

Literatur

Bruder, Jens, Rolf Meyer, Lothar Voss; unveröffentlichter Zwischenbericht aus dem Modellversuch Pflegestufenbestimmung; Hamburg 1996

Handbuch der örtlichen Sozialplanung; hrsg. v. Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge; Frankfurt/M. 1986

Katz, Sidney u.a.; Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function; Journal of the American Medical Association (1963), S. 94 - 99

Klemm, Harald; Dokumentation und Arbeitsorganisation; Altenheim (1995), S. 442 - 447

Krohwinkel, Monika; Forschungsdesign und ausgewählte Ergebnisse des Modellprojekts; in: dies. (Hg.): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 12; Baden Baden 1992, S. 22 - 38

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.); Resident Assessment Instrument (RAI) – System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation; Köln 1996

Landeshauptstadt Stuttgart; Resolution des Gemeinderates der Landeshauptstadt Stuttgart zur Pflegeversicherung; Schreiben des Sozialamtes vom 1.7.1996

Lawton MP, Brody EM; Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living; Gerontologist 185. Jg. (1969), S. 179 - 186

Mahoney, Florence I., Dorothea W. Bartel; Functional Evaluation: The Barthel-Index; Maryland State Medical Journal 14 J. (1995), S. 61 - 65

Matthesius, Rolf-Gerd u.a.; ICDH. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps; dt. Fassung; Wiesbaden 1995

Schneekloth, Ulrich, Peter Potthoff; Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten; Stuttgart u.a. 1993

Wahl, Hans-Werner; Kompetenzeinbußen

im Alter: Eine Auswertung zu "Activities of Daily Living" und Pflegebedürftigkeit; Zeitschrift für Gerontologie 26 Jg. (1992), S. 366 - 377

Wahl, Hans-Werner, Margret M. Balthes; Die soziale Umwelt alter Menschen: Entwicklungsanregende oder -hemmende Pflegeinteraktionen? Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 22 Jg. (1990), S. 266 - 283

Wetzels P., W. Greve; Alte Menschen als Opfer familiärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 Jg. (1996), S. 191 - 200

Wetzler, Rainer; Möglichkeiten und Grenzen des ADL/IADL-Konzeptes (Activities/Instrumental Activities of Daily Living) für die Beschreibung der Alltagseinschränkungen und Alltagskompetenzen von Menschen mit Behinderungen; Sozialw. Diss.; Tübingen 1995

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 28 Jg. (1995), Heft 1 und 2

Beeinträchtigungen bei AntragstellerInnen für Leistungen aus der Pflegeversicherung

Sabine Bartholomeyczik, Eva-Maria Ulmer, Monika Linhart, Gesine Schumann, Peter Tuschen

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik referierte während der Tagung Ergebnisse einer an der Fachhochschule Frankfurt durchgeführten Sekundäranalyse von Pflegegutachten des MDK Hessen. Dabei ging es um die Frage, welche Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen gegenwärtig entscheidend für die Einstufung in eine der drei Pflegestufen sind. Aus den Ergebnissen lassen sich u.a. Schlüsse für die Verbesserung der Pflegebegutachtung ziehen.

Übersicht

- Einführung
- Fragestellung
- Einige methodische Bemerkungen
- Population
- Ausprägungen der Beeinträchtigungen
- Gemeinsames Auftreten von Beeinträchtigungen
- Beeinträchtigungen und Zuordnung zu den Pflegestufen
- Diskussion

Einführung

Die Begutachtungsdaten bei Anträgen auf Zahlungen aus den Pflegekassen stellen erstmalig in der BRD ein umfangreiches Datenmaterial dar, das unabhängig von gezielt durchgeführten Untersuchungen Auskunft über pflegerelevante Gesundheitsprobleme

dieser AntragstellerInnen geben kann. Umso mehr störte es, daß Auswertungen der Begutachtungsdaten auf diese Grundlagen kaum oder gar nicht eingehen, sondern evtl. medizinische Diagnosen vorstellen oder die Verteilung auf Pflegestufen; aber eben ohne die Darstellung der Bandbreite der Beeinträchtigungen.

Ausgangspunkt der hier vorgestellten deskriptiven Auswertung war die Frage, ob die Begutachtungsdaten Hinweise darauf geben können, welche prioritären Pflegeprobleme vorhanden sind, um damit auch Schlüsse für die notwendigen Kompetenzen Pflegenden ziehen zu können. Mit dieser Fragestellung hat zu tun, daß sich die vorliegende erste Analyse vor

allem mit den eher funktionalen Beeinträchtigungen beschäftigt, die im Begutachtungsbogen als „Funktionelle Einschränkungen“ und „Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) bezeichnet werden. In dem folgenden Text werden sie gemeinsam als Beeinträchtigungen bezeichnet.

Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt zwar anhand der im Gesetz beschriebenen sogenannten Verrichtungen, der Hilfebedarf nach „Art, Häufigkeit, zeitlichem Umfang und Prognose“ allerdings soll nach den genannten individuellen Ausprägungen von funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen erfolgen, wie es in den Begutachtungs-

richtlinien heißt (MDS 1997: 33). Gerade die ATL wirken in dem, sozialmedizinischer Begutachtungstradition folgenden, Bogen wie ein Fremdkörper, mit dem nach eigenen Aussagen viele ärztliche GutachterInnen zumindest anfangs erhebliche Schwierigkeiten hatten. Das Kategoriensystem der ATL stammt ursprünglich aus einem britischen Pflegemodell (Roper et al. 1993) und hat Eingang in eines der am meisten verbreiteten Pflegelehrbücher deutscher Sprache gefunden (Juchli 1994).

Fragestellung

Drei Fragen sollen hier untersucht werden:

1. Welche der genannten Beeinträchtigungen (hierunter sind sowohl die ‚funktionellen Einschränkungen‘ als auch die ‚Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens‘ zu verstehen) sind bei den AntragstellerInnen stark ausgeprägt, welche weniger?

2. Welche der genannten Beeinträchtigungen treten meist gemeinsam auf, d.h. welche sind untereinander eng verbunden? Lassen sich verschiedene Faktoren isolieren?

3. Welche der genannten Beeinträchtigungen sind – rein rechnerisch – für die Einstufung in Pflegestufen besonders wichtig, welche weniger?

Einige methodische Bemerkungen

Gegenstand der Analyse sind

(a) die vier „Funktionellen Einschränkungen“, die sich beziehen auf – den Stütz- und Bewegungsapparat (V421),
– die Inneren Organe (V422),
– die Sinnesorgane (V423) sowie
– das ZNS und die Psyche (V424).
Anzugeben war hier jeweils, ob die Einschränkungen nicht vorhanden, mäßig, schwer oder als Funktionsausfall zu werten sind. (V plus drei- oder vierstellige Ziffer ist die Kurzvariablenbezeichnung).

(b) Zum zweiten die elf „Fähigkei-

ten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL), als da sind:
– vitale Funktionen aufrecht erhalten können (V431),
– sich situativ anpassen können (V432),
– für Sicherheit sorgen können (V433),
– sich bewegen können (V434),
– sich sauberhalten und kleiden können (V435),
– essen und trinken können (V436),
– ausscheiden können (V437),
– sich beschäftigen können (V438),
– kommunizieren können (V439),
– ruhen und schlafen können (V4310) sowie
– soziale Bereiche des Lebens sichern können (V4311).

Die Beurteilung war vorzunehmen nach selbständig, bedingt selbständig, teilweise selbständig, unselbständig.

Die Datengrundlage besteht aus Begutachtungsdaten, die zwar in großen Teilen standardisiert erhoben wurden, aber nicht mit dem Ziel einer quantitativen Auswertung, wie sie bspw. in Forschungsarbeiten durchgeführt werden. Dazu gehört auch, daß das Erhebungsinstrumentarium nicht zum Zwecke solcher Auswertungen geschaffen wurde. Schließlich muß bedacht werden, daß die Gutachten oftmals weitaus mehr Informationen über die funktionalen Einschränkungen und die Lebensaktivitäten in Form von Freitext enthalten, die nicht in die Datenanalyse aufgenommen wurden. Die quantitative Auswertung verwendet hier nur standardisiert Erhobenes als Basis.

Aus diesen Gründen lassen die Daten keine allzu detaillierten und feingliedrigen Auswertungen zu, sondern müssen auf einer relativ groben Oberfläche bleiben.

Ausgewertet wurden sie mit dem Programmpaket SPSS, wobei vornehmlich parametrische Verfahren angewandt wurden: Neben Mittelwerten die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson und darauf aufbauend eine Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation. Dies wurde als gerechtfertigt angesehen, da die im Mittelpunkt stehenden Variablen alle gleichermaßen einer vierstufigen Skalierung unterliegen, extreme „Ausreißer“

also nicht möglich sind. Hier wurde auch die in den Sozialwissenschaften begründete Vorgehensweise aufgegriffen, wonach ordinal skalierte Skalen als Intervallskalen ausgewertet werden können, ohne daß dies zu „nennenswerten Verzerrungen der Analyseergebnisse führt“ (Eirmbter et al. 1996: 102).

Eingegeben wurden die Daten von Monika Linhart, Studentin im Studiengang Pflege an der FH in Frankfurt. Sie hat auch die inhaltlichen Berechnungen mit Hilfe des SPSS nach entsprechenden Vorgaben durchgeführt. Ermöglicht wurde dies durch die finanzielle Förderung des DV Pflegewissenschaft.

Population

Die vorliegende Auswertung bezieht sich ausschließlich auf AntragstellerInnen für *häusliche Pflege* aus Hessen im Zeitraum von Januar bis Ende Juni 1996 (vgl. Tab. 1). Die Daten stellen eine etwa 3%ige Zufallsstichprobe aller eingegangenen Anträge dar, das sind 1078 Fälle.

Die Altersverteilung in Tab. 1 zeigt, daß etwa ein Viertel der AntragstellerInnen 81-85 Jahre alt sind, insgesamt sind nahezu die Hälfte älter als 80 Jahre. Jüngere AntragstellerInnen unter 30 Jahren machen etwa 6% der Stichprobe aus.

Tab. 1: Population der Stichprobe: Begutachtungen des MDK Hessen, Häusliche Pflege, Jan. bis Juni 1996

Insgesamt 1078 Personen		
a. unterteilt nach Altersgruppen		
1 - 60 Jahre	175	16 %
61 - 70 Jahre	100	9 %
71 - 75 Jahre	122	11 %
76 - 80 Jahre	137	13 %
81 - 85 Jahre	255	24 %
86 - 90 Jahre	184	17 %
> 90 Jahre	77	7 %
b. unterteilt nach Geschlecht		
Frauen	682	63 %
Männer	365	34 %

Fast zwei Drittel sind Frauen. Insbesondere bei den Altersgruppen der 81-90-Jährigen sind die Frauen weit überrepräsentiert, unter den Hochbetagten über 90-Jährigen sind beide Geschlechter entsprechend ihrer Gesamtanteile zu finden. Bei den Jüngeren unter 60-Jährigen dagegen sind die Männer deutlich überrepräsentiert.

Hinsichtlich der Verteilung auf die Pflegestufen lassen sich in den Gutachterergebnissen nur geringe Unterschiede zwischen Hessen und der gesamten BRD feststellen. Die Zeiträume sind allerdings nicht ganz identisch (vgl. Tab. 2).

Ausprägungen der Beeinträchtigungen

Um den durchschnittlichen Schweregrad der Beeinträchtigungen festzustellen, wurden von allen genannten Variablen Mittelwerte berechnet und

in der Rangfolge dieser Mittelwerte sortiert (vgl. Abb. 1).

Hierbei zeigt sich, daß im Durchschnitt aller AntragstellerInnen die Beeinträchtigung im Bereich „sauberhalten und kleiden“ am stärksten ausgeprägt ist. An zweiter Stelle folgt das Problem, „soziale Bereiche des Lebens sichern“ zu können, danach die Einschränkungen, die mit der Mobilität verbunden sind. Nach der niedergelegten Meinung der GutachterInnen sind Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit den „vitalen Funktionen“ am geringsten, kaum mehr Probleme gibt es mit „ruhen und schlafen“ und fast ebensowenig mit „kommunizieren“.

Auch wenn diese Beeinträchtigungen nicht direkt die Einstufung in Pflegestufen begründen, so sind sie dennoch als indirekte Grundlage dafür wesentlich. Daher ist ein Vergleich mit den einstufigsrelevanten Verrichtungen, die den gesetzlich definierten Hilfebedarf bestimmen,

sinnvoll. Dieser Hilfebedarf richtet sich an vier verschiedenen Verrichtungsbereichen aus:

1. Verschiedene Dimensionen der Körperpflege, unter die auch das „Darm-/Blasenentleeren“ subsumiert wird,
2. Ernährung,
3. Mobilität, inklusive An- und Auskleiden und schließlich
4. hauswirtschaftliche Versorgung.

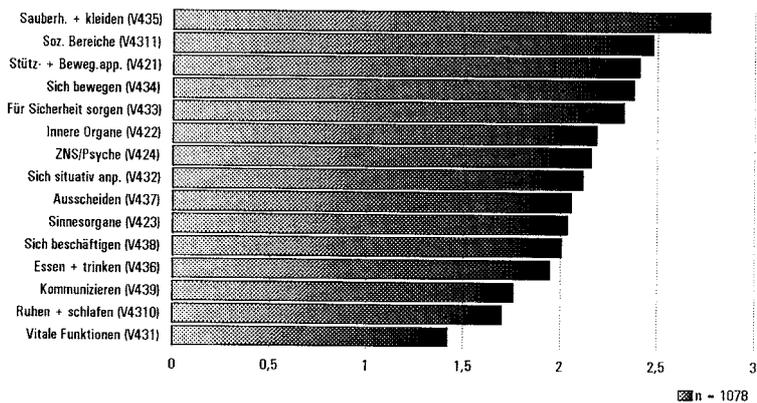
Letztere wird nicht ohne den sonstigen pflegerischen Hilfebedarf finanziert und wird, da er nicht zum pflegerischen Hilfebedarf im engeren Sinne gehört, hier zunächst nicht weiter berücksichtigt.

Im Vergleich zu der Rangfolge der Beeinträchtigungen (vgl. Abb. 1) fällt auf, daß dort an zweiter Stelle mit der Sicherung sozialer Bereiche ein für die Verrichtungen irrelevantes Element auftaucht. Gleiches gilt für die an fünfter Stelle stehende Sorge für Sicherheit. Auch die Beeinträchtigung im Bereich „sich situativ anpassen“ ist mit einer mittleren Stelle in der Rangfolge durchschnittlich stärker ausgeprägt als bspw. Einschränkungen im Bereich „essen und trinken“.

Da im allgemeinen die Auffassung besteht, daß die Intensität von Beeinträchtigungen mit dem Alter steigt, wird in Abb. 2 dargestellt, wie sich die Mittelwerte der verschiedenen Altersgruppen zueinander verhalten. Wegen ihrer häufig mit den anderen Gruppen schwer vergleichbaren Situation wurde die Gruppe der unter 60-Jährigen nicht berücksichtigt. Dabei zeigt sich, daß bis zum Alter von 90 Jahren kaum durchgängig interpretierbare Unterschiede zu finden sind. Anders sieht es bei den Hochbetagten über 90-Jährigen aus, die mit geringen Ausnahmen („Innere Organe“, „ruhen und schlafen“, „vitale Funktionen“) deutlich gravierendere Beeinträchtigungen aufweisen als die übrigen Altersgruppen. Mit den vorliegenden Daten kann nicht erklärt werden, warum ausgerechnet bei der medizinischen Beurteilung der inneren Organe keine Altersunterschiede zu finden sind. Es bleibt abzuwarten, ob tatsächlich mit steigender Lebenserwartung der relative (!) Anteil Pflegebedürftiger bezogen auf die jeweilige Altersgruppe steigt.

Abb. 1: Beeinträchtigungen insgesamt

Anträge Häusliche Pflege, MDK Hessen, I - XI 1996
(Rangfolge Mittelwerte)

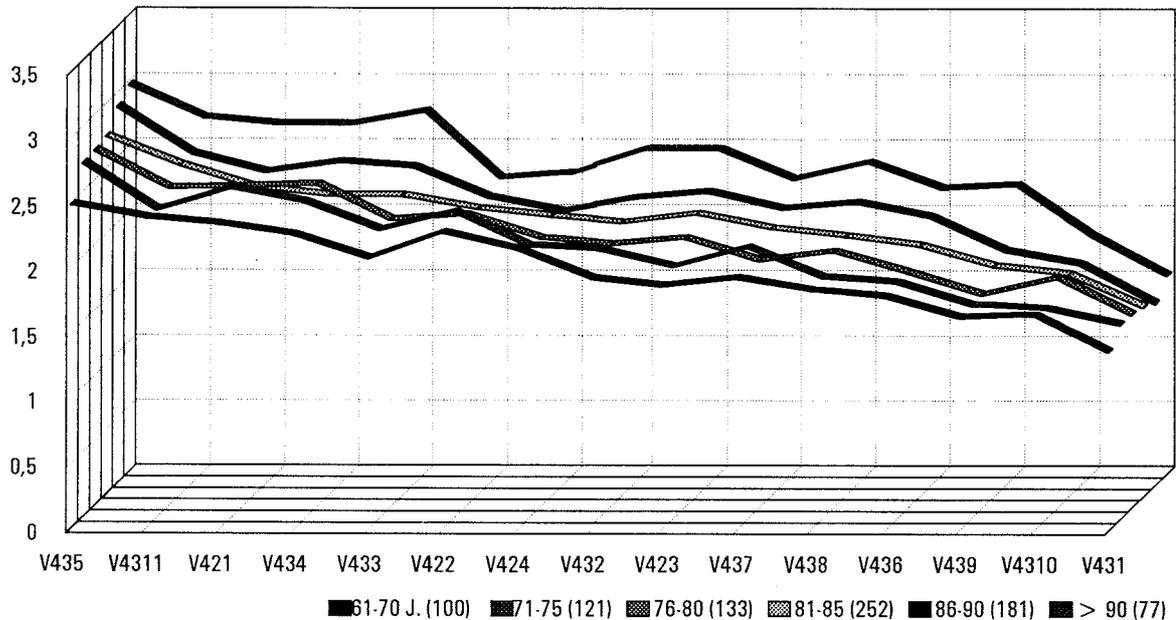


Tab. 2: Vergleich der Einstufungen in Pflegestufen Hessen und BRD 1996

Pflegestufe	Hessen Jan. - Juni 1996 (Stichprobe)		BRD bis 30.11.1996
	absolut	anteilig	anteilig
Pflegestufe 0	262	24 %	29 %
Pflegestufe 1	385	36 %	35 %
Pflegestufe 2	298	28 %	26 %
Pflegestufe 3	123	11 %	11 %

Abb. 2: Beeinträchtigungen nach Altersgruppen

Anträge Häusliche Pflege, MDK Hessen, I - XI 1996
(Rangfolge Mittelwerte insg.)



Bartholomeyczik, Mai 1997

Tab. 3: Zusammenhänge zwischen Funktionellen Einschränkungen und Aktivitäten des täglichen Lebens
Anträge Häusliche Pflege, MDK Hessen, Jan. - Juni 1996 (Korrelationsmatrix)

Funkt. Einschr.	V422	V423	V424	V431	V432	433	V434	V435	V436	V437	V438	V439	V4310	V4311
V421 Stütz/Bew.	0,27	0,12	0,22	0,16	0,22	0,25	0,59	0,41	0,30	0,42	0,21	0,15	0,32	0,19
V422 Innere Org.	0,15	0,08	0,32	0,12	0,13	0,28	0,24	0,19	0,28	0,17	0,06	0,26	0,12
V423 Sinnesorg.	0,15	0,18	0,17	0,15	0,09	0,15	0,15	0,12	0,18	0,23	0,17	0,14
V424 ZNS/Psy.	0,16	0,54	0,55	0,28	0,47	0,43	0,43	0,54	0,49	0,39	0,46
Akt. tägl. Leb.														
V431 Vitale F.	0,23	0,20	0,26	0,29	0,29	0,28	0,25	0,22	0,29	0,21
V432 situativ anp.	0,77	0,37	0,55	0,49	0,53	0,70	0,58	0,45	0,52
V433 Sicherheit	0,43	0,61	0,50	0,55	0,68	0,54	0,46	0,57
V434 bewegen	0,60	0,46	0,52	0,42	0,29	0,38	0,30
V435 saub./kleiden	0,57	0,60	0,55	0,45	0,44	0,48
V436 essen/trinken	0,54	0,51	0,47	0,41	0,41
V437 ausscheiden	0,51	0,43	0,49	0,38
V438 beschäftigen	0,62	0,48	0,53
V439 kommuniz.	0,38	0,44
V4310 ruh./schlaf.	0,35
V4311 Soz. Ber.

Gemeinsames Auftreten von Beeinträchtigungen

Tabelle 3 enthält eine Korrelationsmatrix aller Beeinträchtigungen untereinander, um festzustellen, inwieweit sie miteinander zusammen

hängen. Hierbei ist 0,00 = kein Zusammenhang, 1,00 = totaler Zusammenhang; also je höher die Zahl nach dem Komma, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen zwei Variablen.

Es zeigt sich, daß die höchsten

Zusammenhänge von „sich situativ anpassen“ mit den Variablen „für Sicherheit sorgen“ und „sich beschäftigen“ auftreten. Insgesamt weist „sich situativ anpassen können“ mit fast allen ATL und der sozialmedizinischen Beurteilung zu „ZNS/Psyche“ bedeutsame Zusammenhänge auf.

„Sich situativ anpassen können“ wird in den Begutachtungsrichtlinien folgendermaßen beschrieben:

„Diese Aktivität (...) beinhaltet die Fähigkeit, z.B.

- auf äußere Bedingungen und deren Veränderung adäquat reagieren zu können,
- sich den klimatischen Erfordernissen entsprechend kleiden zu können,
- sich in gegebenen Situationen adäquat verhalten zu können, z.B. auch die Fähigkeit, Wünsche zu äußern und Hilfe einzuholen.“ (MDS 1995: 22)

Bei dieser Dimension handelt es sich also eindeutig um einen Indikator für eine *Orientierungsfähigkeit*.

Insgesamt gilt für mehrere Indikatoren der Orientierungsfähigkeit, daß sie mit vielen anderen Beeinträchtigungsarten eng verbunden sind. Hervorzuheben ist hier die Bedeutung des Items „für Sicherheit sorgen können“, das ebenfalls mit sehr vielen anderen Lebensaktivitäten in enger Verbindung steht. In den Begutachtungsrichtlinien wird diese Variable wie folgt definiert: „Hierzu ist die Fähigkeit zu rechnen, Risiken für die Integrität des eigenen Körpers und anderer Personen zu vermeiden, z.B. durch intakte Orientierungs- und Entscheidungsfähigkeit.“ (MDS 1995: 23).

Sehr geringe Zusammenhänge finden sich vor allem bei den „Funktionellen Einschränkungen“, hier wieder vorrangig bei den Inneren und den Sinnesorganen. Das würde bedeuten, daß Einschränkungen auf diesen Gebieten mit keinerlei sonstigen (hier analysierten) Beeinträchtigungen einhergehen. Hier sollte ebenfalls die Beschreibung aus der Begutachtungsanleitung als Hilfe zur Interpretation herangezogen werden. Darin heißt es bei „Innere Organe“: „Funktionseinschränkungen der Atmungsorgane, der Luftwege, des Kreislauf- und Gefäßsystems, der Verdauungsorgane sowie der Nieren und ableitenden Harnwege, soweit diese Auswirkungen auf den Hilfebedarf bzw. die Rehabilitationsmöglichkeiten haben, sind anzugeben. Hautveränderungen, insbesondere bei Dekubitus, sind mit der Ausprägung der Befunde (...) anzugeben.“ (MDS 1995: 19) Würde diese

Begutachtungsanleitung im Hinblick auf die „Auswirkungen auf den Hilfebedarf“ ernst genommen, wären Zusammenhänge zu Aktivitäten des Lebens zu erwarten. Hier kann nur vermutet werden, daß dieses Ergebnis ein Indikator für die tradierte medizinische Sichtweise ist, die ja zunächst ohne Berücksichtigung des Hilfebedarfs Organschädigungen bewertet. Im Hinblick auf die Tatsache, daß etwa 80% der Gutachten durch ÄrztInnen erstellt wurden, erscheint dieses plausibel.

Wegen der relativen Unübersichtlichkeit der Korrelationsmatrix wurde ein Datenreduktionsverfahren gewählt, um die Interkorrelationen besser sichtbar machen zu können.

Dazu wurde die Faktorenanalyse mit einem Varimax-Rotationsverfahren verwendet (vgl. Tab. 4). Um keine Überbewertung der numerischen Größe von Faktorenladungen zu provozieren, wurden stattdessen Kreuze eingefügt: Zwei Kreuze für eindeutige hohe Faktorenladungen, ein Kreuz,

wenn auf einem anderen Faktor eine ähnlich hohe Ladung vorhanden ist, Kreuze in Klammern bedeuten sichtbar niedrigere Ladungen, die allerdings noch eine bedeutsame Höhe erreichen.

Es lassen sich drei Faktoren herauskristallisieren: Der erste umfaßt 9 der 15 Items und kann 43% der Gesamtvarianz binden. Nahezu die Hälfte aller Unterschiedlichkeiten in den Ausprägungen der Beeinträchtigungen sind also durch diesen ersten Faktor verursacht. Die wichtigsten Variablen dieses Faktors sind „sich situativ anpassen“, „für Sicherheit sorgen“, „sich beschäftigen“, „kommunizieren“, „ZNS/Psyche“, „soziale Bereiche des Lebens sichern“. Nicht eindeutig zwischen zwei Faktoren unterscheiden die Variablen „sich sauber halten und kleiden können“, „essen und trinken können“, „ruhen und schlafen können“. Wegen der ersten fünf bestimmenden Variablen wurde dieser Faktor als „Orientierung-Plus“ bezeichnet. Der Zusatz „-Plus“ soll kennzeichnen, daß außer

Tab 4: Gemeinsame Dimensionen von Funktionellen Einschränkungen und Aktivitäten des Lebens
Anträge Häusl. Pflege MDK Hessen, 1 - 6, 1996
(Faktorenanalyse, Varimax-Rotation)

	Faktor 1 „Orientierung+“	Faktor 2 „Mobilität“	Faktor 3 „Sonstiges“
V432 situativ anp.	++		
V433 Sicherheit	++		
V438 beschäftigen	++		
V439 kommuniz.	++		
V424 ZNS/Psy.	++		
V4311 Soz. Ber.	++		
V435 saub./kleiden	+.....	+	
V436 essen/trinken	+.....	+	
V3210 ruh./schlaf.	+.....	(+).....	(+)
Varianz	43 %		
V421 Stütz/bewe.	++	
V434 bewegen	++	
V437 ausscheiden	+.....	+	
Varianz		10 %	
V423 Sinnesorg.	++
V431 Vitale F.	+.....	++
V422 Innere Org.	+.....	(+).....	(+)
Varianz			7 %

den offensichtlichen Orientierungsdimensionen auch noch andere Fähigkeiten betroffen sind. Festzuhalten bleibt, daß nicht eine einzige der eindeutig den Faktor charakterisierenden Variablen direkt die den Hilfebedarf definierenden Verrichtungen betrifft.

Ein zweiter Faktor betrifft ganz offensichtlich die Mobilität, mit der teilweise die Fähigkeit zur Ausscheidung verbunden ist. Dieser Faktor bindet allerdings nur noch 10% der Gesamtvarianz.

Als Rest bleibt ein Faktor, der vor allem durch geringe Variabilität gekennzeichnet ist und inhaltlich nicht gemeinsam zu interpretieren ist. Interessanterweise enthält er die beiden Variablen „Innere Organe“ und „Sinnesorgane“.

Dieses Ergebnis läßt vor allem zwei Interpretationsmöglichkeiten:

1. Es gibt eigentlich nur einen großen und einen kleineren Bereich, der relevant ist für Pflegebedürftigkeit. Mehr braucht demzufolge auch nicht erfaßt zu werden.

2. Das Instrumentarium ist so grob, daß es ein differenzierteres Bild nicht zuläßt und von daher notwendigerweise alles mit allem zusammenhängen muß.

Plausibel scheinen Teile beider Möglichkeiten zu sein. Weitere Überlegungen dazu finden sich im Abschnitt „Diskussion“.

Beeinträchtigungen und Zuordnung zu den Pflegestufen

In Abb. 3 sind die Beeinträchtigungen in der Rangfolge ihrer durchschnittlichen Ausprägung aufgeführt mit den Mittelwerten der vier Pflegestufen. Ausnahmenslos alle Beeinträchtigungswerte unterscheiden sich nach den Pflegestufen. Auffallend ist jedoch, daß einige Variablen große Unterschiede aufweisen, andere wiederum nicht. Ganz besonders gering sind die Unterschiede bei den funktionellen Einschränkungen der Sinnesorgane und bei denen der Inneren Organe. Hier zeigt sich wieder, daß zumindest

diese beiden funktionellen Einschränkungen keineswegs pflegerelevant gewertet wurden. Andererseits gibt es einige Variablen, die auffallend große Unterschiede zwischen den Pflegestufen aufweisen, als da sind: „Für Sicherheit sorgen“, „ausscheiden“, „sich beschäftigen“. Nicht zufällig gehören diese Items zu den ATL.

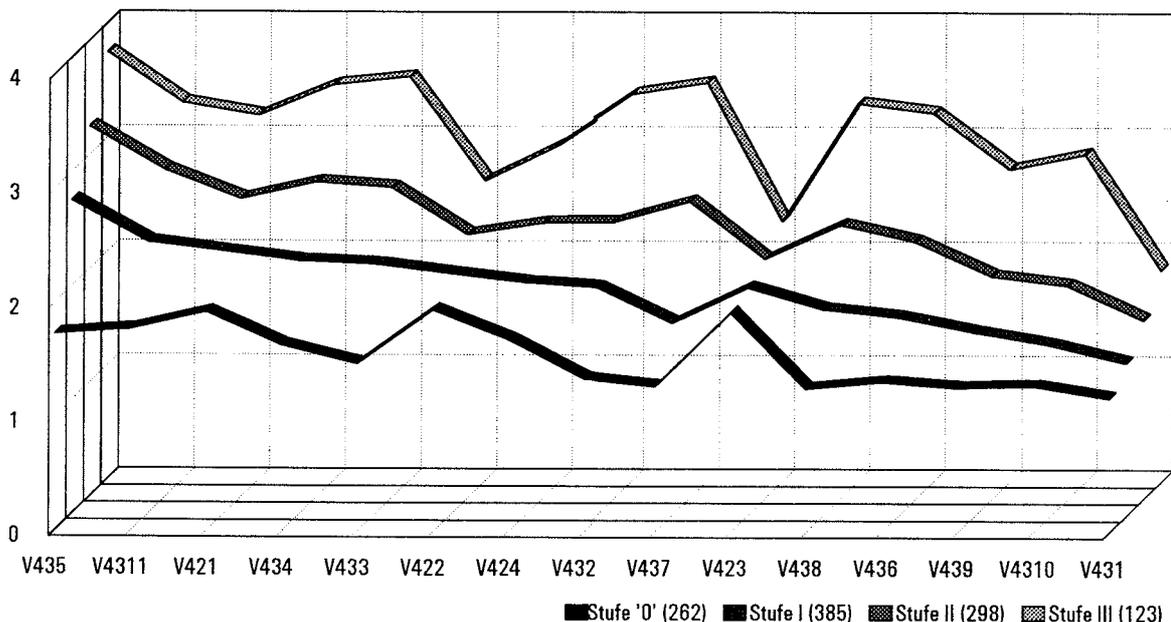
Es kann wohl der Schluß gezogen werden, daß die ATL eher pflegerelevante Informationen enthalten als die aus der sozialmedizinischen Begutachtungstradition kommenden Funktionellen Einschränkungen.

Um festzustellen, welche Beeinträchtigungen für die unterschiedliche Einstufung am wichtigsten sind, wurden die Differenzen der Mittelwerte zwischen Pflegestufe I und III berechnet (vgl. Abb. 4). Pflegestufe 0 wurde hierbei herausgelassen, da die Streubreite nicht zu beurteilen ist.

Mit Abstand vor allen anderen Items unterscheidet „ausscheiden“ am deutlichsten zwischen den Pflegestufen. Fast ebenso wichtig für diese Unterscheidung sind „sich beschäfti-

Abb. 3: Beeinträchtigungen nach Pflegestufen

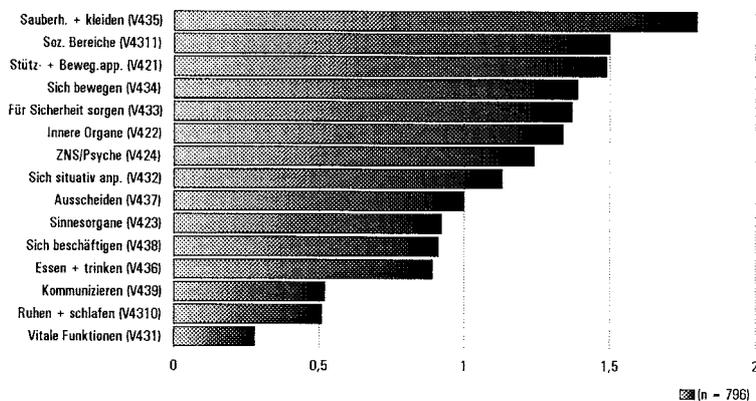
Anträge Häusliche Pflege, MDK Hessen, I - XI 1996
(Rangfolge Mittelwerte insg.)



Bartholomeyczik, Mai 1997

Abb. 4: Beeinträchtigungen, Diff. Pflegestufen I - III

Anträge Häusliche Pflege, MDK Hessen, I - XI 1996
(Rangfolge Umfang Diff. Pflegestufen I - III)



gen“, „essen und trinken“ und „sich situativ anpassen“. Obwohl die hilfedefinierenden Verrichtungen die Pflegestufe determinieren, gehören zwei dieser Items nicht dazu, sondern sind als Indikatoren für „Orientierung“ zu interpretieren. Die geringsten Unterschiede ergeben sich – wie vorher schon sichtbar geworden war – bei zwei der sozialmedizinischen Begutachtungsvariablen und bei den „vitalen Funktionen“.

Diskussion

Folgende wichtige Ergebnisse seien zusammengefaßt:

1. Funktionelle Störungen, also einige der traditionellen sozialmedizinischen Begutachtungsinstrumente, sind insgesamt für die Population von Bedeutung, haben aber weniger Relevanz für die Einordnung in Pflegestufen – zumindest aus der Sicht der GutachterInnen. Beispiel: Funktionsstörungen der Inneren Organe sind im Durchschnitt durchaus stark ausgeprägt, unterscheiden sich aber wenig in den verschiedenen Pflegestufen.

2. Vorhandene Beeinträchtigungen sind weitgehend unabhängig vom Alter; erst bei den Hochbetagten über 90-Jährigen ergeben sich stärkere Beeinträchtigungen als in den jüngeren Altersgruppen.

3. Es sind nicht unbedingt die

durchschnittlich am stärksten beeinträchtigenden Funktionen oder Aktivitäten, die die größten Unterschiede zwischen den Pflegestufen ausmachen. Beispiel: Die Beeinträchtigung im Bereich „sich sauberhalten und kleiden“ ist durchschnittlich am stärksten ausgeprägt, unterscheidet aber relativ wenig zwischen den Pflegestufen 1 bis 3. Die AntragstellerInnen sind dagegen durchschnittlich nicht so stark beeinträchtigt bei der Fähigkeit „ausscheiden“; dieses allerdings unterscheidet am meisten zwischen den Pflegestufen, vor allem zwischen Pflegestufe 2 und 3.

4. Es sind auch weniger die Aktivitäten, die direkt auf die gesetzlich definierten hilferelevanten Verrichtungen verweisen, die vorrangig die Unterschiede in den Pflegestufen ausmachen. Unter den ersten fünf für die Unterscheidung zwischen den Pflegestufen wichtigsten Beeinträchtigungen befinden sich nur „ausscheiden“ und „essen und trinken“ mit direkter Analogie zu den hilferelevanten Verrichtungen. Die anderen passen eher zu dem Bereich „Orientierung“ („sich beschäftigen“, „sich situativ anpassen“, „ruhen und schlafen“).

5. Die größte Varianz aller Beeinträchtigungen ist nach den Aussagen der GutachterInnen durch Orientierungsprobleme verursacht.

Anzumerken bleibt, daß die Daten nichts über ihre Validität aussagen

können; d.h. es kann aus ihnen nicht geschlossen werden, daß die AntragstellerInnen tatsächlich auch die begutachteten Beeinträchtigungen in dem genannten Ausmaß haben. Es können allerdings einige Überlegungen hinsichtlich der Validität angestellt werden.

1. Wenn tatsächlich Orientierungsprobleme mit so einem großen Bereich von Beeinträchtigungen eng zusammenhängen, dann ist erstaunlich, daß die Fähigkeit „ruhen und schlafen“ durchschnittlich als relativ gering beeinträchtigt angesehen wird und beim Vergleich der Pflegestufen erst in Stufe III stark ausgeprägt ist.

2. Die Fähigkeit, „vitale Funktionen des Lebens aufrechtzuerhalten“, ist nicht einmal in Pflegestufe III stark eingeschränkt, obwohl ganz offensichtlich außerordentlich starke Beeinträchtigungen der Mobilität vorhanden sind. Es wäre aber erstaunlich, wenn z.B. stark mobilitätseingeschränkte Menschen ohne helfende Unterstützung (z.B. besondere Lagerung, atemunterstützende Übungen) im allgemeinen gut genug für ihre Atmung sorgen können.

3. Daß bei der Beurteilung der Inneren Organe wahrscheinlich weniger an die funktionellen Auswirkungen gedacht wurde, sondern an die übliche medizinische Beurteilung im Krankheitsfall, wurde oben schon beschrieben. Zu hinterfragen bleibt das Ergebnis zu den Sinnesorganen, da bekanntermaßen so alltäglich benötigte Fähigkeiten wie Sehen und Hören bei älteren Menschen eigentlich sehr häufig eingeschränkt sind. Die fehlende Kompensation dieser Fähigkeiten kann zu gravierenden Fehleinschätzungen führen, Kommunikationsprobleme mit sich bringen und letztlich eine erhebliche Verstärkung der Pflegebedürftigkeit hervorrufen (z.B. Krohwinkel 1993, Runge et al. 1995).

Aus dieser ersten deskriptiven Auswertung sind zunächst folgende Schlüsse zu ziehen:

1. Das pflegerische Kategoriensystem „Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens“ scheint besser geeignet, Pflegebedürft-

tigkeit zu beurteilen als die „Funktionellen Einschränkungen“ mit ihrer offensichtlich sehr starken Krankheitsorientierung. Es läßt sich also behaupten, daß die Daten die unterschiedlichen Perspektiven, die Pflege und Medizin einnehmen, gut sichtbar machen.

2. Fraglich bleibt, ob das Instrumentarium der Aktivitäten des täglichen Lebens für den Begutachtungszweck differenziert genug ist. Extrem wird diese Undifferenziertheit, wenn etwa bei eingeschränkter Fähigkeit zum Ausscheiden nicht unterschieden wird zwischen Harn- und Stuhlinkontinenz, da die beiden Bereiche außerordentlich Verschiedenes sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegenden bedeuten.

Die genannten Aktivitäten stellen eine Einteilung dar, die ein Pflegeassessment erleichtern sollen, vergleichbar etwa den Organeinteilungen als Grundlage einer medizinischen Untersuchung. Sie können also als Taxonomie, als umfassendes Gliederungssystem gewertet werden, in das pflegerelevante Merkmale (Symptome) eingeordnet werden können, wie dies beispielsweise auch mit den verschiedenen Taxonomien für die NANDA-Pflegediagnosen geschieht (z.B. Gordon 1994). Die allgemeine Feststellung einer Einschränkung in einem Bereich läßt aber ohne weitere Spezifizierung keine Schlüsse über den notwendigen Hilfedarf zu. Erstaunlicherweise wird auf die Notwendigkeit, Freitext zur Spezifizierung zu nutzen, in den Begutachtungsrichtli-

nien vor allem für die Funktionellen Einschränkungen (MDK 1995: 19: „erforderliche einzelfallorientierte Beschreibung der Funktionsausfälle im Freitext“) und nur sehr vage für die ATL hervorgehoben (ebenda: 21: „zusätzliche verbale Angaben“). Darüber hinaus sollte beachtet werden, daß Freitext immer von den besonderen Fähigkeiten und der Motivation der GutachterInnen abhängt. Eine Spezifizierung im Sinne eines differenzierteren standardisierten Assessment scheint angeraten.

3. Wenn Orientierungsprobleme tatsächlich so eng mit anderen Beeinträchtigungen verbunden sind, wie es die Ergebnisse zeigen, dann bedarf dies für die Beurteilung des pflegerischen Hilfebedarfs natürlich besonderer Aufmerksamkeit, auch wenn die Orientierung selbst nicht pflegerelevant im Zusammenhang mit der Finanzierung durch die Bestimmungen des SGB XI ist. Da aber „(...) geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden sollen und zudem aktivierenden gepflegt werden sollen“, wie es in den Begutachtungsrichtlinien heißt (MDK 1995: 6), muß sich dies auch bei der Beurteilung der Verrichtungen niederschlagen. In der Regel bedeutet dies, daß für die Beaufsichtigung und Anleitung bei den Verrichtungen sehr viel mehr Zeit eingeplant werden muß, als wenn die Verrichtungen stellvertretend für die Pflegebedürftigen ausgeführt werden müssen.

4. Darüber hinaus bedarf die

Pflege von Menschen mit Orientierungsproblemen ganz besonderer Fähigkeiten. Diese gilt es zu schulen: Sowohl bei den „Angehörigen“ als auch bei den beruflich Pflegenden.

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Prof. Dr. Eva Maria Ulmer
Monika Linhart (stud.)
Fb Pflege und Gesundheit
FH Frankfurt
Limescorso 3
60439 Frankfurt/M.

Med. Dir. Gesine Schumann
Dr. med. Peter Tuschen
MDK Hessen
Gablonzer Str. 35
61440 Oberursel

Literatur:

Eirnbter, W.H., Jascob, R.: Fragen zu Fragen: Instrumentbedingte Antwortverzerrungen? in: ZUMA-Nachrichten 38. Jg., Mai 1996, S. 90-103

Gordon, M.: Nursing Diagnosis, Process and Application. Mosby, 3rd ed. St. Louis 1994

Juchli, L.: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Thieme, 7. Aufl. Stuttgart 1994

Krohwinkel, M. et al.: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexikranken. Nomos, Baden-Baden, 1993

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ vom 29.5.1995

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen): Begutachtungsrichtlinien vom 23.3.1997

Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J.: Die Elemente der Krankenpflege. Recom, 4. Aufl. Basel 1993

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

Diskussion

Workshop 1: Pflegewissenschaftliche Anforderungen an die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Kritik des Gutachtenformulars des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit.

Der von Sabine Bartholomeyczik geleitete Workshop diskutierte vor allem die Frage, wie brauchbar das konkrete Gutachtenformular des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen zur

Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ist; darüber hinausgehend auch die Frage, ob Pflegebedürftigkeit überhaupt relativ valide und reliabel in Form eines Gutachtenbogens erfaßbar ist.

Ziemlich einig waren sich die TeilnehmerInnen des Workshops, daß die medizinischen Diagnosen vergleichsweise wenig zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit beitragen (dies gelte

auch für die vom Gesetzgeber als Indiz für einen Härtefall angesehene Diagnose „Krebs im Endstadium“). Peer Conrad, Referent für Statistik am Biomedizinischen Zentrum des MDK in Lübeck, ging sogar soweit, die medizinischen Diagnosen im Gutachtenformular für verzichtbar zu erklären, da diese eher zur Verwirrung beitragen. Dem widersprach allerdings Claudia Soggart, leitende Pflegefachkraft beim MDK Nordrhein. Sie bestätigte zwar aus ihrer Praxis, was die Untersuchung von Bartholomeyczik *et. al.* andeutet; daß nämlich viele ÄrztInnen Schwierigkeiten haben, die Organbefunde nicht nur *per se*, sondern stets in bezug auf ihre Auswirkungen auf den Hilfebedarf bzw. die Rehabilitationsmöglichkeiten zu erheben. Medizinische Diagnosen und ATL könnten und müßten jedoch zur wechselseitigen Plausibilitätskontrolle herangezogen werden. Im übrigen erinnerte Frau Soggart daran, daß der Dialog zwischen ÄrztInnen und Pflegekundigen innerhalb des MDK ja erst noch ziemlich am Anfang stehe. Zunächst hätten die MedizinerInnen mit den ATL überhaupt nichts anfangen können. Da sei es schon ein Fortschritt, wenn jetzt Funktionsdiagnosen erhoben würden und nicht einfach nur Organbefunde.

Herr Conrad spielte weiter den *Advocatus Diaboli*, indem er fragte, ob die Untersuchung von Frau Bartholomeyczik *et. al.* nicht auch zeige, daß viele ATL ebenfalls ziemlich überflüssig seien. Wenig hilfreich sei ferner, daß die ATL-Klassifikation teilweise quer zu dem in Ziffer 5 des Gutachtenformulars festzustellenden Pflegebedarfs liege (so falle die ATL „sich sauberhalten und kleiden“ zum einen in die Kategorie „Körperpflege“, zum anderen in die Kategorie „Bewegung“). Eben die für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit letztlich entscheidenden Angaben zu Ziffer 5 (Einschränkungen bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, der Bewegung sowie ferner Angaben zum hauswirtschaftlichen Hilfebedarf) werden im seit dem 1. Juni verwendeten neuen Gutachtenformular des

MDK (das den TeilnehmerInnen des Workshops allerdings noch nicht vorlag) stark ausdifferenziert. Die GutachterInnen sollen zukünftig auf fünf Seiten (statt auf bisher einer halben Seite) ankreuzen, ob z.B. eine Teilwaschung in der Waschung von Oberkörper, Unterkörper oder von Gesicht und Händen besteht. Außerdem ob dies unter Anleitung oder unter (teilweiser) Übernahme geschieht.

Auch von den anwesenden VertreterInnen von Pflege und Pflegewissenschaft wurden Zweifel geäußert, ob die Aktivitäten des täglichen Lebens für den Begutachtungszweck, zumindest in der vorliegenden Form, das richtige Instrument seien. Gefragt wurde, ob a) die Klassifikationskategorien richtig gewählt seien und b) wie die Kategorien für den Begutachtungszweck methodisch besser zu operationalisieren wären.

Cornelia Michalke, externe MDK-Gutachterin, legte ihre Ansicht dar, daß die ATL-Kategorien zu weit gefaßt sind. So erfasse z.B. eine Einschränkung bei der ATL „sich bewegen“ nicht den besonderen Bedarf von Personen, die zwar noch selbstständig gehen, aber nicht mehr alleine aufstehen können.

Wie Frau Bartholomeyczik (die ja in ihrem Referat auch schon darauf hingewiesen hatte, daß die ATL-Kategorien im Gutachtenformular zu undifferenziert sind), aber im Gegensatz zu Herrn Conrad, waren die VertreterInnen von Pflege und Pflegewissenschaft einhellig der Auffassung, daß ein verbessertes MDK-Gutachten eher mehr als weniger Aktivitäten und Ressourcen als bisher erfassen müßte. Überlegt wurde in diesem Zusammenhang, ob erstens die ATL nicht durch weitere Instrumente, wie z.B. die Norton-Skala zur Einschätzung der Dekubitusgefährdung, ergänzt werden könne. Zweitens, inwieweit nicht gerontologische Assessmentinstrumente bzw. -verfahren (z.B. das RAI) oder Pflegediagnosen eine Alternative zu den ATL sein könnten.

Während in mehreren Wortbeiträgen der einen oder anderen Variante

der Vorzug gegeben wurde, bezweifelte Jürgen Ribbert-Elias, Leiter der Koordinationsstelle Pflege in Ahlen und Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, generell die Möglichkeit, mit einem der aktuell verfügbaren standardisierten Assessmentinstrumente den individuellen Pflegebedarf eines Menschen einschließlich seines Reha-Bedarfs feststellen zu können.

Dagegen hielten u.a. Frau Bartholomeyczik, Frau Soggart und Frau Michalke an der Notwendigkeit standardisierter Pflegegutachten fest. Sie erinnerten an den Zweck der MDK-Pflegegutachten, Vergleichbarkeit zwischen Begutachteten (aber auch zwischen Begutachtenden) herzustellen. Anstatt noch mehr Raum für Freitexte zu lassen und die GutachterInnen damit womöglich zu überfordern (mit der Gefahr, daß wichtige Aspekte übersehen würden), sollten die relevanten Aspekte eher differenzierter als bisher vorstrukturiert werden.

Es fällt nicht leicht, ein Fazit aus der anregenden Diskussion zu ziehen, die aus der Sicht von Pflege und Pflegewissenschaft eher der Beginn als den Abschluß pflegewissenschaftlicher Beschäftigung mit dem Gutachterformular des MDK markiert. Angelika Zegelin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Witten-Herdecke, formulierte eine Art Hausaufgabe für die Pflegeforschung: Nämlich die Durchführung einer vergleichenden Untersuchung über die Vor- und Nachteile der Pflegediagnosen- und der ATL-Klassifikation in Bezug auf das MDK-Gutachten. Insgesamt blieb ein gewisses Unbehagen im Raum zurück, das aber seine letzte Ursache im begrenzten Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hatte. Frau Soggart: „Ich könnte als Gutachterin des MDK nicht arbeiten, wenn ich davon ausginge, daß Pflege nur das ist, was mit den von der Solidargemeinschaft finanzierten Leistungen der Pflegeversicherung möglich ist. Pflege ist mehr als das.“

(Red.)