung der Ausdrucks-, Verständigungs- und Hörfähigkeit zeigten in den letzten 90 Tagen)	
		0. Keine Veränderung	<input type="checkbox"/> 1. Verbesserung
		2. Verschlechterung	<input type="checkbox"/>

Bereich D: Sehfähigkeit

1.	Sehen	(Sehfähigkeit bei guter Beleuchtung, falls nötig mit Brille/Sehhilfen)	
		1. Gut – sieht kleine Details, einschließlich gewöhnliche Druckbuchstaben in Zeitungen/Büchern	
		2. Teilweise beeinträchtigt – unfähig Zeitungsüberschriften zu sehen, kann Gegenstände in Umgebung identifizieren	
		3. Stark beeinträchtigt – Gegenstände in Umgebung zu erkennen ist fraglich, scheint mit den Augen zu folgen	
		4. Schwerwiegend beeinträchtigt – blind, sieht nur Farben oder Umrisse, folgt nicht mit den Augen	
2.	Seheinschränkungen/ Sehschwierigkeiten	a. Probleme beim seitlichen Sehen – verengtes Gesichtsfeld (z. B. läßt Essen auf einer Seite liegen, stößt gegen andere Personen/Gegenstände, setzt sich neben den Stuhl)	<input type="checkbox"/> a.
		b. Hat optische Wahrnehmungen wie: Ringe oder Ränder (Halos), sieht Lichtblitze, sieht verschleiert	<input type="checkbox"/> b.
		c. Nichts zutreffend	<input type="checkbox"/> c.
3.	Sehhilfen	Brille, Kontaktlinsen, Linsenimplantat, Vergrößerungsglas (Lupe)	
		0. Nein	
		1. Ja	

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich E: Stimmungslage und Verhalten

<p>1. Traurige oder ängstliche Stimmungslage</p>	<p>(Tragen Sie alles was für die letzten 30 Tage zutraf, ein; 0. Zeigte sich nicht 1. Zeigte sich an fünf oder weniger Tagen pro Woche 2. Zeigte sich täglich oder fast täglich (an 6 oder 7 Tagen)</p> <p>Verbaler Ausdruck von Bedrücktheit</p> <p>a. Macht negative Äußerungen – z. B. „nichts hat einen Sinn“, „will lieber tot sein“, „bedauert, daß er/sie so lange lebt“, „Laß mich sterben“</p> <p>b. Wiederholte Frage – z. B. „Was soll das?“, „Was wird aus mir?“</p> <p>c. Wiederholte Äußerungen – z. B. Ausrufe: „Lieber Gott, hilf mir!“</p> <p>d. Wiederholt verärgert über sich/andere – z. B. wegen Pflege, des Heimaufenthalts</p> <p>e. Eigene Herabsetzung – z. B. „Ich bin niemand“, „Ich bin nutzlos!“</p> <p>f. Drückt unrealistische Ängste aus – z. B. Angst vor dem Verlassen, ausgesetzt werden, Angst vor anderen</p> <p>g. Äußert wiederholt, daß etwas schreckliches passiert (glaubt, im Sterben zu liegen oder einen Herzanfall zu haben)</p>	<p>h. Sorgt sich dauernd um eigene Gesundheit, beobachtet sich, sucht medizinische Hilfe</p> <p>i. Wiederholte ängstliche Beschwerden (nicht gesundheitsbezogen); wil dauernd Aufmerksamkeit, beschwert sich über Tagesablauf, Zeitplan, Mahlzeiten, Beziehungen</p> <p>Schlafzyklus</p> <p>j. Morgens schlecht gelaunt</p> <p>k. Schlaflosigkeit/Änderung üblicher Schlafgewohnheiten</p> <p>Traurig, apathisch, ängstlich</p> <p>l. Trauer, Schmerz, besorgte Mimik</p> <p>m. Weinerlich, tränenüberströmt</p> <p>n. Motorische Unruhe: Handrinnen, Herumläufen, Nesteln</p> <p>Interessenlosigkeit</p> <p>o. Rückzug von Aktivitäten, kein Interesse an langjährig üblichen Aktivitäten, Abkehr von der Familie, Freunden</p> <p>p. Eingeschränkte soziale Aktivität</p>	<p></p>
<p>2. Beständigkeit der Stimmungslage</p>	<p>Fines oder mehrere Anzeichen depressiver, ängstlicher oder trauriger Stimmung waren in den letzten 7 Tagen nicht leicht durch Aufmunterung, Trost oder Zuwendung zu beeinflussen. 0. keine Anzeichen 1. ja, beeinflussbar 2. ja, nicht beeinflussbar</p>	<p></p>	
<p>3. Veränderung der Stimmungslage</p>	<p>Die Stimmungslage hat sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen verändert 0. Nein 1. Verbessert 2. Verschlechtert</p>	<p></p>	
<p>4. Verhaltensauffälligkeiten</p>	<p>(A) Häufigkeiten: Schätzen Sie das Verhalten in den letzten 7 Tagen ein 0. Dieses Verhalten zeigte sich nicht 1. Dieses Verhalten zeigte sich an 1 bis 3 von 7 Tagen 2. Dieses Verhalten zeigte sich an 4 bis 6 von 7 Tagen 3. Dieses Verhalten zeigte sich täglich</p> <p>(B) Beständigkeit der Auffälligkeiten in den letzten 7 Tagen 0. Zeigten sich nicht oder waren leicht veränderbar 1. Waren nicht veränderbar</p> <p>a. Umherirren (zielloes Herumgehen, ohne Rücksicht auf Bedürfnisse oder Sicherheit)</p> <p>b. Verbale Aggressivität (bedroht, verflucht andere)</p> <p>c. Körperliche Aggressivität (schlägt, tritt, kratzt andere und belästigt sie sexuell)</p> <p>d. Sozial unangemessenes Verhalten (lärm, schreit, gefährdet sich selbst, sexuelle Gesten/Praktiken und Ausziehen in der Öffentlichkeit; schmiert/wirft mit Kot oder Essen, hortet, wühlt im Eigentum anderer)</p> <p>e. Widersetzt sich der Behandlung/Pflege</p>	<p>(A) (B)</p>	
<p>5. Veränderungen der Verhaltensauffälligkeiten</p>	<p>Verhalten veränderte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen (oder seit der letzten Beurteilung) 0. Nein 1. Verbessert 2. Verschlechtert</p>	<p></p>	

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich F: Psychosoziales Wohlbefinden

1.	Initiative/Beteiligung	Umgang mit anderen Personen problemlos Plant und strukturiert problemlos eigene Tätigkeiten Nimmt selbstgewählte Aktivitäten problemlos wahr Setzt sich eigene Ziele Nimmt an Aktivitäten der Einrichtung teil (hat/pflegt Freundschaften, beteiligt sich an Gemeinschaftsaktivitäten, neuen Angeboten oder religiösen Veranstaltungen) Nimmt Einladungen zu den meisten Gruppenaktivitäten an <i>Nichts zutreffend</i>	a.
			b.
			c.
			d.
			e.
			f.
			g.
			h.
2.	Labile Beziehungen	Offener/Verdeckter Konflikt, wiederholte Kritik am Personal Unglücklich mit Zimmernachbarn Unglücklich mit anderen Bewohnern Bringt Konflikt/Ärger mit Angehörigen/Freunden zum Ausdruck Hat keinen persönlichen Kontakt zu Angehörigen/Freunden Vor kurzem Verlust eines Angehörigen/Freunds Paßt sich nicht leicht an Veränderungen an <i>Nichts zutreffend</i>	a.
			b.
			c.
			d.
			e.
			f.
			g.
			h.
3.	Rollen in der Vergangenheit	Hängt an früheren Rollen und am ehemaligen Status Zeigt Traurigkeit, Wut, Gefühl der Leere wegen Rollenverlust Klagt über Unterschiede zwischen jetzigen Tagesroutinen und früheren Gewohnheiten „draußen“ <i>Nichts zutreffend</i>	a.
			b.
			c.
			d.

Bereich G: Körperliche Funktionsfähigkeit/ADL

1.	(A) ADL Leistungsfähigkeit – (Durchschnittliche Leistung/Selbstversorgung während der letzten 7 Tage eintragen): Eigenleistung 0. Unabhängig – keine Hilfe oder Überwachung oder Hilfe/Überwachung lediglich 1 bis 2 Tage in den letzten 7 Tagen erforderlich 1. Aufsicht – Überwachung, Anleitung, Ermutigung reichen aus und wurden 3 oder mehrmals während der letzten 7 Tage erforderlich, körperliche Hilfe nur 1 bis 2 x 2. Begrenzte Hilfe – beteiligt sich viel; erhält Unterstützung, um die Glieder gezielt zu bewegen oder mußte 3 x oder öfter leicht gestützt werden; aber benötigte verstärkte Hilfe nur 1 bis 2 x in den letzten 7 Tagen 3. Verstärkte Hilfe – bei einzelnen Aktivitäten wurden während der letzten 7 Tage folgende Hilfen 3 x oder mehrmals benötigt: – starkes Stützen körperliche Kraft erforderlich – vollständige Hilfe an einigen, aber nicht an allen 7 Tagen 4. Vollständige Abhängigkeit – vollständige Hilfe an allen 7 Tagen 8. <i>Traf nicht zu</i>		
		(B) Fremdhilfe: Unterstützung/bei ADL Leistung – (Bitte beachten Sie: Spalte (A): nur für ADL Eigenleistung: Klassifizierung im Punkt A Spalte (B): nur für Fremdhilfe in den letzten 7 Tagen: Klassifizierung in diesem Punkt)	
		(A)	(B)
		Eigenleistung	Fremdhilfe
a.	Bewegung im Bett	Hinlegen, Aufsitzen, Drehen, Lageveränderung im Bett	
b.	Transfer	Zwischen Einrichtungsgegenständen (zu Bett, Stuhl, Rollstuhl), in aufrechter Position (ausgenommen: Weg zur Toilette/zum Bad)	
c.	Gehen im Zimmer	Gehen/Spazieren im eigenen Zimmer	
d.	Gehen im Korridor	Gehen/Spazieren im Korridor des Wohnbereichs	
e.	Fortbewegung auf dem Stockwerk	Gehen/Spazieren vom eigenen Zimmer zu anderen Räumen des Wohnbereichs, Selbständigkeit im Rollstuhl auf einem Stockwerk	
f.	Fortbewegung außerhalb des Wohnbereichs	Gehen/Spazieren zum Speisesaal zu Gemeinschaftsräumen, außerhalb des Wohnbereichs, Selbständigkeit im Rollstuhl	

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

g.	An-/Auskleiden	Straßenkleider an-/ausziehen, zuknöpfen, Befestigung/Abnahme von Prothesen		
h.	Essen/Trinken	Fähigkeit zu essen und zu trinken (abgesehen von Tischsitten), einschließlich Sonde und Parenteralernährung		
i.	Toilettenbenutzung	Benutzung der Toilette (des Nachtstuhls, Urinals, Steckbeckens), hinsetzen/aufstehen, sich reinigen, wechseln von Einlagen, Stoma/Katheter handhaben, anziehen		
j.	Persönliche Hygiene	Fähigkeit sich zu pflegen, kämmen, Zähne zu putzen, rasieren, schminken, Gesicht, Hände, Intimbereich zu waschen und abzutrocknen (ohne Baden und duschen)		
2.	Baden/Duschen	In welcher Weise ist sie/er fähig ein (A) Vollbad, Sitzbad/Dusche (ein- und aussteigen) zu nehmen (Rücken- und Haarewaschen ausgenommen). Neu: Für Eigenleistung nachfolgende Klassifikationen benutzen, in Spalte (A) eintragen; Spalte (B) wie G1. 0. Unabhängig -- keine Hilfe erforderlich 1. Aufsicht -- Aufsicht/Überwachung reicht aus 2. Begrenzte Hilfe -- körperliche Hilfe nur beim Ein- und Aussteigen 3. Verstärkte Hilfe -- körperliche Hilfe beim Bade-/Duschvorgang 4. Vollständige Abhängigkeit 5. Teilweise Abhängigkeit 6. Teilweise Abhängigkeit 7. Teilweise Abhängigkeit 8. Teilweise Abhängigkeit	(A)	(B)
3.	Gleichgewichtstest (siehe Handbuch)	(Fähigkeit in letzten 7 Tagen) 0. Hält Gleichgewicht 1. Unsicher aber fähig, selbständig auszugleichen 2. Teilunterstützung während des Tests oder: steht/sitzt, aber folgt nicht den Testanweisungen 3. Nicht fähig, ohne Unterstützung das Gleichgewicht zu halten a. Gleichgewicht im Stehen b. Gleichgewicht im Sitzen (Oberkörperkontrolle)		
4.	Funktions- und Bewegungseinschränkungen (siehe Handbuch)	(Einschränkungen in den letzten 7 Tagen, eventuell Verletzungsgefahr) (A) Passive Beweglichkeit (B) Selbständige Bewegung 0. Uneingeschränkt 0. Kein Verlust 1. Einseitig eingeschränkt 1. Teilverlust 2. Beidseitig eingeschränkt 2. Vollverlust a. Hals/Nacken b. Arm (inkl. Schulter, Ellbogen) c. Hand (Handgelenk, Finger) d. Bein (Hüfte, Knie) e. Fuß (Zehen, Knöchel) f. Sonstige Einschränkungen, Verlust	(A)	(B)
5.	Geh- und Bewegungshilfen	(Kreuzen Sie alles an, was für die letzten 7 Tage zutrifft) Gehhilfe (Stock/Krücke) [Böckli (CH)] Im Rollstuhl selber fortbewegen Rollstuhl (muß geschoben werden)	a. Ständig auf Rollstuhl angewiesen b. Nichts zutreffend c. Nichts zutreffend	d. e.
6.	Transferart	In den letzten 7 Tagen Meistens bettlägerig Aufrichthilfe für Bewegungen im Bett, aus dem Bett Muß gehoben werden	a. Liftanwendung b. Hilfsmittel (Stock, Gehhilfe Stütze etc.) c. Nichts zutreffend	d. e. f.
7.	Aufteilung von ADL-Aktivitäten	Einzelne oder alle ADL-Aktivitäten mußten in den letzten 7 Tagen in einzelne Schritte zerlegt werden, damit der Klient sie bewältigen konnte 0. Nein 1. Ja		
8.	Rehabilitationspotential in den ADL-Aktivitäten	Klientin glaubt, daß sie in der Lage ist, zunehmend Selbständigkeit in einigen ADL-Aktivitäten zu erreichen Zuständiges Personal glaubt, daß die Klientin in der Lage ist, zunehmend Selbständigkeit in einigen ADL-Aktivitäten zu erreichen Klientin ist fähig, ADL-Aktivitäten auszuführen, aber sehr langsam Tagesschwankungen in ADL-Aktivitäten (Eigenleistung oder Unterstützungsleistung) Nichts zutreffend	a. b. c. d. e.	
9.	Veränderungen in ADL-Aktivitäten	(in den letzten 90 Tagen) 0. Keine Veränderung 1. Verbesserung 2. Verschlechterung		

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich H: Kontinenz in den letzten 14 Tagen

1.	Kategorien der Kontinenzselbstkontrolle	(Zustand während aller Schichten berücksichtigen)			
		0. <i>Kontinent</i> – vollständige Selbstkontrolle 1. <i>Meist kontinent</i> – Blase: Inkontinenz höchstens 1 x wöchentlich; Darm: höchstens 1 x wöchentlich 2. <i>Gelegentlich inkontinent</i> – Blase: 2 x mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich; Darm: 1 x wöchentlich 3. <i>Häufig inkontinent</i> – Blase: in der Regel täglich, Restkontrolle möglich (z.B. tagsüber); Darm: 2-3 x wöchentlich 4. <i>Inkontinent</i> – Blase: kaum noch Kontrolle; Darm: immer/fast immer			
a.	Stuhlkontinenz	Kontrolle vorhanden, mit Hilfsmitteln oder Stuhlkontinenzprogramm (falls durchgeführt)			
b.	Urinkontinenz	Kontrolle vorhanden, mit Hilfsmitteln oder Urinkontinenzprogramm (falls durchgeführt), trotz geringfügigen Tröpfelns (kein Druchnässen)			
2.	Darmentleerung	Darmentleerung spontan, mindestens einmal in 3 Tagen	a.	Durchfall	c.
		Verstopfung	b.	Einklemmung/Kotstau	d.
3.	Hilfsmittel/Programme	Toilettenplan	a.	Benutzt kein WC, Toilettenstuhl, Urinal	f.
		Darm-/Toilettraining	b.	Einlagen/Vorlagen	g.
		Externer Kondomkatheter	c.	Einläufe/Spülungen	h.
		Dauerkatheter	d.	Stoma	i.
		Einmakatheter	e.	Nichts zutreffend	j.
4.	Veränderungen der Urinkontinenz	Status veränderte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung)			
		0. Nein	1. Verbessert	2. Verschlechtert	

Bereich I: Krankheitsdiagnosen

Kreuzen Sie nur die Krankheiten an, die zur Funktionsfähigkeit/ADL, zu geistigen Fähigkeiten, zur Stimmungslage, zum Verhalten in Beziehung stehen, medizinische Behandlung, pflegerische Überwachung erfordern oder ein Todesrisiko beinhalten (keine alten, inaktiven Diagnosen)

1.	Krankheiten	<i>(rr = nichts zutreffend)</i>		
	Stoffwechsel-/Ernährungskrankheiten		Hemiplegie/Hemiparese	v.
	Diabetes mellitus	a.	Multiple Sklerose	w.
	Schilddrüsenüberfunktion	b.	Paraplegie	x.
	Schilddrüsenunterfunktion	c.	Parkinson'sche Erkrankung	y.
	Herz/Kreislauf		Querschnittslähmung	z.
	koronare Herzkrankheit	d.	Anfallserkrankung/Epilepsie	aa.
	Herzrhythmusstörung	e.	Flüchtige ischämische Attacke/TIA	bb.
	Herzinsuffizienz	f.	Gehirntrauma	cc.
	Tiefe Venenthrombose	g.	Psychiatrische Erkrankungen	
	Hypertonie	h.	Angstsyndrom	dd.
	Hypotonie	i.	Depression	ee.
	Periphere Gefäßkrankheit	j.	Manisch-depressive Erkrankung	ff.
	Andere Kreislauferkrankung	k.	Schizophrenie	gg.
	Muskel/Skelett		Lunge	
	Arthritis/Arthrose	l.	Asthma	hh.
	Oberschenkelhalsbruch	m.	Emphysem/Lungenobstruktion	ii.
	Amputation	n.	Sensorische Erkrankungen	
			Katarakt/Grauer Star	jj.

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

		Osteoporose Pathologische Fraktur Neurologische Erkrankungen Alzheimerkrankung Aphasie Cerebrale Lähmung Cerebrovaskulärer Insult/ Apoplex Andere dementielle Erkrankung	o. p. q. r. s. t. u.	Diabetische Retinopathie Glaukom/Grüner Star Makuladegeneration Sonstige Allergien Anämie Krebserkrankung Niereninsuffizienz Nichts zutreffend	kk. ll. mm. nn. oo. pp. qq. rr.
2.	Infektionen	Antibiotikaresistente Infektionen (z. B. Methicillin resistente Staph.) Clostridium difficile Bindehautentzündung HIV-Infektion Lungentzündung Infektion der Atemwege	a. b. c. d. e. f.	Sepsis Geschlechtskrankheit TBC Harnwegsinfekt in den letzten 30 Tagen Virushepatitis Wundinfektion Nichts zutreffend	g. h. i. j. k. l. m.
3.	Andere gegenwärtige Diagnosen ICD-9	a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____			

Bereich J: Gesundheitszustand

1.	Zustand/Probleme	Ankreuzen, was für letzte 7 Tage zutrifft (falls nicht anders angegeben) Flüssigkeitszufuhr Gewichtsverlust oder -zunahme von 3 Pfund oder mehr Kann nicht flach liegen (wegen Kurzatmigkeit), Orthopnoe Dehydriert (mehr Ausscheidung als Flüssigkeitseinnahme) Unzureichende Flüssigkeitszufuhr (trank zu wenig/fast nichts in den letzten 3 Tagen) Sonstiges Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>	Schwindel/Benommenheit Oedeme Fieber Halluzinationen Innere Blutung Rezidive Lungenaspiration in den letzten 90 Tagen Kurzatmigkeit Ohnmacht/Synkope Unsicherer Gang Erbrechen Nichts zutreffend	f. g. h. i. j. k. l. m. n. o. p.
2.	Schmerzsymptomatik	(Tragen Sie die höchste Schmerzstufe innerhalb der letzten 7 Tage ein) a. Häufigkeit der Klagen oder Schmerzzeichen 0. Kein Schmerz (weiter mit J4) 1. Seltener als täglich 2. Täglich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Intensität 1. Leichter Schmerz 2. Mittlerer Schmerz 3. Perioden mit unerträglichem Schmerz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Lokalisierung von Schmerzen	Tragen Sie alle Stellen ein, die in den letzten 7 Tagen schmerzten Rückenschmerzen Knochenschmerzen Brustschmerzen bei gewohnten Aktivitäten Kopfschmerzen Hüftschmerzen	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>	Wundschmerzen Gelenkschmerzen (außer Hüftschmerzen) Muskelschmerzen (Läsions-, Gewebescherz) Magenschmerzen Sonstiges	f. g. h. i. j.

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

4.	Unfälle	Sturz in letzten 30 Tagen Sturz in letzten 31-180 Tagen		Oberschenkelhalsfraktur Andere Frakturen in letzten 180 Tagen Nichts zutreffend	c.
			a.		d.
5.	Zustandsstabilität	Zustand/Krankheiten destabilisieren die ADL-Fähigkeiten, geistigen Zustand oder Verhalten (Zustand veränderlich, unsicher, sich verschlechternd) Akutstadium einer neuen oder alten chronischen Erkrankung Endstadium, Lebenserwartung von 6 oder weniger Monaten Nichts zutreffend			a.
					b.
					c.
					d.

Bereich K: Ernährungsstatus

1.	Probleme im Mundbereich	Kauprobleme Schluckprobleme Schmerzen im Mund Nichts davon			a.
					b.
					c.
					d.
2.	Größe/Gewicht	Größe/Gewicht in den letzten 30 Tagen (Wiegen vor dem Essen, nach Toilettenbenutzung, jeweils zu gleicher Zeit, Messen ohne Schuhe) Größe in cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3.	Gewichtsveränderung	a. Gewichtsverlust um 5 % und mehr in den letzten 30 Tagen, oder 10 % und mehr in den letzten 180 Tagen 0. Nein 1. Ja			
		b. Gewichtszunahme um 5 % und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10 % und mehr in den letzten 180 Tagen 0. Nein 1. Ja			
4.	Ernährungsprobleme	Klagt über Geschmack vieler Speisen Klagt regelmäßig über Hunger	a.	Lädt 25 % oder mehr des Essens stehen	c.
			b.	Nichts zutreffend	d.
5.	Nahrungsaufnahme	Parenteral/i.v./s.c. Sonde Zerkleinerte Speisen Mit Spritze (oral) Diät	a.	Zusatzmahrung/ Zwischenmahlzeiten	f.
			b.		
			c.	Hilfsmittel, Spezialhalter	g.
			d.	Programm zur Gewichtsveränderung	h.
			e.	Nichts zutreffend	i.
6.	Parenterale/Enterale Ernährung	(Weiter mit L, falls weder 5a noch 5b eingetragen!)			
			a. Anteil der durch Sonde oder parenteral verabreichten Nahrung in den letzten 7 Tagen 0. Keine 3. 51 % bis 75 % 1. 1 % bis 25 % 4. 76 % bis 100 % 2. 26 % bis 50 %		
		b. Täglicher Anteil der durch Sonde oder parenteral verabreichten Flüssigkeit in den letzten 7 Tagen 0. Keine 3. 1001 – 1500 ml 1. 1 – 500 ml 4. 1501 – 2000 ml 2. 501 – 1000 ml 5. 2001 ml und mehr			

Bereich L: Mund-/Zahnstatus

1.	Mundstatus/ Zahnprophylaxe	Vor dem Schlafengehen am Abend leicht entfernbare, weiche Beläge im Mund Hat Zahnprothese und/oder herausnehmbare Brücke Einige/alle Zähne fehlen; benutzt/hat keine Zahnprothese/Brücke Abgebrochene, lockere oder kariöse Zähne Zahnfleischentzündung (Gingivitis): geschwollenes, blutendes Zahnfleisch; Abszess, Ulcera oder Ausschläge Tägliche Pflege der Zähne, Prothese und des Mundes: selbst oder durch Personal Nichts zutreffend		a.
				b.
				c.
				d.
				e.
				f.
				g.

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich M: Zustand der Haut

1.	Ulcera: Schwere	<p>(Tragen Sie die Anzahl der Ulcera ein - unabhängig von Ursachen und vom Stadium. 0 = keine vorhanden; 9 = 9 und mehr; Zeitrahmen: 7 Tage. [Ganzkörperuntersuchung ist erforderlich])</p> <p>a. 1. Stadium = Ständige Rötung (keine Läsion); verschwindet nicht bei Druckentlastung b. 2. Stadium = Abschürfung der Haut (Abrasio), Blasenbildung oder flacher Krater c. 3. Stadium = Verlust der Oberhaut, subkutanen Gewebe sichtbar; tiefer Krater mit/ohne Schädigung des angrenzenden Gewebes d. 4. Stadium = Verlust der Oberhaut und des subkutanen Gewebes. Muskel/Knochen sichtbar</p>	
2.	Ulcera: Typus	<p>(Tragen Sie für jede Art das höchste Stadium ein, das in den letzten 7 Tagen aufgetreten ist. Nutzen Sie die Skala M.)</p> <p>a. Druckgeschwür - Zerstörung wurde durch Druck verursacht; tieferliegendes Gewebe ist angegriffen b. Offene Läsion aufgrund mangelnder venöser Blutzirkulation in den unteren Extremitäten</p>	
3.	Frühere Ulcera	<p>Hatte Geschwüre, die in den letzten 90 Tagen ausheilten</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>	
4.	Andere Hautprobleme	<p>(Eintragen, was für die letzten 7 Tage zutrifft)</p> <p>Abschürfungen, blaue Flecken Verbrennungen (zweiten und dritten Grades) Offene Läsionen, etwa bei Krebs (keine Ulcera), Schnittwunden Ausschläge: Intertrigo (Wolff), Dermatitis, Ekzeme, Hitzeausschlag, Herpes Hautbezirke mit Unempfindlichkeit auf Schmerz, Druck Hautrisse, Schnittwunden (keine Operationswunden) Operationswunden Nichts zutreffend</p>	<p>a. b. c. d. e. f. g. h.</p>
5.	Hautpflege	<p>(Eintragen, was für die letzten 7 Tage zutrifft)</p> <p>Hilfsmittel zur Druckentlastung (Sitzauflagen) Hilfsmittel zur Druckentlastung (für's Bett) Lagerungsplan Feuchtigkeitsspendende Hautpflege oder Spezialdiät Dekubituspflege Wundversorgung nach Operation Verbände (mit/ohne Medikation) - ausgenommen sind Fußverbände Salben/Medikation - ausgenommen für die Füße Andere Hautpflege zur Prävention oder Behandlung Nichts zutreffend</p>	<p>a. b. c. d. e. f. g. h. i. j.</p>
6.	Fußprobleme/ Fußpflege	<p>(Eintragen, was für die letzten 7 Tage zutrifft)</p> <p>Fußprobleme vorhanden: Hühneraugen, Schwielen, entzündete Fußballen, Hammerzehen, eingewachsene Zehennägel, Schmerzen Fußinfektion - Zellulitis, eitriger Ausfluss Offene Läsion Nägel/Schwielen gepflegt in den letzten 90 Tagen Bekommt präventive oder protektive Fußpflege (Spezialschuhe, Einlagen in Schuhen/zwischen die Zehen) Verbände (mit/ohne Medikation) Nichts zutreffend</p>	<p>a. b. c. d. e. f. g.</p>

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich N: Beschäftigungsmuster

1.	Wachzeit	(<i>Eintragen, was für die letzten 7 Tage zutrifft</i>) Er/sie ist meistens wach (ausgenommen rund einstündige Nickerchen zu unterschiedlichen Zeiten)	
		Vormittags <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/>	d.
		Nachmittags <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> Nichts zutreffend <input type="checkbox"/>	g.
(Falls Komatös, weiter mit Bereich O)			
2.	Durchschnittsdauer der Aktivitäten	0. Meistens – mehr als 2/3 des Wachseins 1. 1/3 bis 2/3 des Wachseins 2. Weniger als 1/3 des Wachseins 3. Gar nicht	
3.	Bevorzugte Beschäftigungsorte	(<i>Kreuzen Sie alle bevorzugten Orte an</i>) Eigenes Zimmer <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> Draußen <input type="checkbox"/> In der Einrichtung/außerhalb des Wohnbereichs/Station <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> Nichts zutreffend <input type="checkbox"/>	d. e.
4.	Bevorzugte Beschäftigung (entsprechend den aktuellen Fähigkeiten)	(<i>Kreuzen Sie alle bevorzugten Beschäftigungen an, unabhängig davon, ob gegenwärtig ausführbar oder nicht</i>) Kartenspiele/Spiele <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> Spaziergänge/ Rollstuhlfahren draußen <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> Handarbeiten/Gestalten <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> Sport/Übungen <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> Gartenarbeit/Pflanzenpflege <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/> Lesen/Schreiben <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> Hilfen für andere <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> Religiöse/spirituelle Aktivitäten <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> Nichts zutreffend <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> Ausflüge/Reisen/Einkaufen <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	h. i. j. k. l. m.
5.	Wunsch nach Veränderung	In den täglichen Beschäftigungen wünscht er/sie 0. Keine Veränderung <input type="checkbox"/> 1. Leichte Veränderung <input type="checkbox"/> 2. Große Veränderung <input type="checkbox"/> a. Hinsichtlich der Beschäftigungsart <input type="checkbox"/> b. Hinsichtlich des Beschäftigungsumfangs <input type="checkbox"/>	

Bereich O: Medikation

1.	Anzahl der Medikamente	Anzahl der verschiedenen Medikamente, die in den letzten 7 Tagen eingenommen wurden, eintragen (0 = keine)	
2.	Neue Medikamente	Erhält Medikamente, die in den letzten 90 Tagen neu eingesetzt wurden. 0. Nein <input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/>	
3.	Injektionen	Bitte eintragen, an wievielen Tagen der letzten 7 Tage er/sie irgendeine Injektion erhielt (0 = keine)	
4.	Tage, an denen folgende Medikamente verabreicht wurden	Anzahl von Tagen innerhalb der letzten 7 Tage eintragen; 0 = keine; 1 = Langzeitmedikation, die seltener als einmal wöchentlich verabreicht wird a. Antipsychotika <input type="checkbox"/> d. Hypnotika <input type="checkbox"/> b. Angstreduzierende Mittel <input type="checkbox"/> e. Diuretika <input type="checkbox"/> c. Antidepressiva <input type="checkbox"/>	

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich P: Spezielle Behandlungen

1.	Spezielle Behandlungen und Maßnahmen	(in den letzten 14 Tagen)				
		a. Behandlungen		Künstliche Beatmung,	l.	
		Chemotherapie	a.			
		Dialyse	b.	Maßnahmen		
		I.v.-Medikation	c.	Entzug (Alkohol, Drogen)	m.	
		Ein-/Ausfuhrüberwachung/ Flüssigkeitsbilanz	d.	Spezialpflege für demenzielle Erkrankungen/Alzheimer	n.	
		Beobachtung akuter medizinischer Zustände	e.	Hospizpflege	o.	
		Colostomie/Stomapflege	f.	Pädiatrischer Pflegebereich	p.	
		O ₂ -Gaben	g.	Entlastungs-/Kurzzeitpflege	q.	
		Bestrahlung	h.	Entlassungstraining (Medikamenten- einnahme, Hausarbeit, Einkaufen, Verkehrsmitteltraining, andere)	r.	
Absaugen	i.					
Tracheostomiepflege	j.					
Bluttransfusionen	k.	Nichts davon	s.			
		b. Rehabilitation/Therapien – Tragen Sie die Dauer in Tagen und Minuten für die letzten 7 Tage ein (nur falls mindestens 15 Min. täglich durchgeführt; < als 15 Min. = 0). Nur Maßnahmen seit der Aufnahme. (A) = Anzahl der Tage mit mind. 15 min. Rehabilitation/Therapie (B) = Gesamtdauer in Min. in d. letzten 7 Tagen				
			Tag	Min.		
			(A)	(B)		
a. Sprachtherapie und Audiologie						
b. Aktivierungstherapie/Ergotherapie						
c. Bewegungstherapie/Krankengymnastik/ Physiotherapie						
d. Atemtherapie						
e. Psychotherapie (durch anerkannte Spezialisten)						
2.	Programme für Stimmungslage, Ver- haltens-therapie, kognitives Training	(Tragen Sie alle Therapien in den letzten 7 Tagen ein – unabhängig vom Durchführungsort)				
		Verhaltens-evaluation/Verhaltenstherapie		a.		
		Untersuchung beim Psychiater/Neurologen/klinischen Psychologen in den letzten 90 Tagen		b.		
		Gruppentherapie		c.		
		Umweltanpassung/Milieu-therapie – mikroökologische Maßnahmen zur Beeinflussung der Stimmung/des Verhaltens		d.		
		Orientierungstraining		e.		
				f.		
3.	Rehabilitation, Mobili- sierung, restaurative Pflege	(Tragen Sie die Anzahl der Tage mit entsprechenden Maßnahmen von 15 oder mehr Minuten ein – bezogen auf die letzten 7 Tage (0 = keine Maßnahme oder weniger als 15 Min. täglich)				
		a. Passive Beweglichkeit		f. Gehübungen		
		b. Aktive Beweglichkeit		g. Ankleiden/Selbstpflege		
		c. Hilfsmitteltraining		h. Essen oder Schlucken		
				i. Prothesenversorgung, Stumpfpflege		
		Übungen		j. Kommunikation		
		d. Bewegung im Bett		k. Sonstiges		
		e. Transfer				
4.	Freiheitsbeschrän- kende Maßnahmen	(Innhalb der letzten 7 Tage)				
		0. Keine				
		1. Nicht täglich				
		2. Täglich				
		Bettgitter				
		a. Gitter an allen offenen Bettseiten				
b. Seitengitter (Halbgitter, nur i. Seite)						
c. Fixierung des Rumpfes						
d. Fixierung der Extremitäten						
e. Stuhl, der kein Aufstehen erlaubt						

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

5.	Krankenhausaufenthalt	Anzahl der Krankenhausaufnahmen (mit Übernachtung) in den letzten 90 Tagen (seit der letzten Beurteilung) eintragen. (0 = Keine Hospitalisierung)		
6.	Notfallambulanz Erste Hilfe	Anzahl der Behandlungen in einer Notfallambulanz (ohne Übernachtung) in den letzten 90 Tagen (seit der letzten Beurteilung) eintragen. (0 = Keine)		
7.	Ärztliche Untersuchung	Anzahl ärztlicher Untersuchungen in den letzten 14 Tagen (seit der letzten Beurteilung) eintragen. (0 = Keine)		
8.	Ärztliche Verschreibungen	Wie oft hatten Ärzte die Verschreibungen verändert? Bezogen auf die letzten 14 Tage (oder seit der letzten Beurteilung). Neuverschreibung ohne Wechsel nicht eintragen! (0 = Keine)		
9.	Abnorme Laborwerte	Würden beim Klienten in den letzten 90 Tagen (oder seit der Aufnahme) abnorme Laborwerte festgestellt? 0. Nein 1. Ja		

Bereich O: Entlassungspotential und Gesamtzustand

1.	Entlassungspotential	a. Klient/in zeigt, daß er/sie in eigene Häuslichkeit entlassen werden will 0. Nein 1. Ja		
		b. Helfer/in vorhanden und einverstanden 0. Nein 1. Ja		
		c. Kurzzeitverblijf Entlassung ist binnen 90 Tage vorgesehen (erwartetes Ableben ausgenommen) 0. Nein 1. Binnen 30 Tagen 2. Binnen 31-90 Tagen 3. Ungewiß		
2.	Gesamtväränderung	Unabhängigkeit der Klientin ist im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung) signifikant verändert 0. Unverändert 1. Verbessert; bekommt/ benötigt weniger Hilfe 2. Verschlechtert; bekommt/ benötigt mehr Unterstützung		

Bereich R: Assessmentinformation

1.	Mitwirkung an dieser Beurteilung	a. Klient/in: 0. Nein 1. Ja											
		b. Angehöriger: 0. Nein 1. Ja 2. Nicht vorhanden											
		c. Andere Bezugsperson: 0. Nein 1. Ja 2. Nicht vorhanden											
2. Unterschrift des Koordinators:													
Datum der Beurteilung		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10px; border: none;">—</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10px; border: none;">—</td> <td style="width: 30px; height: 20px; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Tag</td> <td style="border: none;"></td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Monat</td> <td style="border: none;"></td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jahr</td> </tr> </table>		—		—		Tag		Monat		Jahr	
	—		—										
Tag		Monat		Jahr									
c. Andere Unterschriften		Titel	Abteilung	Datum									
d.				Datum									
e.				Datum									
f.				Datum									
g.				Datum									
h.				Datum									

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich T: Ergänzung – Patientenmix

1.	Besondere Behandlungsmaßnahmen	<p>a. Aktivierungstherapie – Tragen Sie die Dauer in Tagen und Minuten ein (falls mindestens 15 Minuten pro Tag durchgeführt) für die letzten 7 Tage (0 = Keine oder < 15 Min.)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Tage</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Min.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(A)</td> <td style="text-align: center;">(B)</td> <td style="text-align: center;">(A)</td> <td style="text-align: center;">(B)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>(A) = Anzahl der Tage mit mindestens 15 Min. Aktivierungstherapie (B) = Gesamtzeit in den letzten 7 Tagen in Min.</p> <p>Weiter mit Frage 2, falls dieses keine Beurteilung bei der Aufnahme ist.</p> <p>b. Verschreibung – Wurden die Physio-, Bewegungstherapie und/oder Ergo-/Beschäftigungstherapie und/oder Sprachtherapie für die ersten 14 Aufenthaltstage vom Arzt verschrieben? 0. Nein 1. Ja</p> <p>Falls keine verschrieben, weiter mit Frage 2</p> <p>c. Schätzen Sie, bezogen auf 15 Tage, an wievielen Tagen wird mindestens eine Therapie angewandt? [][][][][]</p> <p>d. Schätzen Sie, bezogen auf 15 Tage, die Gesamtdauer der zu erwartenden Therapien (in Minuten) [][][][][]</p>	Tage		Min.		(A)	(B)	(A)	(B)				
Tage		Min.												
(A)	(B)	(A)	(B)											
2.	Unabhängige Bewegung	<p>Bitte nur dann ausfüllen, wenn die körperliche Funktionsfähigkeit/ADL, Bewegung/Transfer mit 1, 2 oder 3 bewertet wurden und wenn eine von den Behauptungen zutrifft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekommt Physio-/Bewegungstherapie mit Gehübungen (P1.b.c) • Physio-/Bewegungstherapie mit Gehübungen wurde verschrieben (T2.b) • Bekommt pflegerische Mobilisierung mit Gehübungen (P3.f) • Physio-/Bewegungstherapie mit Gehübungen wurde in den letzten 180 Tagen nicht fortgesetzt. <p>Weiter mit Frage 3, falls Klient/in in den letzten 7 Tagen nicht gegangen ist (Nachfolgende Punkte beziehen sich auf die längsten zurückgelegten Strecken ohne Ruhepause. Rehabilitation und Mobilisierung werden berücksichtigt)</p> <p>a. Längste Entfernung ohne Ruhepause</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>0 = 45 m und mehr</td> <td>3 = 3 bis 7 m</td> </tr> <tr> <td>1 = 15 bis 44 m</td> <td>4 = weniger als 3 m</td> </tr> <tr> <td>2 = 8 bis 14 m</td> <td></td> </tr> </table> <p>b. Dauer des Gehens ohne Ruhepause (für diese Distanz)</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>0 = 1 bis 2 Min.</td> <td>3 = 11 bis 15 Min.</td> </tr> <tr> <td>1 = 3 bis 4 Min.</td> <td>4 = 16 bis 30 Min.</td> </tr> <tr> <td>2 = 5 bis 10 Min.</td> <td>5 = 31 Min. und mehr</td> </tr> </table> <p>c. Eigenleistung beim Gehen (für diese Episode)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Unabhängig – keine Hilfe oder Aufsicht 1. Aufsicht – Ermutigung, Anleitung, Überwachung 2. Beschränkte Hilfe – leichte Unterstützung und Führung, keine Kraftanwendung 3. Erhebliche Hilfe – beim Spaziergang wird er/sie kräftig unterstützt <p>d. Unterstützung beim Gehen/bei den Gehübungen (keine Selbsteinschätzung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Keine körperliche Hilfe vom Personal 1. Hilfe beim Aufstehen / Aufrichten 2. Unterstützung durch eine Person 3. Unterstützung durch zwei oder mehrere Personen <p>e. Benutzung von Handläufen (bei diesem Ereignis)</p> <p style="text-align: center;">0. Nein 1. Ja</p>	0 = 45 m und mehr	3 = 3 bis 7 m	1 = 15 bis 44 m	4 = weniger als 3 m	2 = 8 bis 14 m		0 = 1 bis 2 Min.	3 = 11 bis 15 Min.	1 = 3 bis 4 Min.	4 = 16 bis 30 Min.	2 = 5 bis 10 Min.	5 = 31 Min. und mehr
0 = 45 m und mehr	3 = 3 bis 7 m													
1 = 15 bis 44 m	4 = weniger als 3 m													
2 = 8 bis 14 m														
0 = 1 bis 2 Min.	3 = 11 bis 15 Min.													
1 = 3 bis 4 Min.	4 = 16 bis 30 Min.													
2 = 5 bis 10 Min.	5 = 31 Min. und mehr													
3.	Case Mix Gruppe	Kostenträger [][][][][]												

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

9.2 Minimum Data Set für die häusliche Versorgung

MDS – Minimum Data Set für die häusliche Versorgung

Minimum Data Set

Häusliche Versorgung, Home Care [HC.2.0]

Deckblatt: Persönliche Angaben und Pflegeaufnahme
(Beobachtungszeit, wenn nicht anders angegeben: 3 Tage)

Bereich AA: Angaben für Verwaltungszwecke

1. Klientenname	a. Vorname		b. Nachname	
2. Interne Kennnummer				
3. Versicherungsnummer				

Bereich BB: Angaben zur Person (1 bis 5 nur bei Pflegeaufnahme ausfüllen)

1. Geschlecht	1. Männlich	2. Weiblich
2. Geburtsdatum	Tag	Monat
3. Anschrift	Straße	
4. Familienstand	1. nie verheiratet	2. verheiratet
5. Sprache	0. Deutsch	1. Andere:
6. Schulabschluss	Bitte den höchsten eintragen	
7. Rechtsdelegation / Verfügungen	a. Betreuer	

Bereich CC: Pflegeaufnahme

1. Datum	Tag	Monat	Jahr
2. Grund	Alles Zutreffende ankreuzen 1. Verkürzung/Vermeidung der Hospitalisierung, D = SGB V 2. Ermöglichung medizinischer Behandlung, D = SGB V 3. Pflegebedürftigkeit, D = SGB XI 4. Hilfe-/Pflegebedürftigkeit vorhanden, nicht anerkannt 5. _____ 6. Tagespflege 7. Sonstiges _____		
3. Primäre Pflegeziele	Ziele nach Vorstellungen der Angehörigen oder des Klienten – Zutreffendes eintragen (0 = nein, 1 = ja)		
4. Zeitpunkt letzter Krankenhausentlassung	Bezogen auf Krankenhausaufenthalte in den letzten 180 Tagen (letzte Entlassung)		
5. Wohnort	Wo lebt/e die Klientin/der Klient am Aufnahmetag? Zutreffende Zahl eintragen 1. Privathaus/Privathaus (keine häuslichen Dienste genutzt) 2. Privathaus/Seniorenwohnhilfe (häusliche Dienste genutzt) 3. Seniorenheim/Seniorenwohnhilfe/Wohngemeinschaft/betreutes Wohnen 4. Altenheim/Pflegeheim 5. Sonstiges _____		
6. Wohnkonstellation	Mit wem lebt/e die Klientin/der Klient am Aufnahmetag? Zutreffende Zahl eintragen 1. lebe allein 2. mit (Ehe)Partner 3. mit (Ehe)Partner und anderen Personen 4. mit/bei Kindern 5. mit/bei anderen Verwandten 6. mit/bei Nichtverwandten 7. sonstiges _____		
7. Rückblick auf Wohngeschichte	In den letzten 5 Jahren war er/sie im Pflegeheim 0. Nein 1. Ja		
8. Wohndauer in jetziger Wohnung	Zugezogen innerhalb der letzten 2 Jahre 0. Nein 1. Ja		

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Minimum Data Set (MDS) – Häusliche Versorgung, Home Care (MDS-HC 2.0)

Klientenbeurteilung und Dokumentation

(Status in den letzten 3 Tagen, außer wenn anders vermerkt)

Bereich A: Beurteilung

1. Datum der Dokumentation	a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Jahr
2. Beurteilungsgrund	1. erste Beurteilung/Aufnahme 2. Wiederholung/Überprüfung des Pflegeplans 3. regelmäßige Beurteilung zum festgelegten Zeitpunkt 4. Kontrolle (innerhalb 30 Tage vor Pflegeunterbrechung) 5. Kontrolle nach Krankenhaus 6. Zustands-/Situationsveränderung 7. Andere				

Bereich B: Kognitive Fähigkeiten

1. Gedächtnis 3 Tage	a. Kurzzeitgedächtnis – Erinnerung nach 5 Minuten möglich 0. gute Erinnerung 1. Gedächtnisprobleme b. Prozedurales Gedächtnis – erinnert selbstständig richtige Abfolge von Aufgaben 0. gut 1. Probleme	<input type="text"/>
2. Alltägliche Entscheidungen 3 Tage	a. Klient(in) trifft Entscheidungen zum Tagesablauf (Aufstehen, Mahlzeiten, Kleiderwahl) 0. Unabhängig – Entscheidungen folgerichtig und sinnvoll 1. Teilweise abhängige Entscheidungen – einige Schwierigkeiten in neuen unbekannteren Situationen 2. Leichte Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit – unsichere Entscheidungen – braucht häufig Anleitung 3. Mittlere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit – braucht ständig Anleitung und Überwachung 4. Schwere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit – trifft selten oder nie Entscheidungen b. Verschlechterung der Entscheidungsfähigkeit im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	<input type="text"/>
3. Hinweise auf ein Delir 7 Tage	a. Plötzliches Aussetzen oder eine Veränderung geistiger Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung der Umgebung, Zusammenhänge) 0. Nein 1. Ja b. In den letzten 90 Tagen: Klient war unruhig oder desorientiert, brauchte Schutz oder Aufsicht 0. Nein 1. Ja	<input type="text"/>

= Tragen Sie Nummer oder Buchstaben ein a. = Wenn Buchstabenvorgabe, prüfen, ob zutreffend

Bereich C: Fähigkeiten der Kommunikation/des Hörens

1. Hören 3 Tage	(Mit Hörlilfe, falls benutzt) 0. Hör gut – normale Gespräche, Fernseher, Gespräche am Telefon 1. Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung 2. Hör nur in besonderer Situation – wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlicher sprechen 3. Stark beeinträchtigt – hört praktisch nichts	<input type="text"/>
2. Sich verständlich machen 3 Tage	Inhaltliche Ausdrucksfähigkeit – egal welcher Art 0. Ist immer verständlich 1. Ist meistens verständlich – hat ab und zu Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden 2. Ist manchmal unverständlich – hat öfter Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden 3. Ist häufig unverständlich – stark beschränkte Fähigkeit, sich zu äußern 4. Ist ausnahmsweise/nie verständlich	<input type="text"/>
3. Fähigkeit, andere zu verstehen	Sprachliches Verständnis – egal welcher Art 0. Versteht 1. Versteht meistens – versteht nicht immer die ganze Bedeutung 2. Misversteht manchmal – einfache Konversation ist nur mit Unterstützung möglich 3. Versteht selten – nur die einfachsten Mitteilungen 4. Versteht nur ausnahmsweise/nie	<input type="text"/>
4. Veränderungen der Kommunikation	Verschlechterung der Kommunikationsfähigkeit im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	<input type="text"/>

Bereich D: Sehfähigkeit

1. Sehen 3 Tage	(Mit guter Beleuchtung, falls benutzt mit Brille/Sehhilfen) 0. Gut – sieht kleine Details, einschließlich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen/Büchern 1. Leicht beeinträchtigt – sieht große Druckbuchstaben, keine gewöhnlichen Buchstaben 2. Mittel beeinträchtigt – unfähig Schlagzeilen zu lesen, aber erkennt Gegenstände 3. Stark beeinträchtigt – folgt mit den Augen, Gegenstandserkennung fraglich 4. Vollständig beeinträchtigt – blind, oder sieht nur Licht, Farben, Umrisse, folgt nicht mit den Augen	<input type="text"/>
2. Einschränkungen/Probleme beim Sehen	Seh/ sieht Ringe, Ränder (Halos), Vorhänge, Lichtblitze, sieht verschleiert (3 Tage) 0. Nein 1. Ja	<input type="text"/>
3. Veränderung des Sehens	Verschlechterung der Sehfähigkeit im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	<input type="text"/>

Bereich E: Stimmungslage und Verhalten	
1. Traurige oder ängstliche Stimmungslage	<p>0. Zeige sich nicht in den letzten 3 Tagen</p> <p>1. Zeige sich an 1 bis 2 Tagen der letzten 3 Tage</p> <p>2. Zeige sich täglich oder fast täglich</p> <p>a. Macht negative Äußerungen – z. B. „nichts hat einen Sinn“, „willingst du sterben?“ „bedauerst, dass er/sie so lange lebt“, „lass mich sterben!“</p> <p>b. Wiederholt verärgert über sich/andere – z. B. wegen Pflege</p> <p>c. Drückt unrealistische Ängste aus – z. B. Angst vor dem Verlassen, Ausgesetzt werden, Angst vor anderen</p> <p>d. Sorgt sich dauernd um eigene Gesundheit, beobachtet sich, sucht medizinische Hilfe</p> <p>e. Wiederholte ängstliche Beschwerden (nicht gesundheitsbezogen); will dauernd Aufmerksamkeit, braucht extrem häufig Rückversicherung</p> <p>f. Trauer, Schmerz, besorgte Mimik</p> <p>g. Weineförmlich, tränenüberströmt</p> <p>h. Rückzug von Aktivitäten, kein Interesse an langfristig gewohnten Aktivitäten, gewohnten Aktivitäten, Abkehr von Familie/Freunden</p> <p>i. Eingeschränkte soziale Aktivität/Kontakte</p>
2. Veränderungen der Stimmungslage	Die Stimmung verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen
3. Verhaltensauffälligkeiten	<p>Schätzen Sie das Verhalten der letzten 3 Tage ein</p> <p>0. Dieses Verhalten zeigte sich nicht</p> <p>1. Es zeigte sich, war leicht zu ändern</p> <p>2. Es zeigte sich und war nicht zu ändern</p> <p>a. Umherirren – (zielloses Herumgehen ohne Rücksicht auf Bedürfnisse oder Sicherheit)</p> <p>b. Verbale Aggressivität – (bedroht, verflucht andere)</p> <p>c. Körperliche Aggressivität – (schlägt, tritt, kratzt andere und belästigt sie sexuell)</p> <p>d. Sozial unangemessenes Verhalten – (lärm, schreit, gefährdet sich selbst, sexuelle Gesten/Praktiken und Ausziehen in der Öffentlichkeit; schmiert/wirft mit Kot oder Essen, honert, wühlt im Eigentum anderer)</p> <p>e. Widersteht sich der Behandlung/Pflege</p>
4. Verhaltensveränderung	<p>Verhalten verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen (oder seit der letzten Beurteilung) oder wird schlechter toleriert</p> <p>0. Nein</p> <p>1. Ja</p>

Bereich F: Soziale Rollen	
1. Teilnahme 3 Tage	<p>a. Umgang mit anderen Personen problemlos</p> <p>0. Ja</p> <p>1. Nein</p> <p>b. Berichtet/klagt über Konflikte mit Familie/Freunden</p> <p>0. Ja</p> <p>1. Nein</p>

Bereich G: Informelle Unterstützung	
1. Wichtigste Helfer	<p>(Person Nr. 1) (A) _____</p> <p>(Person Nr. 2) (B) _____</p> <p>e. Lebt mit Klientin im gemeinsamen Haushalt</p> <p>0. Ja</p> <p>1. Nein</p> <p>2. Keine informellen Helfer vorhanden (Wenn nicht vorhanden, weiter mit Bereich H)</p> <p>f. Beziehung zum Klienten</p> <p>0. Kind</p> <p>1. Partner</p> <p>2. Andere Verwandte</p> <p>3. Freund/Nachbar</p> <p>Hilft 0. Ja 1. Nein</p> <p>g. Durch Rat/emotionale Unterstützung</p> <p>h. Bei instrumentellen Verrichtungen – IADL</p> <p>i. Bei elementaren Verrichtungen – ADL</p> <p>Bei Bedarf: fähig und in der Lage, mehr zu helfen (pro Tag)</p> <p>0. Mehr als 2 Std.</p> <p>1. 1–2 Std.</p> <p>2. Nein</p> <p>j. Durch Rat/emotionale Unterstützung</p> <p>k. Bei instrumentellen Verrichtungen (IADL)</p> <p>l. Bei elementaren Verrichtungen (ADL)</p>
2. Situation des Helfers 7 Tage	<p>(Alles Zutreffende für informelle Hauptpflegeperson)</p> <p>Kann Pflege/Hilfe nicht fortsetzen (selbst krank)</p> <p>Bekommt zu wenig Unterstützung von anderen</p> <p>Fühlt sich überlastet, ist depressiv oder verärgert</p> <p>Nichts zutreffend</p>
3. Umfang von Hilfe in Stunden (gerundet)	<p>Dauer der Unterstützung/Hilfe von Familie, Freunden, Nachbarn in Stunden (Bezug: letzte 7 Tage)</p> <p>Gesamtstunden an 5 Werktagen</p> <p>Gesamtstunden an Samstag und Sonntag</p>

Bereich E: Stimmungslage und Verhalten	
1. Traurige oder ängstliche Stimmungslage	<p>0. Zeige sich nicht in den letzten 3 Tagen</p> <p>1. Zeige sich an 1 bis 2 Tagen der letzten 3 Tage</p> <p>2. Zeige sich täglich oder fast täglich</p> <p>a. Macht negative Äußerungen – z. B. „nichts hat einen Sinn“, „willingst du sterben?“ „bedauerst, dass er/sie so lange lebt“, „lass mich sterben!“</p> <p>b. Wiederholt verärgert über sich/andere – z. B. wegen Pflege</p> <p>c. Drückt unrealistische Ängste aus – z. B. Angst vor dem Verlassen, Ausgesetzt werden, Angst vor anderen</p> <p>d. Sorgt sich dauernd um eigene Gesundheit, beobachtet sich, sucht medizinische Hilfe</p> <p>e. Wiederholte ängstliche Beschwerden (nicht gesundheitsbezogen); will dauernd Aufmerksamkeit, braucht extrem häufig Rückversicherung</p> <p>f. Trauer, Schmerz, besorgte Mimik</p> <p>g. Weineförmlich, tränenüberströmt</p> <p>h. Rückzug von Aktivitäten, kein Interesse an langfristig gewohnten Aktivitäten, gewohnten Aktivitäten, Abkehr von Familie/Freunden</p> <p>i. Eingeschränkte soziale Aktivität/Kontakte</p>
2. Veränderungen der Stimmungslage	Die Stimmung verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen
3. Verhaltensauffälligkeiten	<p>Schätzen Sie das Verhalten der letzten 3 Tage ein</p> <p>0. Dieses Verhalten zeigte sich nicht</p> <p>1. Es zeigte sich, war leicht zu ändern</p> <p>2. Es zeigte sich und war nicht zu ändern</p> <p>a. Umherirren – (zielloses Herumgehen ohne Rücksicht auf Bedürfnisse oder Sicherheit)</p> <p>b. Verbale Aggressivität – (bedroht, verflucht andere)</p> <p>c. Körperliche Aggressivität – (schlägt, tritt, kratzt andere und belästigt sie sexuell)</p> <p>d. Sozial unangemessenes Verhalten – (lärm, schreit, gefährdet sich selbst, sexuelle Gesten/Praktiken und Ausziehen in der Öffentlichkeit; schmiert/wirft mit Kot oder Essen, honert, wühlt im Eigentum anderer)</p> <p>e. Widersteht sich der Behandlung/Pflege</p>
4. Verhaltensveränderung	<p>Verhalten verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen (oder seit der letzten Beurteilung) oder wird schlechter toleriert</p> <p>0. Nein</p> <p>1. Ja</p>

Bereich F: Soziale Rollen	
1. Teilnahme 3 Tage	<p>a. Umgang mit anderen Personen problemlos</p> <p>0. Ja</p> <p>1. Nein</p> <p>b. Berichtet/klagt über Konflikte mit Familie/Freunden</p> <p>0. Ja</p> <p>1. Nein</p>

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

e. An-/Auskleiden	Oberkörper: Pullover, Bluse, Hemd an-/ausziehen, zuknöpfen oder nach Ausz. wegräumen (inkl. Prothesenbefestigung)	
f. An-/Auskleiden	Unterkörper: Straßenkleider, Rock, Hose zuknöpfen, aus dem Schrank nehmen und wegräumen (inkl. Prothesenbefestigung)	
g. Essen/Trinken	Fähigkeit zu essen und zu trinken (abgesehen von Tischäten), einschließlich Sondenernährung	
h. Toilettenbenutzung	Benutzung der Toilette (des Nachstuhls, Urinals, Steckbeckens), hinsetzen/aufstehen, sich reinigen, wechseln von Einlagen, Stoma/Katheter handhaben, Kleider anziehen	
i. Persönliche Hygiene	Fähigkeit sich zu pflegen, zu kämmen, Zähne zu putzen, zu rasieren, zu schminken; Gesicht, Hände, Intimbereich zu waschen und abzutrocknen (ohne baden und duschen)	
j. Baden/Duschen	Wieweit war er/sie in den letzten 7 Tagen fähig, ein Vollbad, Sitzbad/Dusche zu nehmen (Rücken- und Haarewaschen ausgenommen)?	
3. Veränderung der ADL-Leistungsfähigkeit	ADL-Leistungsfähigkeit verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	
4. Hilfsmittel	0. Keine Hilfsmittel 1. Stock/Stöcke 2. Gehhilfen/Krücken 3. Rollator 4. Rollstuhl 8. Traf nicht zu (Zutreffende Zahl eintragen)	
5. Treppensteigen	Konnte der Klient in den letzten 3 Tagen Treppen bewältigen? (Treppenart ist nicht entscheidend.) 0. Hinauf und hinunter – ohne Hilfe 1. Hinauf und hinunter – mit Hilfe 2. Benutzt keine Treppe	
6. Ausdauer	a. In den letzten 30 Tagen: An wieviel Tagen einer Durchschnittswoche ging der Klient aus (auch kurze Ausgänge zählen, Grund ist ohne Bedeutung)? 0. Täglich 1. An 2 bis 6 Tagen pro Woche 2. Einmal pro Woche 3. Seltener (oder nie) b. Stunden der körperlichen Betätigung in den letzten 3 Tagen eintragen (Spazieren, Putzen, Gymnastik) 0. Zwei und mehr 1. Weniger als zwei	
7. Potenziale	Klientin glaubt, dass sie ihre Fähigkeiten verbessern könnte (ADL; Bewegung) Angehörige/Helfer glauben, dass die Klientin ihre Fähigkeiten verbessern könnte Gute Aussicht auf Besserung der derzeitigen Gesundheit und Funktionsfähigkeit Nichts Zureifend	a. b. c. d.

Bereich H: Körperliche Funktionsfähigkeit bei instrumentellen (IADL) und elementaren (ADL) Verrichtungen		(A)	(B)
IADL – Instrumentelle Fähigkeiten – bei Routineverrichtungen zu Hause und außerhalb (in den letzten 7 Tagen wahrnehmen konnte)		Schwierigkeitsgrad	
1. (A)	Selbstversorgungsfähigkeit (wie der Klient die Aktivitäten in den letzten 7 Tagen wahrnehmen konnte) 0. Unabhängig 1. Begrenzte Hilfe/zeitweilige Hilfe 2. Umfassende Hilfe – durchgängig und bei allen Verrichtungen erforderlich 3. Vollständige Abhängigkeit – nicht in der Lage, selbst auszuführen 8. Traf nicht zu	Fähigkeit	
(B)	Schwierigkeitsgrad für die Klientin – welche Schwierigkeit bereitet/würde die Aktivität der Klientin bereiten? 0. Keine 1. Mäßige – braucht Unterstützung, ist langsam, ermüdet stark 2. Große – ist dazu kaum in der Lage		
a. Essenszubereitung	Vorbereitung (auch der Zutaten), Kochen, Auftragen		
b. Hausarbeit	Abwaschen, Staubwischen, Bettenmachen, Aufräumen, Waschen		
c. Finanzielle Regelungen	Rechnungen bezahlen, Überweisungen/Schecks ausfüllen, Haushaltsbudget verwalten		
d. Medikamente	Einnehmen (Regelmäßigkeit wahren, Fläschchen öffnen, Dosierung abmessen)		
e. Telefonieren	Anrufen/Anrufe empfangen (mit technischen Hilfen, z. B. Telefon mit großen Zahlen, Verstärker)		
f. Einkaufen	Von Lebensmitteln und Haushaltswaren (z. B. Auswahl, Bezahlung)		
g. Verkehrsmittel	Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder des eigenen PKWs		
2. ADL Leistungsfähigkeit – (Durchschnittliche Leistung/Fähigkeit zur Selbstversorgung in den letzten 3 Tagen eintragen)	0. Unabhängig – Anleitung, geringe Hilfe 1–2 mal 1. Vorbereitung reicht – Zurechtlegen von Gegenständen (3mal oder öfter) 2. Aufsicht – Ermüdung, Anleitung 3- oder mehrmals, physische Unterstützung nur 1–2 mal 3. Begrenzte Hilfe – Klient beteiligt sich stark, erhält leichte Unterstützung (3mal oder öfter) und größere Hilfe an 1–2 Tagen in den letzten 3 Tagen 4. Verstärkte Hilfe – bei allen Aktivitäten wurde starkes Stützen oder Hilfe erforderlich; Klientin kann jedoch 50% oder mehr der Aktivitäten vollständig ausführen 5. Maximale Hilfe – Klientin kann weniger als 50% der Aktivitäten ohne erhebliche physische Unterstützung ausführen 6. Totale Abhängigkeit – vollständig auf fremde Hilfe angewiesen 8. Traf nicht zu		
Voricht: Vorbereitung und Ermüdung nicht vergessen; für Baden ist die Beobachtungszeit 7 Tage			
a. Bewegung im Bett	Hinlegen, Aufsitzen, Drehen, Lageveränderung		
b. Gehen, Transfer	Zwischen Einrichtungsgegenständen (zu Bett, Stuhl, Rollstuhl), in aufrechter Position (ausgenommen: Weg zur Toilette/zum Bad)		
c. Fortbewegung zu Hause	Bewegung (Gehen) zwischen den Räumen der Wohnung, des Hauses, Selbständigkeit im Rollstuhl		
d. Fortbewegung draußen	Bewegung außerhalb des Hauses/der Wohnung (Selbständigkeit im Rollstuhl)		

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

	<p>Sensorische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> r. Katarakt/Grüner Star <p>Psychiatrische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> s. Psychiatrische Diagnose <p>Infektionen</p> <ul style="list-style-type: none"> t. HIV-Infektion u. Lungentzündung/Pneumonie v. Tbc w. Harnwegsinfekt (in den letzten 30 Tagen) <p>Sonstige</p> <ul style="list-style-type: none"> x. Krebskrankungen (ausgenommen Hautkrebs) in den letzten 5 Jahren y. Diabetes z. Emphysem/COPD/Asthma aa. Nierenversagen ab. Schildrüsenkrankung (Über-/Unterfunktion) ac. Keine der angegebenen Erkrankungen vorhanden 	
	<p>2. Andere gegenwärtige Diagnosen ICD-9/ICD-10</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p>	

<p>Bereich I: Kontinenz in den letzten 7 Tagen</p>	
<p>1. Blasenkontrolle 7 Tage</p>	<p>a. Wie funktionierte die Blasenkontrolle in den letzten 7 Tagen (mit Hilfsmitteln, falls vorhanden, z. B. Katheter oder Verhaltenstraining)?</p> <p>0. Kontinent – vollständige Selbstkontrolle ohne Katheter oder Hilfsmittel</p> <p>1. Kontinent mit Katheter oder anderem Hilfsmittel – kein Urinverlust</p> <p>2. Meist kontinent – Inkontinenz höchstens 1 x wöchentlich</p> <p>3. Gelegentlich inkontinent – 2 und mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich</p> <p>4. Regelmäßig inkontinent – in der Regel täglich, Restkontrolle möglich (z. B. tagsüber)</p> <p>5. Inkontinent – kaum noch Kontrolle; mehrmals am Tag inkontinent</p> <p>8. Nicht beobachtbar</p> <p>b. Verschlechterung der Blasenkontrolle im Vergleich zum Status vor 90 Tagen</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>
<p>2. Hilfsmittel bei Urinkontinenz 7 Tage</p>	<p>Zutreffendes ankreuzen (7 Tage)</p> <p>Trägt Einlagen, Windeln, um das Durchmässen zu verhindern</p> <p>Hat einen Dauerkatheter</p> <p>Nichts zutreffend</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>
<p>3. Darmkontrolle 7 Tage</p>	<p>Wie funktionierte die Darmkontrolle in den letzten 7 Tagen (mit Hilfsmitteln, falls vorhanden)?</p> <p>0. Kontinent – vollständige Selbstkontrolle ohne Kolostomie oder Hilfsmittel</p> <p>1. Kontinent mit Kolostomie oder Hilfsmittel</p> <p>2. Meist kontinent – seltener als einmal pro Woche Stuhlinkontinenz</p> <p>3. Gelegentlich inkontinent – einmal pro Woche Stuhlinkontinenz</p> <p>4. Regelmäßig inkontinent – etwa 2 bis 3 x pro Woche</p> <p>5. Inkontinent – immer oder fast immer</p> <p>8. Nicht beobachtbar</p>

<p>Bereich K: Gesundheitszustand/Gesundheitsprävention</p>	
<p>1. Präventive Maßnahmen</p>	<p>Zutreffendes ankreuzen (für die letzten 2 Jahre)</p> <p>Durchgeführt:</p> <p>Blutdruckmessung</p> <p>Grippeimpfung</p> <p>Darm-/Stuhluntersuchung (okkultes Blut)</p> <p>Frauen: Brustuntersuchung/Mammographie</p> <p>Nichts zutreffend</p>
<p>2. Gesundheitsprobleme</p>	<p>(An mindestens 2 der letzten 3 Tage)</p> <p>Diarrhö/Durchfall</p> <p>Probleme beim Wasserlassen oder zu häufiges Wasserlassen (3 x und öfter pro Nacht)</p> <p>Fieber</p> <p>Appetitlosigkeit</p> <p>Übelkeit/Erbrechen</p> <p>Nichts zutreffend</p>
<p>3. Gesundheitsstörungen</p>	<p>(Innerhalb der letzten 3 Tage)</p> <p>Körperliche Gesundheit:</p> <p>Brustschmerzen (auch in Ruhe)</p> <p>Verspottung in 3 Tagen kein Stuhlgang</p> <p>Schwindel/Benommenheit</p> <p>Ödeme</p> <p>Kurzatmigkeit/Atemnot</p> <p>Probleme beim Einschlafen</p> <p>Probleme beim Durchschlafen</p> <p>Geistige Gesundheit:</p> <p>Sinnestäuschungen</p> <p>Halluzinationen, Wahnvorstellungen</p> <p>Nichts zutreffend</p>

<p>Bereich J: Krankheitsdiagnosen</p>	
<p>Erkrankungen, die vom Arzt diagnostiziert wurden und gegenwärtig den Patientenstatus beeinflussen, Behandlung oder Linderung erfordern. Tragen Sie auch ein, wenn der Patient wegen der Krankheit in den letzten 90 Tagen hospitalisiert oder ambulant behandelt wurde.</p> <p>Wenn nicht vorhanden, freilassen!</p> <p>1. Vorhanden, trotzdem keine Behandlung oder Krankenpflege durch Fachkraft</p> <p>2. Vorhanden, daher Behandlung oder Krankenpflege durch Fachkraft</p>	
<p>1. Krankheiten</p>	<p>Herz-Kreislauf</p> <p>a. Schlaganfall, Apoplex</p> <p>b. Herzinsuffizienz</p> <p>c. Herz-Kreislauferkrankung</p> <p>d. Hochdruckkrankung</p> <p>e. Unregelmäßiger Puls</p> <p>f. Periphere Gefäßerkrankung</p> <p>Neurologische Erkrankungen</p> <p>g. Alzheimerkrankung</p> <p>h. Andere demenzielle Erkrankung</p> <p>i. Schädelhirntrauma</p> <p>j. Hemiplegie/Hemiparese</p> <p>k. Multiple Sklerose</p> <p>l. Parkinson'sche Erkrankung</p> <p>Muskuloskeletale Erkrankungen</p> <p>m. Arthritis</p> <p>n. Oberschenkelhalsbruch</p> <p>o. Andere Knochenbrüche</p> <p>p. Osteoporose</p>

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

Bereich L: Ernährungsstatus/Flüssig-aufnahme	
1. Gewichtsveränderung	<p>a. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust um 5 % und mehr in den letzten 30 Tagen; oder 10 % und mehr in den letzten 180 Tagen</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. Schwere Unterernährung, kachektisch</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>c. Krankhafte Fettsucht</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>
2. Ernährung	<p>a. An mindestens 2 von 3 Tagen ab der Klient nur eine oder keine Mahlzeit pro Tag</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. In den letzten 3 Tagen erheblich weniger gegessen oder getrunken als gewöhnlich</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>c. Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme in den letzten 3 Tagen</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>d. Enterale Ernährung/Sonde</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>
3. Schlucken	<p>0. Normale Fähigkeit (sicher, effizient)</p> <p>1. Benötigt Spezialnahrung oder Hilfe bei festen Speisen</p> <p>2. Pürierte oder flüssige Nahrung</p> <p>3. Teils orale, teils Sondenernährung</p> <p>4. Orale Ernährung nicht möglich/nicht verabreicht</p>

Bereich M: Mund-/Zahnstatus	
1. Mund- und Zahnstatus 3 Tage	<p>Alles Zutreffende ankreuzen</p> <p>Kaus-/Schluckprobleme (Schmerzen beim Essen)</p> <p>Trockenheit des Mundes beim Essen</p> <p>Probleme beim Zähne-/Prothesenputzen</p> <p>Nichts Zutreffend</p>

Bereich N: Zustand der Haut	
1. Probleme	Hautveränderungen oder Hautprobleme, z.B. Juckreiz, Ausschlag, Abschürfungen, Blasen etc.
2. Geschwüre 3 Tage	<p>Irgendwo am Körper folgende Klassifikation ist beim Eintragen zu berücksichtigen</p> <p>1. Stadium: Dauerhafte Rötung</p> <p>2. Stadium: Partielle Oberhautverlust</p> <p>3. Stadium: Subkutanes Gewebe sichtbar, tiefe Krater</p> <p>4. Stadium: Muskel/Knochen sind freigelegt (0 = keine Geschwüre)</p> <p>a. Druckgeschwüre – Zerstörung wurde durch Druck verursacht; tiefenliegendes Gewebe ist angegriffen</p> <p>b. Staugeschwüre aufgrund mangelnder Blutzirkulation, in den unteren Extremitäten</p>
3. Andere Hautprobleme 3 Tage	<p>Alles Zutreffende ankreuzen</p> <p>Verbrennungen (zweiten und dritten Grades)</p> <p>Offene Läsionen, etwa bei Krebs (keine Ulcera und Schnittwunden)</p> <p>Haurisse, Schnittwunden (keine Operationswunden)</p> <p>Operationswunden</p> <p>Körner, Schwielen, Infektionen, Pilzkrankung</p> <p>Nichts Zutreffend</p>

4. Schmerzen	<p>a. Klage oder zeigte Schmerzen in den letzten 3 Tagen</p> <p>0. Nein (keine Schmerzen) 1. Täglich einmal 2. Mehrmals pro Tag 3. Selten als täglich</p> <p>b. Schmerzintensität</p> <p>0. Keine Schmerzen 1. Leichter Schmerz 2. Mittlerer Schmerz 3. Starker Schmerz 4. Fürchterliche Schmerzen (zumindest zeitweise)</p> <p>c. Nach Angaben des Klienten: Schmerzen behindern seine täglichen Verrichtungen</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>d. Lokalisierung/Charakter</p> <p>0. Keine Schmerzen 1. An einer Stelle 2. An mehreren Stellen</p> <p>e. Nach Angaben des Klienten: Schmerzen können medikamentös wirksam kontrolliert werden</p> <p>0. Ja oder keine Schmerzen 1. Keine vollständige Kontrolle möglich 2. Hat Schmerzen, nimmt keine Medikamente</p>
5. Sturzhaftigkeit	Anzahl der Stürze in den letzten 90 Tagen (oder seit der letzten Beurteilung) 0 = Kein Sturz 9 = Neun oder mehr
6. Sturzgefahr 3 Tage	<p>a. Unsichere Gangart, daher Sturzgefahr</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. Aus Furcht vor Sturz eingeschränkte Aktivität, daher Sturzgefahr</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>
7. Gewohnheiten: Trinken/Rauchen	<p>a. In den letzten 90 Tagen sollte/wollte er/sie das Trinken aufgeben (sowohl aus eigenem als auch fremdem Antrieb)</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. In den letzten 90 Tagen hatte er/sie Schwierigkeiten mit Alkohol, auch Entzugsschwierigkeiten</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>c. Raucht täglich</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>
8. Gesundheits- Indikatoren 3 Tage	<p>Klient bezeichnet seine Gesundheit als schlecht</p> <p>Körperliche/geistige Fähigkeiten, Stimmungslage, Verhalten, sind durch seine Krankheit beeinträchtigt</p> <p>Aufkommen latent vorhandener chronischer Probleme</p> <p>Behandlungsveränderung in den letzten 30 Tagen wegen akuter Krankheitsperiode</p> <p>Terminale Prognose – Klient hat weniger als 6 Monate zu leben (Meinung des Arztes oder Angehörigeninformation)</p> <p>Nichts Zutreffend</p>
9. Sonstige Anzeichen	<p>Fürchtet Familienangehörige/Helfer</p> <p>In der Regel schlechte Hygiene, schmutzig</p> <p>Ungelächerte Verletzungen, Knochenbrüche, blaue Flecken, Blasen, Verbrennungen</p> <p>Vernachlässigt, misshandelt</p> <p>Freiheitsbeschränkungen (physische) – gefesselt an Füßen, Bettgurten, Stuhl, der das Aufstehen nicht erlaubt, eingesperrt</p> <p>Nichts Zutreffend</p>

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

4. Frühere Ulcera	Hatte bereits Geschwüre, die aushielten (keine Zeitbegrenzung für Angaben) 0. Nein 1. Ja	a. b. c. d. e.
5. Wundpflege; Behandlung von Geschwüren	Zutreffendes ankreuzen (für 7 Tage) a. Antibiotika, lokal oder systemisch b. Abdeckung c. Operative Behandlung d. Anders, z.B. Hautabtragung, Druckentlastung, Ernährung, Repositionierung e. Nichts zutreffend	a. b. c. d. e.

Bereich O: Wohnumwelt

1. Probleme der Wohnumwelt	Kreuzen Sie alles Zutreffende an , falls Probleme/Gefahren in der Wohnung/ im Haus aufgetreten sind. Licht (zu schwach, fehlend, gefährliche Elektrizität) Fußböden/Teppiche (Stolpergefahren, Unebenheiten, Löcher im Fußboden) Bad/Toilette (funktioniert nicht, tropf-, Rohrbruch, glitschig, keine Halterungen, Außenabflüsse) Küche (gefährlicher Herd, Kühlschrank funktioniert nicht, ungeeigelt) Heizung und Lüftung (zu heiß im Sommer, kalt im Winter, Kohleheizung) Sicherheit (gewalttätige Umgebung, Kriminalität, gefährlicher Straßenverkehr) Erreichbarkeit des Hauses (steiler Aufgang, hohe Stufen) Erreichbarkeit der Wohnung/des Zimmers (steile Treppen, kein Fahrstuhl) Nichts Zutreffend	a. b. c. d. e. f. g. h. i.
2. Lebensweise und Wohnraumkonstellation	a. Veränderte sich wesentlich im Vergleich zur Situation vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja b. Klient oder Helfer glaubt, dass der Klient in einer anderen Umgebung besser aufgehoben wäre 0. Nein 1. Klient glaubt es 2. Helfer glaubt es 3. Beide glauben es	

Bereich P: Nutzung von Diensten

1. Versorgung/ Dienste ambulant 7 Tage	Umfang der berufsmäßigen ambulanten Versorgung in den letzten 7 Tagen oder seit der Krankenhausentlassung, falls vor weniger als 7 Tagen noch im Krankenhaus (jeweils gerundet auf 10 Min.)	(A) Tage	(B) Stunden	(C) Min.
	a. Hausl. Krankenpflege b. Pflege c. Hauswirtsch. Dienste d. Essen auf Rädern e. Besuchs- oder andere ehren-amtl. Dienste f. Physiotherapie (Krankengymn. Massage) g. Ergo-/Beschäftigungstherapie h. Logopädie i. Tages-/ Kurzzeitpflege j. Andere			

2. Behandlungsprogramme

Ambulante Behandlungen oder Programme, die in den letzten 7 Tagen entweder durchgeführt wurden oder fest angesetzt waren				
Nicht zutreffend, freilassen				
1. Angesetzt und nach Verschreibung durchgeführt				
2. Angesetzt, teilweise durchgeführt				
3. Angesetzt, nicht durchgeführt				
a. 0'-Gabe				o. Ergotherapie
b. Respirator für Unterstützung der Atmung				p. Physikalische Therapie
c. andere künstliche Beatmung/ Atmungsunterstützung				q. Tagespflege
d. Entzugstherapie (Alkohol/Drogen)				r. Tagesklinik
e. Blütransfusion/en				s. Hospizversorgung/hospizprogramm
f. Chemotherapie				t. Arztbesuche/Besuch in einer Klinikambulanz
g. Dialyse				u. Entlastungspflege
h. Infusion i. v. - zentrale				v. Intensivpflege mit EKG/Ausführüberwachung, täglich
i. Infusion i. v. - periphere				w. Intensivpflege mit EKG/Ausführüberwachung, nicht täglich
j. Injektionen/ Spritzen zur Medikation				x. Notruf/Sicherheitsruf
k. Stoma - Pflege				y. Hautbehandlung
l. Strahlentherapie				z. Spezialdiät
m. Tracheostomie - Pflege				aa. Nicht zutreffend
n. Bewusstnosterapie/				

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

5. Medikamente	
Verordnete und nicht verordnete Medikamente in den letzten 7 Tagen	
a. Name und Dosierung b. Verabreichung: Verwenden Sie die folgende Verkodung: 1 = oral (O) 2 = sublingual (SL) 3 = intramuskulär (IM) 4 = intravenös (IV) 5 = subkutan (SC) d. Häufigkeit: Verwenden Sie die folgende Verkodung: NBa = nach Bedarf 15a = jede Stunde 35a = jede 2 Stunden 45a = jede 3 Stunden 55a = jede 4 Stunden 65a = jede 5 Stunden 85a = jede 8 Stunden 4W = viermal pro Woche 5W = fünfmal pro Woche 6W = sechsmal pro Woche OO = jeden zweiten Tag 1M = einmal pro Monat 2M = zweimal pro Monat K = kontinuierlich A = anders	
a. Name und Dosierung	b. Verabreichung
c. Anzahl/Menge	d. Häufigkeit
a.	
b.	
c.	
d.	
e.	
f.	
g.	
h.	
i.	
j.	
k.	

Bereich R: Assessment-Information							
1. Unterschriften verantwortlicher Personen							
a) Koordinatorin							
b) Funktion der Koordinatorin							
c) Datum der Fertigstellung	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
d) Weitere Unterschriften	<table border="1"> <tr> <td>verantwortlich für Bereich</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	verantwortlich für Bereich	Datum				
verantwortlich für Bereich	Datum						

3. Durchführung von Maßnahmen 3 Tage	Wer führte folgende Maßnahmen vorwiegend durch? Eintragen 0. Keine dieser Maßnahmen 1. Klient selbst 2. Klient mit Anleitung 3. Teilweise Helfer/Pflegekräfte/Arzt 4. Vollständig Helfer/Pflegekräfte/Arzt a. Sauerstofftherapie b. Verabreichung von Spritzen/i.v. c. Katheterisierung d. Stoma-/Kolostomiepflege 0 = Keine, 9 = 9 und mehr
4. Krisenmanagement 90 Tage	a. Anzahl von Krankenhausaufenthalten (mit Übernachtung) b. Anzahl von Besuchen/Aufnahmen in die Notfallambulanz/Erste Hilfe (ohne Übernachtung) c. Andere Notfalldienste: Notfallpflege, Bereitschaftsarzt der KV
5. Behandlungsziele 90 Tage	Wurden die Behandlungs-/Pflegeziele (mindestens teilweise) in den letzten 90 Tagen erreicht? 0. Nein 1. Ja
6. Gesamtveränderungen	Selbständigkeit veränderte sich erheblich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Keine Veränderung 1. Verbesserung – benötigt weniger Unterstützung 2. Verschlechterung – benötigt mehr Unterstützung
7. Benachteiligung	Aus finanziellen Gründen erhielt die Klientin während des letzten Monats nicht die benötigte Pflege/Hilfe oder ärztliche Behandlung oder Medikation oder angemessene Ernährung oder Beheizung der Wohnung oder Hilfsmittel 0. Nein 1. Ja
Bereich Q: Medikation	
1. Anzahl der Medikamente 7 Tage	Anzahl verschiedener Medikamente, die in den letzten 7 Tagen eingenommen wurden, eintragen (0 = keine, 9 = 9 und mehr), auch selbstgekaupte Medikation
2. Psychopharmaka 7 Tage	Psychopharmaka in den letzten 7 Tagen 0. Nein 1. Ja a. Antipsychotika/Neuroleptika b. Angstreduzierende Mittel c. Antidepressiva d. Hypnotika
3. Überblick über Medikamente 7 Tage	Patientin besprach die gegenwärtige Medikation in den letzten 180 Tagen 0. Mit mindestens einem Arzt (oder keine Medikation derzeit) 1. Mit keinem Arzt
4. Compliance 7 Tage	Befolgt die Medikationsanweisungen vom Arzt (während der und zwischen den Arztbesuchen) 0. Immer 1. Etwa zu 80 % 2. Weniger als zu 80 % (vergisst Medikamente zu besorgen etc.) 3. Gegenwärtig keine verschriebene Medikation

Quelle: Garms-Homolová/Gilgen 2000.

9.3 Strukturbogen NRW-stationär

1. Nummer der Einrichtung

--

2. Trägerschaft

- Kommunale
- Wohlfahrtsverband
- Privat/Kommerziell

3. Gesamtzahl der Plätze

--

davon

- Pflegeheim
- Betreutes Wohnen
- Wohnheim
- Tages-, Kurzzeitpflege
- andere Formen

4. Wie viel % der Bewohner erhalten schätzungsweise

- Sachleistungen der Pflegeversicherung
- Sozialhilfe
- sind Selbstzahler

5. Anzahl der Mitarbeiter

- examinierte Pflegekräfte (Krankenschwester, Altenpfleger)
- Pflegehelfer/innen
- Mitarbeiter ohne formale Qualifikation in der Pflege
- Sozialarbeiter/innen
- Therapeut/innen

	Vollzeit	Teilzeit	<50% v. \	= 50% v. \	> 50%

Regelvollzeit in dieser Einrichtung beträgt

--

9.4 Strukturbogen NRW-ambulant

Nummer der Einrichtung

Trägerschaft

Kommunale

Wohlfahrtsverband

Privat/Kommerziell

Teil A: Bevölkerung im Einzugsbereich

A.1 Wie groß ist etwa der Einzugsbereich dieser Pflegeeinrichtung (Anzahl der Einwohner)

A.2 Anteil der Personen unter 65 Jahren an der Gesamtklientel dieses Pflegedienstes

A.3 Wie viele Klient/innen hatte dieser Dienst im Jahre 2003?

A.4 Schätzen Sie die Versorgungsdauer: Wie groß ist der Anteil von Klient/innen, die von diesem Pflegedienst kürzer als 2 Wochen versorgt werden?

von 3 bis 6 Wochen?

von 6 Monaten bis zu einem Jahr?

von mehr als einem Jahr?

A. 5 Anzahl der Neuaufnahmen im Jahre 2003?

Teil B: Angaben zur Einrichtung: Anzahl der Mitarbeiter

B.1.1 Pflegekräfte

Voll	Teil	< 50%	50%	> 50%

B.1.2 Kranken-/Altenpflegehelfer/innen

B.1.3 Hilfskräfte, Mitarbeiter ohne formale Qualifikation in der Pflege, Hauswirtschaftliche Kräfte, etc.

B.1.4 Physiotherapeut/innen, Krankengymnast/innen

B.1.5 Beschäftigungstherapeut/innen

B.1.6 Sozialarbeiter/innen

B.1.7 Informelle Helfer/innen (Ehrenamtliche etc.)

Regelvollzeit in dieser Einrichtung beträgt |

Teil B.2 Administrative Angaben

B.2.1 Werden „Richtlinien“ angewandt?

Meist	selten	gar nicht

B.2.2 Bietet dieser Pflegedienst eine Betreuung zwischen 22 und 24 Uhr?

B.2.3 Bietet dieser Pflegedienst eine Betreuung zwischen 4 und 6 Uhr an?

B.2.4 Bietet dieser Pflegedienst eine Wochenendbetreuung?

B.2.5 Werden Patient/innen im Krankenhaus besucht?

B.2.6 Nimmt dieser Pflegedienst an einem Überleitungsprogramm/Frühentlassungsprogramm teil?

B.2.7 Anleitung der Angehörigen?

B.2.8 Gibt es eine Wartezeit/eine Warteliste?

Wenn ja, durchschnittliche Anzahl der Wartetage

B.2.9 Bietet der Pflegedienst Klient/innen das Wiegen an?

B.2.10 Bietet der Pflegedienst die Fußversorgung der Diabetiker an?

B.2.11 Bietet der Pflegedienst eine Ernährungskontrolle an?

9.5 Pflegeplanungscheck (Muster)⁷¹

Alarmzeichen	Zutreffendes Ankreuzen					
	Bekannt	Dokumen- tiert	Berücksich- tigt im Pfl- geplan	Klar berücksich- tigt bei Zielformu- lierung	Klar berück- sichtigt bei Maßnahmen- wahl	Evaluation (vorgesehen / durchge- führt)
Hinweise auf ein Delir, B 5, Kod.2						
Umherirren, E4a=1,2,3						
Gleichgewicht G3 a = 2, 3						
Harnwegsinfekt, I2j						
Dehydratation, J1c						
Zu wenig Flüssigkeit, J1d						
Schwindel, 1f						
Schmerzen, J 2a=1,2, J 2b=2,3						
Klientin stürzte in den letz- ten 30 Tagen, J4a						
Schmerzen im Mund, K1c						
Gewicht bekannt, K2						
Gewichtsverlust, K3a=1						
Geschmacksveränderung, K4a						
Isst zu wenig, K4c						
Mund- und Zahnstatus, L1 a-f						
Fußprobleme, M 6 a-g						
Wann wach? N 1 a,b,d						
Anxiolytika /Antide- pressiva,O4b und O4c						
Diuretikum, O4e = 1 bis 7						
Fixierung , P4c = 1, 2						
Fixierung, Extremi-täten,P4d = 1, 2						
Andere Fixierung, P4e = 1, 2						

Falls Die Zielperson eine Pflegestufe hat, bitte ankreuzen: Pfl. Stufe 1 Pfl. Stufe 2

Pfl. Stufe 3 Härtefall hat keine Pfl.stufe

Letzte Eintragung vor Monaten

⁷¹ Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sind zu berücksichtigen.

9.6 Einverständniserklärung (Muster) für Bewohnerinnen und Klientinnen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Pflegedienst Teile meiner Pflegedokumentation **ohne** Namensnennung einer Untersuchung der Enquete-kommission des NRW-Landtags zur Verfügung stellt. Bei dieser Untersuchung geht es um das „Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln“.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Ich bestätige, dass ich über die Untersuchung mündlich und schriftlich informiert worden bin. Ich wurde unterrichtet, dass ich weitere Informationen erhalten kann, und weiß dass ich mein Einverständnis jederzeit zurückziehen kann.

Name (in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Datum
