

Der Pflegebedarf entscheidet

Eine Untersuchung von 3 000 Bewohner/innen macht Aussagen zu Ausmaß und Merkmalen des Pflegebedarfs und somit zum Personalaufwand. Die Schritte sind: die Beurteilung der Bewohner, die Dokumentation der Zustandsdaten und die Klassifikation mit dem RUG-III-Verfahren

Von Joachim Kuck und Vjenka Garms-Homolová

Welcher Personaleinsatz ist notwendig, um Bewohner von Pflegeeinrichtungen angemessen versorgen zu können? Diese Frage beschäftigt Heim- und Kostenträger seit geraumer Zeit. Nicht allein die Anzahl der Pflegekräfte beziehungsweise die Relation „Personaldaten zu Bewohner“ wird diskutiert. Geht es um die Qualität der Pflege, die „Personalhaltswerte“ und „Fachkräftequoten“ benötigt werden und wenn ja, wie man diese ermitteln sollte.

Letzgenanntes bereitet Praktikern Kopfzerbrechen, hat doch der Gesetzgeber die Vertragspartner (Pflegекlassen, Medizinische Dienste und die Träger) dazu verpflichtet, „Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen“ auf der Basis der Ermittlung des Personalbedarfs oder der Bemessung von Pflegezeiten oder

der Festlegung landesweiter Personalrichtwerte vertraglich zu regeln (§ 75 SGB XI, 2 und 3).

Im Vorfeld der anstehenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen wird offenbar, wie wenig man über die „Aufgabe“ weiß, die in den Einrichtungen täglich bewältigt werden muss. „Aufgabe“ meint einerseits das quantitative Ausmaß von Pflegeproblemen in der stationären Langzeitpflege, andererseits die qualitativen Charakteristika der „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“. Wen genau macht die

arbeitsintensiven Probleme aus? Welche Potenziale sind noch vorhanden? Welche Dynamiken resultieren aus der Interdependenz der funktionalen Beeinträchtigungen, Krankheiten und aus Artfaktoren der Behandlung, Betreuung sowie Instruktionalisierung der Versorgen?

Die Antworten fallen höchst ungenau aus, weil exakte Daten fehlen. Denn abgesehen von wenigen Querschnittserhebungen gibt es keine zuverlässigen Abbildungen des Pflegebedarfs, der Pflegeproblemkonstellationen und ihrer Entwicklung im Zeitverlauf. Trotz der vorhandenen Kontrollmechanismen findet keine regelmäßigere, qualifizierte Berichterstattung statt.

Nun gibt es freilich Zahlen aus den Auswertungen der MDK-Gutachten. Die sagen jedoch über die zu leistende Pflege- und Betreuungslast wenig aus – weder über deren Umfang, noch die erforderliche Intensität und die benötigten Qualifikationen. Obwohl also aussagefähige Daten fehlen, werden immer neue Regelungen erlassen, in denen ein angemessenes Vorgehen, für die Zukunft entsprechende Wirkungsnachweise (§ 75, Abs. 1 SGB XI), vorgeschrieben sind.

Der Weg zur Ermittlung des Personalbedarfs beginnt in jedem Fall bei den Empfän-

Jeder zehnte Bewohner lebt länger als zehn Jahre im Heim

gern von Pflege oder besser bei deren Zustand. Von diesem Zustand hängt in erster Linie ab, welcher Aufwand an Arbeitskräften, an Know-How und anderen Ressourcen gebraucht wird, um eine „wirksame Pflegeleistung“ zu erbringen. Ein Verfahren, das gemäß der Vorschrift ausgewählt werden muss, sollte diese drei Funktionen erfüllen:

→ Es soll eine genaue Erfassung des Zustands und des Hilfebedarfs von allen Pflegeplängern gestatten. Keine relevante Gruppe – etwa die psychisch, geistig oder sozial beeinträchtigten Personen, darf weglassen.



Foto: arzum

Eine systematische Personalbedarfsermittlung ist auf standardisierte Verfahrenswesen in der Pflegedokumentation angewiesen

heimbewohnern¹ in 40 Pflegeeinrichtungen dargestellt. Das angewandte Verfahren ist das RAI – Resident Assessment Instrument – Resource Utilization Group III – Resource Utilization Group, was so viel heißt wie „Ressourcenverbrauchsgruppen“. Im Mittelpunkt steht das Ausmaß der Probleme, die einen ethlichen oder spezifischen Arbeitsaufwand verursachen. Es wird dargelegt, in

→ Es soll eine Klassifikation der versorgten Pflegeempfängerkollektive nach Kriterien der Bedarfe und des Aufwands ermöglichen.

→ Es soll sich zum Nachweis (Messung) der Wirksamkeit von Pflege eignen.

→ Nach dem internationalen Kenntnisstand sollte das Verfahren: methodisch zuverlässig sein, verständlich, akzeptabel und in der Alltagspraxis anwendbar sein, es muss sich an künftige Veränderungen des Versorgungssystems (etwa auf die Pauschalierung) und neue Formen der Betreuung anpassen lassen,

→ es soll den Anforderungen der kontinuierlichen und integrierten Versorgung genügen,

→ es soll für Benchmarking und von „Best Practice Verfahren“ nutzbar sein.

1 Es handelt sich um Versicherte der AOK und IKK sowie Empfänger von Leistungen nach dem BSHG, die im Erhebungszeitraum mindestens 14 Tage in der Pflegeeinrichtung verweilt wurden.

2 Das Berliner Modell mit 40 Einrichtungen mit insgesamt 5 246 Bewohner/innen fokussiert auf Personen, deren Behandlungsbedarf hoch ist, jedoch ein Akutbettenhaus nicht notwendig erscheint, so dass sie mit ambulanten oder in den Pflegeeinrichtungen gestellten Ärzten und Therapeuten in Pflegeheimen versorgt werden können. Die Projekteinrichtungen erhalten von Krankenkassen eine pauschale Vergütung pro Bewohner und Jahr zur Deckung der Kosten für die ärztliche Versorgung und therapeutische Betreuung einschließlich des medizinischen Bedarfs und der Arzneimittelversorgung.

Untersucht wurden 3 173 Bewohner in 40 Häusern

Im Folgenden wird die Ermittlung des Pflege- und Hilfebedarfs von 3 173 Pflege-

welchem Verhältnis der tatsächliche Hilfebedarf zu den „Pflegestufen“ steht und wie sich „Bedarfe“ klassifizieren lassen.

Die hier dargestellten Ergebnisse wurden von Joachim Kuck im Rahmen seiner gesundheitswissenschaftlichen Magisterarbeit (Kuck 2002), auf der Grundlage sekundär-analytischer Auswertung von Daten des sogenannten Berliner Modellprojektes erarbeitet, über das in ALTENHEIM 12/2001 berichtet wurde (Möhlmann, Kock 2001). Das Ziel des Projekts war eine Kosten-Nutzen-Untersuchung integrativer Versorgung chronisch kranker, multimorbider und psychisch kranker Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Neben einem Controlling-Instrumentarium wird dabei das RAI (Resident Assessment Instrument – vgl. Morris et al. 1991; Garms-Homolová und Gilgen 2000) eingesetzt. Die genutzt-

Ergebnisse

Bewohner, deren Bedarf durch die reduzierte physische Leistungsfähigkeit bedingt ist, finden sich überhäufig in Pflegestufe 2.

In den Pflegestufen 0 und 1 sind vor allem Bewohner überrepräsentiert, deren Pflegeaufwand aufgrund von Verhaltensproblemen – Weglauffen, Aggressivität, Widerstand gegen die Betreuung verursacht ist.

Die Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass die Pflegestufen des SGB XI Personen mit dem Hilfe-/Pflegebedarf, der durch Verhaltensauffälligkeiten und kognitive Beeinträchtigungen verursacht ist, überwiegend zu niedrig einstuft.

Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen haben nur geringe Chancen, die Pflegestufe 3 zu erreichen.

ren. Daten stammen aus der zweiten von insgesamt drei Erhebungen von Juni bis September 2001.

Das Assessment wurde von Mitarbeitern der Projektkette durchgeführt, die zuvor in mehrstündigen Veranstaltungen in der Anwendung des zum RAI gehörenden MDS-Bogens geschult wurden. Bei der Erhebung wurden die Bewohnerinformationen erst schriftlich fixiert und anschließend in ein EDV-gestütztes Erfassungsprogramm eingegeben. Das mit dem Projektcontrolling beauftragte Unternehmen wertete die Daten aus.

Bei den 3 173 Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Daten in die Auswertung aufgenommen wurden, handelt sich zu drei Vierteln um Frauen mit einem Altersdurchschnitt von 82 Jahren (die Hälfte dieser Frauen waren 86 Jahre und älter, die älteste erreichte 105 Jahre).

Männliche Bewohner sind im Schnitt jünger

Männer waren mit einem Altersdurchschnitt von 68 Jahren deutlich jünger als die älteren Frauen (Median = 67 Jahre, der älteste Bewohner war 99 Jahre alt). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 3,9 Jahre, wobei die Männer im Durchschnitt unwesentlich länger in den Pflegeeinrichtungen wohnten (4,1 Jahre).

Allerdings ist bemerkenswert, dass viele eine lange Zeit in den Heimen betreut werden: ein Fünftel vier bis fünf Jahre, ein weiteres Fünftel fünf bis zehn Jahre und beinahe jeder zehnte Bewohner länger als zehn Jahre. Dies lässt schlussfolgern, dass ein bedeutender Anteil des „Pflegeaufwands“ und sicherlich auch die Art der Defizite, die für die Hilfsbedürftigkeit verantwortlich sind, ihre zeitige Ausprägung erst in den Einrichtungen erreicht haben. Deshalb ist es dringend erforderlich, den Zustand der Bewohner und dessen Entwicklung im Zeitverlauf zum Ausgangspunkt der Bedarfsermittlung (und somit der Zuordnung) zu machen. Zudem sollten die jetzt im Gesetz vorgesehenen Wirkungsnachweise so konzipiert sein, dass sie alle Möglichkeiten der Erhaltung und positiven Beeinflussung des Zustandes überprüfbar machen.

96,5 Prozent der untersuchten Versicherten gelten als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Die Zuordnung zu den Pflege-

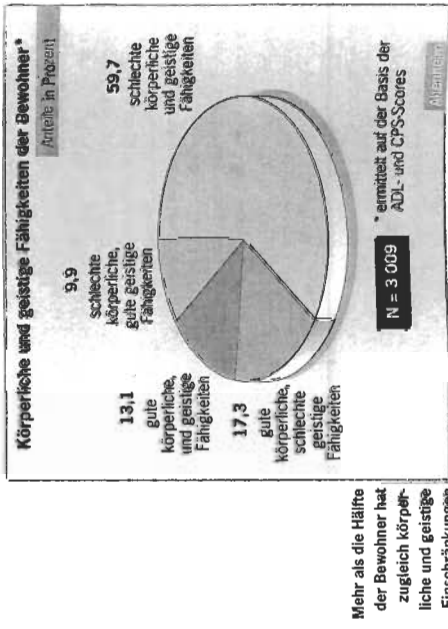
Verteilung der Pflegestufen	Gesamt in Prozent	Männer in Prozent	Frauen in Prozent
Stufe 0	3,5	7,3	2,3
Stufe 1	26,4	34,2	23,8
Stufe 2	45,1	38,4	47,3
Stufe 3	23,9	18,7	25,6
Stufe 3+	1,1	1,3	1,0

Tab. 1: Die Pflegestufen der untersuchten Bewohner (N = 3 173)

(geistigen) Fähigkeiten, die Stimmungslage, in den höheren Pflegestufen stärker reduziert ist als bei den niedrigeren und mit anderen Menschen auszukommen, und die Kontrolle körperlicher Funktionen, aber auch der unmittelbaren Umwelt.

Zunächst die körperliche Funktionsfähigkeit der Bewohner: Die höchste Rate von Beeinträchtigungen wurde in den so genannten Early-Loss-Aktivitäten gefunden, also im Bereich jener Fähigkeiten, die zuerst verloren gehen. 96 Prozent der untersuchten Bewohner waren beim Baden oder Duschen, 89 Prozent bei der persönlichen Hygiene und 83 Prozent beim An- und Auskleiden auf Hilfe des Pflegepersonals angewiesen. Gut die Hälfte konnte sich gar nicht mehr pflegen, kämmen, rasieren, waschen oder abtrocknen. Fast die Hälfte schaffte es gar nicht, sich An- und Auszubekleiden. In dem Bereich der Fähigkeiten, die etwas später verloren gehen, aber selten bis zum

Nachfolgend wird der Bewohnerzustand, in erster Linie die Funktionsfähigkeit bei der Bewältigung der Anforderungen des Alltags, näher dargestellt. Dabei geht es nicht nur um die körperlichen Fähigkeiten, an denen sich die Begutachtung nach dem SGB XI bislang vornehmlich orientierte. Eine herausragende Rolle spielen die kognitiven



Mehr als die Hälfte der Bewohner hat zugleich körperliche und geistige Einschränkungen

Schluss erhalten bleiben, benötigen 83 Prozent Unterstützung bei der „Toilettenbenutzung“ (40 Prozent waren hierbei voll abhängig) und 67 Prozent beim „Transfer“ vom Bett in den Stuhl oder umgekehrt.

Gut 34 Prozent wiesen beim Transfer volle Abhängigkeit auf. Ein vergleichsweise geringer Anteil der Bewohner benötigte Unterstützung bei den „Late-Loss-Fähigkeiten“. „Nur“ 63 Prozent der Bewohner benötigten Hilfe beim Essen und Trinken. Einem Drittel reichte die Beaufsichtigung beim Essen, aber genau der gleiche Teil der Bewohner war vollständig abhängig.

Die wiederholte RAI-Dokumentation zeigt Entwicklungsverläufe

Fähigkeiten, die vergleichsweise spät verloren gehen, wie etwa das eigenständige Essen, können erfahrungsgemäß oft wieder erlernt werden. In diesem Bereich konzentriert sich also der Aktivierungsbedarf. Bemerkenswert hinsichtlich des pflegerischen Aufwandes ist der hohe Anteil der Bewohner, die in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt waren (62 Prozent). Hinzu kommt, dass 16 Prozent für das Hinlegen, Aufsetzen, Drehen und Umlegen im Bett Hilfe von zwei Pflegerpersonellen brauchen. Diese Immobilien sind hochgradig durch Dekubitus gefährdet und müssen folglich rund um die Uhr von zwei Pflegerkräften umgeregelt werden.

Das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigungen wurde mit einem zum Resident Assessment Instrument gehörenden Auswertungsverfahren, mit der Cognitive Performance Scale (CPS) ermittelt, deren Scores vorzüglich mit den Werten der Mini-Mental State Examination korrespondieren. Es zeigte sich, dass nur acht Prozent der Bewohner über vollkommen intakte geistige Fähigkeiten verfügen, weitere 15 Prozent waren der Kategorie „Grenzfälle“ zugeordnet. Leichte und mildere Beeinträchtigungen fanden sich bei 31 Prozent der Gepflegten und 45 Prozent waren schwer oder



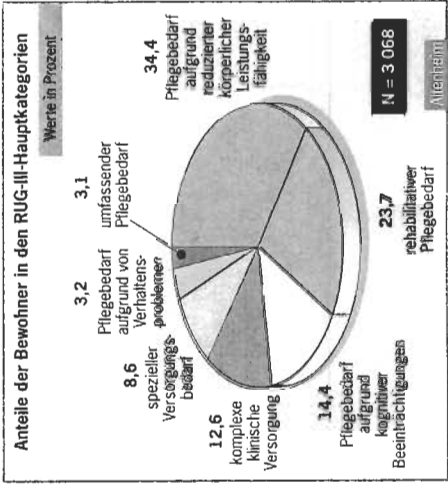
Die Untersuchung zeigt: Bewohner/innen mit körperlichen Leistungseinbußen werden überwiegend in Pflegestufe 2 eingestuft

schwerer in ihrer kognitiven Funktion beeinträchtigt. Dieser Befund wird durch eine hohe Prävalenz von diagnostizierten demenziellen Erkrankungen unter den Heimbewohnern (65 Prozent) zusätzlich gestützt.

Zu den geistigen Beeinträchtigungen gesellt sich regelmäßig die Verhaltenssymptomatik. Sie manifestierte sich bei 52 Prozent der Bewohner. Am häufigsten wurden verbale Aggression (neun Prozent täglich; 20 Prozent seltener als täglich), Widerstand gegen die Behandlung oder Pflege (neun Prozent täglich; 19 Prozent seltener als täglich) und sozial unangemessenes Verhalten (neun Prozent täglich; 16 Prozent seltener als täglich) festgestellt.

Seltener wurden Weglaufen, Umherirren und körperliche Aggressivität beobachtet. Die Analyse der Beziehung zwischen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Graph 1) weist darauf hin, dass gerade die Kombination der körperlichen mit den geistigen Einbußen sehr häufig vorkommt und pflegeaufwendig ist.

Zu den „getarntesten Giganten“, also Problemen, die bei pflegebedürftigen alten Menschen überdurchschnittlich häufig auftreten, gehört die Harninkontinenz. Darunter leiden 67 Prozent der Untersuchten. Deutlich ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen Mobilitätseinschränkungen und Harninkontinenz: 97 Prozent der Personen, die nicht selbst vom Bett aufstehen können, sind inkontinent, während von den



Das RUG-III-System – hier die Hauptkategorien – wird in vielen Ländern verwendet

Bewohnern, die keine Hilfe beim Transfer benötigen, lediglich 31 Prozent an Inkontinenz leiden. Dieses Ergebnis ist ein Hinweis auf die Pflegeeffizienz, die durch eine inadäquate Bedarfsdeckung im Bereich der Inkontinenzpflege verursacht werden. Hinzu kommt die Interdependenz zwischen Mobilitätseinschränkung und Dekubitusrisiko. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Dekubitus (ab dem zweiten Stadium) beträgt acht Prozent, bei den vorwiegend bettlägerigen Personen jedoch 17 Prozent. Das Risiko wächst darüber hinaus mit dem Alter der Bewohner, auch mit Erkrankung (mit Terminalprognosen). Mit der Verweildauer sinkt das Risiko. Wernoch nicht voll bettlägerig ist, aber doch eine verstärkte Hilfe

Das RUG-III-System

ist ein Verfahren, mit dessen Hilfe die Pflegeempfänger, die etwa den gleichen „Verbrauch an Ressourcen“ sprich personellem Aufwand aufweisen, in homogene Gruppen klassifiziert werden. In den meisten anwendenden Ländern dient das RUG-III-System als Basis einer Kostenpauschalierung.

Die Eigenschaften des RUG-III-Systems: Es ist transparent und basiert auf den dokumentierten Informationen, die auch für die Pflegeplanung eingesetzt werden. d. h. es ist keine doppelte Datenerfassung erforderlich. Der bürokratische Aufwand ist gering. Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Dem RUG-III-System stehen die Qualitätsindikatoren des RAI gegenüber. Es kann geprüft werden, mit welchem Aufwand welche Pflegewirkung erzielt wurde. Fortschrittlich der Wirksamkeits- wie auch der Wirtschaftlichkeitskontrolle erfüllt werden. Das System wird dort eingesetzt, wo im Akutbereich die DGRs gelten. Dies ist mit Blick auf die deutschen Gesundheitspolitik wichtig.

Das RUG-III-System entspricht dem internationalen „state of art“ und wird in vielen Ländern auch der EU verwendet.

Mehr zu RUG-III finden Sie im Internet unter www.vincenz.net/altenheim

beim Transfer benötigt, ist zudem signifikant stärker sturzgefährdet.

Einen relevanten Anteil am Zustandskoeffizient des Aktivitätsniveaus bilden Ernährungssicherheit, wobei das Risiko einer Unternahrung – entsprechend der WHO-Klassifikation nach dem Body Mass Index – offenbar häufig

durch den Selbstständigkeitsverlust im Bereich „Ernährung“ induziert wird und somit auf eine unzureichende Betreuung hindeutet.

Erheblich ist der Aufwand für die Medikation. Dabei sollte vor allem an die sachgemäße Überwachung gedacht werden, denn von 96 Prozent der Bewohner, die Medikamente einnehmen müssen, erhalten 72 Prozent bis zu fünf, die restlichen 28 Prozent sechs Präparate und mehr pro Woche. Kompliziert wird die Situation dadurch, dass 46,7 Prozent der Bewohner mit Psychopharmaka behandelt werden.

Mit dem RUG-III-System kann man Verbrauchsgruppen identifizieren

Auf der Grundlage der dokumentierten RAI-Daten wurden die Pflegeempfänger mit dem RUG-III-Verfahren klassifiziert. An dieser Stelle wird für die Zuordnung zu den Hauptkategorien, nicht aber die Subsumierung in die 44 Untergruppen beziehungsweise die Fallgewichtung mit dem Case Mix Index vorgestellt.

Wie Grafik 2 zeigt, gehört gut ein Drittel der Bewohner, überwiegend die Ältesten, in die Gruppen, deren Aufwand mit reduzierter physischer Leistungsfähigkeit begründet ist. Ein Viertel der Bewohner ist den „Rehabilitationsgruppen“ mit erheblichem Bedarf an physiotherapeutischen Leistungen, an Aktivierung und Mobilisierung zugeordnet. 14 Prozent sind aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen Pflegeaufwand zugeordnet. 13 Prozent der Bewohner, unter denen die zweitältesten Klienten mit einer aufwendigen Medikation überrepräsentiert sind, gehören in die Kategorie „Klinisch komplexe Versorgung“. Wenn die Beziehung zwischen den Pflegestufen nach dem SGB XI und den Pflegeaufwands-

Wofür steht RAI?

RAI steht für das Resident Assessment Instrument, ein System für Dokumentation, Pflege-Versorgungsplanung und Versorgungsmanagement. Das System wurde als Qualitätsinstrument in den Vereinigten Staaten entwickelt. Heute wird das RAI in mehr als 20 Ländern verwendet. Neben dem RAI für stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es eigenständige Instrumente für andere Versorgungsbereiche.

Das Resident Assessment Instrument eignet sich für die integrierte, vernetzte Versorgung. Es erfordert keine externen Fachleute, sondern wird von den Mitarbeitern der Einrichtungen durchgeführt, die mit den dokumentierten Angaben unmittelbar arbeiten.

Mehr zu RAI finden Sie im Internet unter: www.vincenz.net/altenheim

baur jedoch auf der Interdependenz zwischen der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit (Grafik 1). Die Untergruppen je der der Hauptkategorien unterscheiden sich hinsichtlich der Bewertung des Aufwands und des Ressourcenverbrauchs. Deshalb sind sie weniger anfällig, den Aufwand bestimmter Personengruppen zu unterschätzen.

Wiederholte RAI-Dokumentation macht darüber hinaus die Statusänderungen der Bewohner sichtbar und beantwortet so die Frage, ob die Pflege angemessen ist. Die dafür bestimmten Qualitätsindikatoren bringen Transparenz in das Verhältnis „Aufwand und Wirkung“. Zudem können sie dazu genutzt werden, Bereiche mit vorwiegend hohem Handlungsbedarf zu identifizieren. So bieten das RAI und ebenso das assoziierte RUG-III-System eine ideale Grundlage für die Leistungsvereinbarungen nach § 75 SGB XI. Zusammenfassend kann man sagen, dass das RAI ein alltagstaugliches Verfahren für die Pflegedokumentation

und -planung ist und wichtige Informationen für das Qualitätssicherungssystem und das Management von Einrichtungen liefert.

Literatur

Garns-Homolová, V. und Gilgen, R. (2000): RAI 2.0. Resident Assessment Instrument. Beschreibung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation.
 Kuck, J. (2002): Beschreibung des Gesundheitsstands und Pflegebedarfs von Bewohnerbewohnern vor dem Hintergrund von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Sekundäranalyse einer Erhebung mit dem Resident Assessment Instrument. Masterarbeit eingereicht an der Technischen Universität Berlin, Postgradualer Studiengang Gesundheitswissenschaften / Public Health, 229 S.
 Möhlmann, H. und Konek, H. (2001): Projekt für die Zukunft. Berliner Pflegemodell senkt Kosten bei höherer Qualität. Altenheim, 12, 27-30.
 Morris, J. N., Hawes, C., Murphy, K., Nomenaker, S., Phillips, C., Fries, B., Mor, V. (1991): Resident Assessment Instrument. Training Manual and Resource Guide. Natick: Eliot Press.